

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**Vigilância epidemiológica da tuberculose na
República da Guiné-Bissau**

Cristóvão Manjuba

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública.**

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Péricles Alves Nogueira

São Paulo, Brasil

2007

**Vigilância epidemiológica da tuberculose na
República da Guiné-Bissau**

Cristóvão Manjuba

Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Epidemiologia, para obtenção de título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Péricles Alves Nogueira

São Paulo, Brasil

2007

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma imprensa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título e ano da dissertação.

Dedicatória

À Beti Có pela coragem, competência, trabalho e determinação que tem demonstrado durante a minha ausência para com a família, de ter entendido a necessidade da nossa separação pelo período de estudo. A ela e aos meus queridos Alarica e Anaximandro; continuem sendo o motivo e a razão da minha luta e desafios.

Agradecimentos

À minha família, em particular ao meu irmão Frederico Manjuba, pelo incentivo, apoio moral e paciência pelo tempo da separação e pela confiança em mim depositada.

Ao Prof. Dr. Péricles Alves Nogueira, pelo apoio, paciência e atenção durante esse trabalho, e por me ter dado a oportunidade de poder realizar um dos sonhos mais importantes na vida.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Governo Brasileiro, pelo apoio financeiro e pela oportunidade, sem a qual não seria possível a realização do meu mestrado (processo de bolsista nº 0147044 de 18/11/2004).

Ao Corpo Docente da Faculdade Saúde Pública e, em particular, do Departamento de Epidemiologia, pelos ensinamentos e convivência, e à Profª. Drª. Margarida Maria Mattos Brito de Almeida, pela orientação no Curso de Especialização em Vigilância e Controle da Tuberculose pela UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo).

Aos Membros da Banca Examinadora, cujas críticas, comentários e sugestões contribuíram para o enriquecimento do presente trabalho.

À equipe do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose do Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau e ao Enfermeiro Mamadú Camará, pelo apoio e atenção durante o levantamento de dados.

Meu agradecimento aos doentes de tuberculose e às famílias, cuja dor e sofrimento proporcionaram matéria-prima para a edição deste trabalho,

acreditando no esforço que lhes possa ser de alguma valia para ajudar a mudar o curso da doença no país.

À Equipe de Coordenação do Programa de Controle de Tuberculose do Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac”, da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, pelo apoio e ensinamentos.

À Direção de Higiene e Epidemiologia e ao Comitê de Núcleo de Pesquisa do Ministério de Saúde da Guiné-Bissau, pela disponibilização de parte dos dados e aprovação do projeto de pesquisa.

Ao Dr. Tomé Cá, Ex-Diretor Geral do Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau, pela orientação e apoio para que o estudo de campo se tornasse uma realidade.

Manjuba C. Vigilância epidemiológica da tuberculose na República da Guiné-Bissau [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2007.

RESUMO

Introdução: a tuberculose é uma doença milenar, constituindo um problema de saúde pública, desde sua descoberta até hoje em dia. Recentemente, com o surgimento da HIV/AIDS, a doença ganhou outros contornos e dimensões, nos países desenvolvidos e, sobretudo, nos países em desenvolvimento. **Objetivo:** análise das ações da Luta Contra Tuberculose na República da Guiné-Bissau e do fluxo do sistema de notificação e de informação de dados, dentro do Sistema Nacional de Saúde. **Metodologia:** trata-se de um estudo exploratório descritivo que consiste no diagnóstico da situação de tuberculose no país, no período de 2000 a 2005, mediante levantamento das informações secundárias dos principais indicadores epidemiológicos e operacionais mais utilizados no país. Foram feitos cálculos de coeficientes e taxas, assim como a padronização pelo método direto de coeficientes de incidência de casos bacilíferos, para comparação. **Resultados:** no período de estudo, foram registrados 10.623 casos de tuberculose. O menor coeficiente de incidência de tuberculose foi de 116,4/100.000 habitantes, no ano de 2003, e o mais alto foi de 131,3/100.000 habitantes, em 2005. O maior coeficiente de mortalidade registrado foi de 16,8/100.000 habitantes, em 2005. A maior taxa de letalidade foi de 11,8%, em 2005, e a mais baixa, de 5,1%, em 2003. **Conclusão:** é de notar que a busca ativa de sintomáticos respiratórios ainda é baixa, assim como a cobertura da estratégia DOTS, por possíveis problemas técnicos operacionais. Há necessidade da melhoria do diagnóstico no país, sobretudo da forma clínica extrapulmonar, e de um sistema de notificação e informação eficiente em todos os níveis.

Descritores: Tuberculose, Vigilância Epidemiológica, Saúde na República da Guiné-Bissau, Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose na Guiné-Bissau.

Manjuba C. Epidemiological monitoring of tuberculosis in the Republic of Guinea-Bissau [Master]. São Paulo: School of Public Health, University of São Paulo; 2007.

ABSTRACT

Introduction: tuberculosis is a millenarian disease, constituting a public health problem since its discovery until nowadays. Recently, with the advent of HIV/AIDS, tuberculosis has developed into other shapes and dimensions, in developed countries and, above all, in developing countries. **Objective:** to analyze the actions of the Fight against Tuberculosis in the Republic of Guinea-Bissau, the flow of the notification and data information system, from the National Health System. **Methodology:** this is an exploratory descriptive study that consists on the diagnosis of the situation of tuberculosis in the country, in the period between 2000 and 2005, by means of survey of secondary information from the main epidemiological and operational indicators used in the country. Calculations of coefficients, rates, were made as well as the standardization by the direct method of coefficients of incidence of infectious (smear-positive) cases for comparison. **Results:** in the period of study, 10.623 cases of tuberculosis were registered. The lowest coefficient of tuberculosis incidence was of 116,4/100,000 inhabitants in the year of 2003, and highest one was of 131,3/100,000 inhabitants in 2005. The highest coefficient of mortality registered was of 16,8/100,000 inhabitants, in 2005. The highest lethality rate was of 11,8% in 2005, and the lowest was of 5,1% in 2003. **Conclusion:** it is possible to notice that the active search for respiratory symptomatic is still low, as well as the covering of DOTS strategy, because of possible technical operational problems. The improvement of diagnosis in the country is necessary, specially the extra pulmonary clinical form, and also a system of notification and efficient information in all levels.

Descriptors: Tuberculosis, Epidemiological Monitoring, Health in the Republic of Guinea-Bissau, National Program of Fight against Tuberculosis in Guinea-Bissau.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 1.1 História da Tuberculose na Guiné-Bissau | 18 |
| 1.2 Epidemiologia da Co-infecção TB/HIV no mundo e Vigilância Epidemiológica dos Programas PNLT/PNLS na Guiné-Bissau | 23 |
| 1.3 Aspectos Demográficos e Socioeconômicos da Guiné-Bissau | 26 |
| 1.4 Perfil Sanitário na Guiné-Bissau | 29 |
| 1.5 Sistema Nacional de Saúde e o Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose na Guiné-Bissau | 32 |
| 1.6 Plano Estratégico Nacional do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose na Guiné-Bissau (2004-2008) | 38 |
| 1.7 Serviço de Referência Nacional para Tratamento de Tuberculose e de Outras Patologias Respiratórias e o Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose | 41 |
| 1.8 Esquemas de Tratamento de Tuberculose na Guiné-Bissau e no Brasil | 43 |
| 1.9 Laboratório Nacional de Saúde Pública e Periféricos no âmbito do PNLT | 46 |
| 1.10 A Tuberculose na Guiné-Bissau e Micobactérias Atípicas (MOTT) | 50 |
| 1.11 Projeto de Saúde de Bandim como Campo de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde, versus PNLT | 52 |
| 1.12 Direção de Higiene e Epidemiologia da Guiné-Bissau e o PNLT | 54 |
| 2 OBJETIVOS | 57 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL | 57 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 57 |
| 3 METODOLOGIA | 58 |
| 3.1 População e delineamento do estudo | 58 |
| 3.2 Plano estatístico e conceitos de variáveis e/ou indicadores do estudo | 61 |

| | |
|---|-----|
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 65 |
| 4.1 Indicadores de Morbidade | 65 |
| 4.2 Caracterização das Regiões Fisiográficas, Administrativas e a Distribuição de Serviços de Saúde e de Laboratórios segundo as Regiões Sanitárias | 72 |
| 4.3 Resultado do Tratamento | 79 |
| 4.4 Indicador de Mortalidade | 88 |
| 4.5 Comparando com o Estado de São Paulo os indicadores | 89 |
| 5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS | 95 |
| 5.1 Conclusões | 95 |
| 5.2 Considerações finais | 96 |
| 5.3 Comentários sobre novos Instrumentos de Coleta de Dados do PNLT | 98 |
| 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 101 |
| ANEXOS | 105 |
| Anexo 1- Mapa do Tratamento dos Doentes de Tuberculose | 106 |
| Anexo 2- Livro de Registro de Busca Ativa | 109 |
| Anexo 3- Livro de Registro de Suspeitos de Tuberculose | 112 |
| Anexo 4- Livro de Registro dos Doentes de Tuberculose | 115 |
| Anexo 5 - Ficha de Tratamento de Tuberculose | 118 |
| Anexo 6 – Guia de Transferência e de Referência | 121 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|--------------------|---|----|
| Tabela 1 - | Tipo de casos de tuberculose e de todas as formas, Guiné-Bissau, 2000 a 2005. | 65 |
| Tabela 2 - | Coeficiente de morbidade de todas as formas, coeficiente de incidência de tuberculose (por 100.000 hab.), Guiné-Bissau, 2000 a 2005. | 66 |
| Tabela 3 - | Coeficiente de incidência (por 100.000 hab.) de casos novos de tuberculose segundo forma clínica, Guiné-Bissau, 2000 a 2005. | 66 |
| Tabela 4 - | Casos novos de tuberculose, segundo forma clínica, Guiné-Bissau, 2000 a 2005. | 68 |
| Tabela 5 - | Casos novos de tuberculose pulmonar, segundo exame de baciloscopia e ano, Guiné-Bissau, 2000 a 2005. | 70 |
| Tabela 6 - | Casos novos de tuberculose pulmonar, segundo sexo e ano, Guiné-Bissau, 2000 a 2005. | 70 |
| Tabela 7 - | Casos novos de tuberculose pulmonar positivo por faixa etária e percentagem(%), Guiné-Bissau, 2002, 2003 e 2005. | 71 |
| Tabela 8 - | Distribuição de casos novos de tuberculose pulmonar positiva por Regiões Fisiográficas e Sanitárias, segundo sexo e faixa etária, Guiné-Bissau, 2002, 2003 e 2005. | 76 |
| Tabela 9 - | Comparação dos coeficientes (por 100.000 hab.) de casos de tuberculose pulmonar da Região Sanitária (Setor Autônomo de Bissau - Capital) com as demais Regiões Sanitárias do país nos anos 2001 e 2002. | 78 |
| Tabela 10 - | Total de casos de tuberculose quanto ao encerramento de Tratamento e ano, Guiné-Bissau, 2000 a 2005. | 79 |
| Tabela 11 - | Total de casos novos de tuberculose pulmonar segundo tipos de saída e ano, Guiné-Bissau, 2000 a 2005. | 84 |
| Tabela 12 - | Casos retratados de tuberculose, segundo tipos de saída por ano, Guiné-Bissau, 2000 a 2005. | 86 |
| Tabela 13 - | Distribuição de casos novos e de casos retratados de tuberculose segundo triênio, Guiné-Bissau, 2000 a 2005. | 87 |
| Tabela 14 - | Óbitos e coeficiente de mortalidade de tuberculose e de casos novos de tuberculose pulmonar (por 100.000 hab.) e coeficiente de Letalidade (%), Guiné-Bissau, 2000 a 2005. | 88 |

| | |
|---|----|
| Tabela 15 - Casos de tuberculose, casos novos e bacilíferos, do Estado de São Paulo e da Guiné-Bissau, 2000 a 2005. | 90 |
| Tabela 16 - Casos de tuberculose, segundo tipo de saída do Estado de São Paulo e da Guiné-Bissau, 2000 a 2004. | 92 |
| Tabela 17 - Coeficientes de incidência de casos pulmonares bacilíferos (por 100.000 hab.) de ambos os sexos da Guiné-Bissau e do Estado de São Paulo (Brasil) ano de 2005. | 94 |
| Tabela 18 - Coeficientes de incidência de casos pulmonar bacilíferos (por 100.000 hab.) da Guiné-Bissau e do Estado de São Paulo (Brasil) ano de 2005 padronizados. | 94 |

SIGLAS UTILIZADAS

- AIFO: Associação Italiana Amici di Raoul Follereau de Bologna
- ASDI: Agência Sueca para o Desenvolvimento Internacional
- BAAR: Bacilo Ácido Álcool Resistente
- DOTS: Tratamento sob Observação Direta de Curta Duração
- DST: Doença Sexualmente Transmissível
- HDI: Índice de Desenvolvimento Humano
- HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana
- HRF: Hospital Rauol Follereau
- HSE: Hospital Comunità di Sant'Egidio
- INEC: Instituto Nacional de Estatística e Censo
- LNSP: Laboratório Nacional de Saúde Pública
- MINSAP: Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau
- MOTT: Mycobacteria Other Than Mycobacterium Tuberculosis
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- PEN -TB: Plano Estratégico Nacional de Luta Contra a Tuberculose
- PIB: Produto Interno Bruto
- PNDS: Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
- PNLS: Programa Nacional de Luta Contra SIDA
- PNLT: Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose
- PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.
- PPD: Tuberculin Purified Protein Derivative
- PSB: Projeto de Saúde de Bandim
- SIDA: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
- SNIS: Sistema Nacional de Informação Sanitária
- STNLS: Secretariado Técnico Nacional de Luta Contra Sida
- TMDR: Tuberculose Multidrogarresistente
- UICT: União Internacional Contra a Tuberculose
- UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

1 INTRODUÇÃO

Como é de conhecimento de profissionais da área da saúde e da própria sociedade, a tuberculose é uma doença milenar, que acompanha o homem no decorrer da história⁴.

Para elucidar os fatos históricos, foram observadas lesões nas vértebras de múmias egípcias datadas de aproximadamente 4000 anos aC., que mostram a presença de tuberculose desde as antigas civilizações. Os chineses e os persas faziam referência à tísica há dois mil anos, e ela era considerada um sinal de castigo aos transgressores das antigas escrituras bíblicas, entre os antigos judeus³⁹.

Os gregos descreveram que as supurações pulmonares eram a doença que mais matava, entre todas, e Hipócrates classificou os sintomas da tuberculose.

Outros fatos históricos a destacar segundo Tarantino são os seguintes:

A identificação de lesões tuberculosas deu-se no final do século XVII, com a descoberta do tubérculo, por Sylvius Deleboe.

Virchow, em 1852, foi contra a teoria unicista das lesões tuberculosas, dividindo-as em dois grupos: de um lado, a pneumonia que evolui para a caseificação e, de outro, o tubérculo específico. Essa teoria só foi derrubada com a descoberta do agente causal da doença, em 1882, por Robert Koch.

Quanto à transmissibilidade da tuberculose, havia muita controvérsia; desde a teoria da hereditariedade, defendida por Hipócrates, até a da contagiosidade, defendida principalmente por Fracastoro (1546) e por Pierre Desault em 1773.

No final do século XVII e início do XVIII, a partir da revolução industrial, com a instalação das fábricas e o surgimento de cidades mais populosas, a tuberculose ganhou proporções alarmantes, devido à aglomeração social mais complexa e ao convívio social mais freqüente⁴.

Villemin foi quem, em 1865, demonstrou a contagiosidade da doença pela tuberculinização de animais com sangue e produtos patogênicos de doentes.

De fundamental importância foi à descoberta do *Mycobacterium tuberculosis* em 1882, por Koch, que sepultou de vez a doutrina hipocrática da hereditariedade da doença, que chegou a constituir um dogma por muitos séculos.

Entre os métodos terapêuticos preconizados na época, o repouso e a alimentação reforçada procuravam melhorar as defesas naturais do organismo e a busca da cura espontânea da doença. Essas medidas, aliadas à teoria do clima de grandes altitudes, recomendada por Avicena no século X, serviram de base para a instituição de sanatórios, onde os doentes eram recolhidos por longos períodos. Nessa época ocorreu a utilização do pneumotórax artificial, idealizado por Carlo Forlanine, que proporcionava relativo repouso às áreas pulmonares lesadas. A colapsoterapia foi o tratamento heróico, em todo o mundo, até a metade da década de 40, quando foram descobertos os primeiros quimioterápicos eficazes na cura da doença³⁹.

O pneumotórax artificial foi o precursor das cirurgias torácicas, como a colapsoterapia por toracoplastia com ressecção de diversos segmentos costais, lobectomias e pneumectomias, entre outras, que levavam cerca de 30% dos doentes à cura, porém com grandes seqüelas.

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa crônica, cujo agente causal é o “*Mycobacterium tuberculosis*”. É uma das doenças mais comuns da humanidade. Em 1990, a OMS estimou que um terço da população do mundo estava infectada pelo “*M. tuberculosis*”, com um total de oito milhões de casos novos e três milhões de mortes anuais devidas à doença²².

De forma geral, a tuberculose acomete o pulmão, embora possa acometer outros órgãos. Quando causada por cepas sensíveis aos fármacos, é curável em praticamente todos os casos; porém, se não for adequadamente tratada, essa doença pode ser fatal em mais de metade dos casos, no período de cinco anos³⁶.

As micobactérias causadoras da doença pertencem à família “*Mycobacteriaceae*”, à ordem “*Actinomycetales*” e ao gênero “*Mycobacterium*”.

As espécies pertencentes ao Complexo³⁶ “M. tuberculosis” são as seguintes:

- ✓ “M. tuberculosis” é o agente mais freqüente e importante da doença nos humanos;
- ✓ “M. bovis” (bacilo de tuberculose bovina) já foi causa importante da tuberculose transmitida por leite não-pasteurizado, e atualmente causa a doença em uma pequena parcela dos seres humanos;
- ✓ “M. africanum”, isolado em pequena parte da África Ocidental e Central; e
- ✓ “M. microti”, que, apesar de estar no complexo, é patogênico apenas para pequenos roedores.

Também existem outros tipos de micobactérias, como o “M. kansasii” e o “M. intracellulare”, que podem causar em humanos uma doença pulmonar semelhante à causada pelo “M. tuberculosis”.

O “M. tuberculosis” é uma bactéria delgada, em forma de bastão, aeróbica, não-esporulada, que mede cerca de 0,5µm por 3 µm, e é BAAR³⁶.

A transmissão da tuberculose é feita pela aerossolização de secreções contaminadas. Os pacientes com evolução clínica de tuberculose pulmonar bacilífera são especialmente infectantes, dado que o seu escarro pode conter de 1 milhão a 100 milhões de bacilos/ml, e pelo fato de tossirem com freqüência. Apesar de a maioria das transmissões ocorrerem dessa forma, também foram identificados outros mecanismos de transmissão, como aerossóis gerados pela desbridamento ou por trocas de curativo de pele, ou ainda abscessos de tecidos moles contaminados por “M. tuberculosis”, que são altamente contagiosos¹⁶.

Quanto às fômites, elas não desempenham um papel significativo na transmissão.

A tuberculose afeta tanto a criança como o adulto, mas em maior proporção os adultos⁹.

Nas décadas de 60 e 70, com a conquista de uma potente quimioterapia, imaginou-se o controle da doença, porém, nos anos 80, ela recrudesceu em todo o mundo³⁶.

Esse acontecimento foi facilitado pela estreita relação da tuberculose com a pandemia do HIV e de outras doenças oportunistas, pela ampliação da miséria das populações desfavorecidas, pelo aumento da longevidade nas sociedades ou classes mais desenvolvidas, pela baixa imunidade, pelos movimentos migratórios, aliados a uma diminuição progressiva dos investimentos no setor da saúde e à conseqüente deterioração da assistência pública.

Pelas razões clínicas e epidemiológicas acima destacadas, pela necessidade da operacionalização do PNLT de “forma agressiva” e por se tratar do primeiro estudo do gênero na área, de forma abrangente, para servir de suporte técnico para gestão do Programa e de pesquisas futuras, justifica-se a realização deste trabalho.

1.1 HISTÓRIA DA TUBERCULOSE NA GUINÉ-BISSAU

A existência de tuberculose no continente africano foi assinalada desde³⁴ o século XIX.

Após a Segunda Guerra Mundial, concretamente no ano de 1950, estudos mostraram que a taxa média de reação alérgica ao teste tuberculínico tem variado nos países de expressão francesa, entre 30% a 40%. Chrétien, segundo Payet et Sankalé, informa que, na África Ocidental, da qual faz parte a Guiné-Bissau, a taxa foi de 36,5%. Os estudos realizados pela OMS, na África, mostraram que a prevalência de casos de tuberculose bacilíferos ao exame direto de escarro foi de 0,5% para ambos os sexos, a partir de dez anos de idade. Em termos de referência, outros estudos realizados em conjunto, por outros meios diagnósticos, mostraram que podemos estimar que, para cada 10 pessoas em 1000 com resultado positivo na baciloscopia, corresponderiam de 20 a 40 pessoas em 1000 com radiografias suspeitas de tuberculose³⁴.

Como é sabido, em 1446 o navegador português Nuno Tristão chegou às terras da Guiné e, durante mais de 500 anos, os colonizadores lá permaneceram³⁸.

Não existe registro nacional ou trabalho publicado até então sobre o primeiro caso de tuberculose notificado no país. Pode ter ocorrido que a doença chegou através dos missionários portugueses, durante a época das descobertas e da colonização, como ocorreu no Brasil⁴ (os padres Jesuítas Manoel da Nóbrega e José de Anchieta foram os primeiros doentes conhecidos), ou através de fluxo migratório dos países vizinhos da ex-colônia francesa ou da inglesa.

Não existem tampouco dados estatísticos disponíveis no Ministério da Saúde que mostrem a evolução da doença durante a colonização, bem como da forma do seu monitoramento regular, permanente e consistente, desde a independência até os dias de hoje. Talvez isso se deva ao fato de o próprio Sistema de Informação e Comunicação em Saúde não ser tão eficiente quanto desejado.

Com a formulação e implantação do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose, no ano de 1986, o registro dos dados melhorou.

A estratégia ou idéia de enfrentar a tuberculose no país como problema sério de saúde pública deve ter como base as diretrizes e as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), da União Internacional Contra a Tuberculose (UICT) e do Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau.

A sua implementação tem como intenção a operacionalização de conhecimentos existentes e a sua adaptação a cada área geográfica específica, em consonância com as características sócio-culturais da população, dos determinantes epidemiológicos, das condições e das estruturas sanitárias existentes e da capacidade resoluta. Com isso, o seguimento da evolução no combate e controle da tuberculose no país passou a ser prioridade na política de saúde.

Em julho de 1950, na época do país como colônia de Portugal, tivemos os seguintes relatos: o então Governo de Portugal baixa o Decreto-Lei nº 2.044, que estabelece e regula a Organização da Luta Anti-Tuberculose em Portugal e, depois de devidamente adaptado ao meio, o Governo da Província de São Tomé e Príncipe, seguindo a mesma orientação, mandou publicar em Boletim Oficial de 23 de fevereiro de 1952 o Diploma Legislativo nº 402.

Por tais fatos, pensa-se que o mesmo tenha ocorrido antes, na mesma época e/ou mais tarde, na Guiné Portuguesa³⁰.

Associados à Rede Sanitária da época de Guiné colônia, existem também Serviços de Assistência, entre eles o de Combate à Tuberculose, que funcionaria nas enfermarias das dependências do então Hospital Central de Bissau em 1968, atualmente denominado de Hospital Nacional Simão Mendes (que, após a independência do país, foi destinado para internamento dos doentes contagiantes, sob o cargo do Chefe da Missão de Combate as Tripanossomíases), além de um Dispensário Anti-tuberculose de Bissau e de outros pequenos, nos Centros de Saúde, para tratamento de

regime ambulatorial e distribuição de medicamentos. Também como atividade de controle e prevenção era feito, na época, o radiorastreio, rastreio tuberculínico e bacteriológico por brigadas que percorriam periodicamente o território da Província, buscando os doentes novos, que eram entregues aos Centros de saúde³.

Durante muito tempo e até hoje, sobretudo nas Regiões Sanitárias do interior do país, as ações de combate à tuberculose têm sido feitas pelos Técnicos de Enfermagem e de Laboratório, na sua maioria. Por falta de número suficiente de médicos, o interior do país pouco se tem beneficiado desse pessoal.

As coisas começaram a melhorar quanto à tuberculose com a construção de Hospitais Regionais e Centros Regionais de Tisiologia e da assistência médica recebida dos médicos estrangeiros em missão no país. Esse fato se faz notar mais após a independência do país, em 1974.

Outro problema defrontado no curso do Programa foi à questão da falta ou ruptura no fornecimento de medicamentos e de insumos de laboratórios, aliada à falta de pessoal e com pouca motivação de trabalhar com tuberculose.

Após a luta de libertação do jugo colonial e pós-independência em 1974, o Partido Africano para a Independência da Guiné e Cabo Verde (PAIGC), "único partido legítimo reconhecido na época", intensificou a formação dos quadros em todas as áreas possíveis, e em particular na área da saúde.

Em 1980, através de acordo de cooperação assinado com a Itália (AIFO - Associação Italiana Amici di Raoul Follereau de Bologna), o Programa Nacional de Luta Contra Lepra começou a funcionar tratando da lepra. No mesmo acordo consta a construção do Hospital Nacional de Referência em Bissau (Capital), aberto para atendimento e tratamento de tuberculose, aos três dias de agosto de 1991 e inaugurado oficialmente em 17/03/1992, para doentes de tuberculose e de outras pneumopatias. Aliada a isso, ocorreu a garantia de abastecimento de medicamentos e formação de quadros na área²⁸, desativando assim a antiga enfermaria de internamento

de doentes de tuberculose no “Hospital 3 de Agosto”, com a média de 168 camas, após sua desativação junto das enfermarias de doenças infecciosas do Hospital Nacional Simão Mendes, no final de década de 1980. Até agosto de 1994, antes da instituição da Direção Autônoma de Bissau como Região Sanitária²⁸, só três Centros de Saúde faziam atendimento dos pacientes na capital; isso pode ter limitado, em termos operacionais, as atividades de controle de tuberculose, sobrecregando a demanda nas antigas enfermarias de tratamento de tuberculose.

A fusão dos Programas de Tuberculose e de Hanseníase talvez se justifique por escassez de pessoal técnico, por ser o mesmo organismo (AIFO) que financie os dois Programas, pela similaridade entre as duas doenças, pela própria estratégia do ministério e/ou do modelo vigente na Itália, que era o principal parceiro na área até então.

Ao longo do tempo foram construídos e/ou instituídos alguns Centros Regionais de Tisiologia, para internação e tratamento de doentes de tuberculose, nomeadamente de Canchungo, Bissorã, Bafafá, Gabú, Bubaque e Catió.

Com a elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, tido como um Guia Piloto ou instrumento para a implementação das diretrizes políticas e das metas para saúde no país, os Grandes Programas do Ministério, entre eles o PNLT, passam a dar mais atenção à definição clara do seu papel dentro do Sistema Nacional de Saúde no país.

Começaram a ser vislumbradas pesquisas na área de saúde, sobretudo após a inauguração do Laboratório Nacional de Saúde Pública e Projeto Saúde de Bandim²⁸ em 1978, com Sedes na capital.

É de realçar que, no período de 7 de junho de 1998 a maio de 1999, teve conflito político-militar (revolta dos militares contra o poder político democraticamente instituído) no país. A guerra teve todas as consequências graves que se pode imaginar e, em particular, para os doentes de tuberculose, além de grandes perdas de vidas humanas no país.

Durante o período de conflito, passados três dias do início da guerra, o Ex-Hospital Rauol Follereau foi destruído por uma bomba, razão pela qual

os pacientes de tuberculose internados ali foram transferidos para o Hospital de Cumura, localizado a 12 km da capital.

Em 2003, foi elaborado o Plano Estratégico Nacional de Luta Contra Tuberculose, no quadro dos objetivos do milênio e do Fundo Global, elegendo a Tuberculose, a Malária e a SIDA como prioridades mundiais.

Na história do próprio homem e da doença no país, também existem “Curandeiros Tradicionais”, que descrevem alguns sintomas da tuberculose e arriscam afirmar terem tratado a doença com plantas medicinais, mas não existem estudos epidemiológicos, fitoterápicos e farmacológicos que provem o fato. Em 1991, deu-se o primeiro encontro de aproximação entre o Ministério da Saúde e os Curandeiros Tradicionais²⁸, mostrando assim o seu papel dentro do Sistema, como parte integrante da Estrutura de execução de ponta dentro do Sistema Nacional de Saúde.

Segundo o Relatório de Atividades dos estabelecimentos Sanitários no país de 1995 a 1999, de acordo com os Serviços Estatísticos Sanitários do Ministério da Saúde, a mortalidade proporcional da tuberculose no total das mortes registradas no país seria de 16,7%, 9,3%, 1% e 1,8% respectivamente aos anos de 1995 a 1998.

1.2 EPIDEMIOLOGIA DA CO-INFECÇÃO TB/HIV NO MUNDO E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS PROGRAMAS PNLT/PNLS NA GUINÉ-BISSAU

A Organização Mundial de Saúde, em 1994, estimou que mais de 16 milhões de adultos e um milhão de crianças foram infectados pelo vírus HIV. Cerca de 5,6 milhões de indivíduos estavam co-infectados pelo “M. tuberculosis” e pelo vírus HIV, sendo que a região sub-sahariana da África, por si só, era responsável por 3,8 milhões de casos, ou seja, 71%, no resto do mundo, a proporção era de 20% na Ásia e 8% na América Latina e Caribe^{18,33}.

Estudos mostram que a co-infecção por HIV e “M. tuberculosis” é responsável pelo aumento da incidência de tuberculose em quase todo o mundo, tendo sido atribuída à infecção pelo HIV a proporção de 4,2% de todos os casos de tuberculose, em¹⁸ 1990.

No período 1985 a 1991, a incidência de tuberculose triplicou na Zâmbia e na Malawi, e duplicou no Burundi. Nos Estados Unidos, entre 1985 a 1993, houve um aumento de 14% de casos notificados de tuberculose. Na África, cerca de 20% de casos de tuberculose foram decorrentes da infecção pelo HIV, e a mortalidade atribuível ao HIV foi de 4,6% em 1990, sendo que a OMS estima que aumentaria¹⁸ para 14% em 2000. A África do Sul é o país do mundo com maior número de casos de HIV. Foi estimado que ocorreriam 228.000 novos casos de tuberculose no ano 2000 (9% a mais do que em anos anteriores), e que 60% dos pacientes de tuberculose estavam co-infectados com o HIV. Estima-se que, até 2020, caso a gravidade do quadro não se reverta, 1 bilhão de pessoas estarão infectadas pelo “M. tuberculosis” e, desses, 200 milhões adoecerão e 35 milhões morrerão¹³.

De modo geral, a tuberculose nos países subdesenvolvidos é uma das infecções oportunistas mais freqüentes associadas à infecção pelo HIV. Mais da metade dos pacientes com AIDS na África, Índia, e na Tailândia estão co-infectados de tuberculose. Na América Latina, México e Haiti, esses números¹⁸ estão entre 24% e 28%.

Como se sabe, a infecção pelo HIV é o mais potente fator de risco para o desenvolvimento de tuberculose. No Brasil, a estimativa de pessoas vivendo com HIV/SIDA no ano 2000 foi de 480 mil a 600 mil. Nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, dados sobre a soroprevalência do HIV em pacientes com tuberculose variam de 15% a 35%.

Em 1996, a tuberculose, passou a ocupar o segundo lugar entre as doenças oportunistas ligadas à AIDS, entre os casos notificados, atrás somente da candidíase oral e suplantando a informação mais freqüente até então, a Pneumonia por *Pneumocystis Carinii*^{22,25}.

O estudo feito no período de 1992 a 1993, com os pacientes de tuberculose atendidos no Dispensário Ambulatorial de tuberculose, assim como com os que foram internados no país, mostra a presença de anticorpos HIV 1 em 3,0% e HIV 2 em 16,4%, e ambas infecções em 2,0%. Outro estudo realizado na mesma época mostrou que, em pacientes de tuberculose com bacteriologia positiva, 19,6% tiveram antígeno a HIV 2 e 4,8% tiveram antígeno a HIV 1 ou ambas reações^{28,44}.

Estudos realizados na Guiné-Bissau sobre a co-infecção nos pacientes internados em diferentes serviços de saúde no país, entre 1989 e 1995, mostraram que a soroprevalência para HIV-1 vinha aumentando de forma progressiva, passando de 0,4% para 3,9%, respectivamente¹⁵. A mesma dinâmica repetiu-se quanto a infecção dupla (HIV-1 e 2), passando de 1% em 1991 para²⁰ 4,9% em 1995.

Apesar de a tuberculose e o HIV merecerem hoje, em todo o mundo, a preocupação dos gestores de saúde, em particular, na Guiné-Bissau, ainda é embrionária a intersetorialidade entre os dois Programas, quanto à necessidade de vigilância epidemiológica, do planejamento, e da avaliação conjunta, não obstante ambos estarem sob coordenação da Direção de Cuidados Primários de Saúde dentro da Estrutura Orgânica do Ministério.

O Fundo Global, preocupado com o problema, em colaboração com MINSAP e a OMS, instituiu a Secretaria Técnica Nacional de Luta Contra Sida em 2004, apesar de ser instituído desde 1986 no Ministério da Saúde, o PNLS²⁸.

Do relatório de uma missão para identificar e promover um Programa conjunto HIV/TB, feita em dezembro de 2002, foi recomendada a necessidade de que os dois Programas tenham uma relação mais coesa. Outra razão para fortalecer essa cooperação é a implementação de terapia antiretroviral, em curso no país, graças à ajuda e cooperação do Governo Federativo do Brasil.

Tendo em conta a prevalência da própria tuberculose em si, por outro lado, sua co-infecção com HIV veio ao longo tempo agravando a saúde da população, em particular na África, com respectivas consequências na saúde pública, na esfera social e econômica dos países em vias de desenvolvimento.

Desde o início da epidemia da AIDS, o maior foco de endemia de HIV-2 foi registrado nos países da Costa Ocidental da África, sendo a Guiné-Bissau país de maior prevalência, seguido pela República da Gâmbia e pelo Sénegal²⁰.

Como é necessária a integração das intervenções para reduzir a carga da tuberculose e das intervenções específicas para reduzir o problema de VIH/SIDA, é imperativa a criação de uma fonte de rede de referência entre os diferentes níveis do Sistema de Saúde e entre os próprios Programas de tuberculose e VIH, além da inclusão, nessa rede, de capacitações de profissionais de saúde, que deverão ser treinados no manejo das duas enfermidades³³.

1.3 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS DA GUINÉ-BISSAU

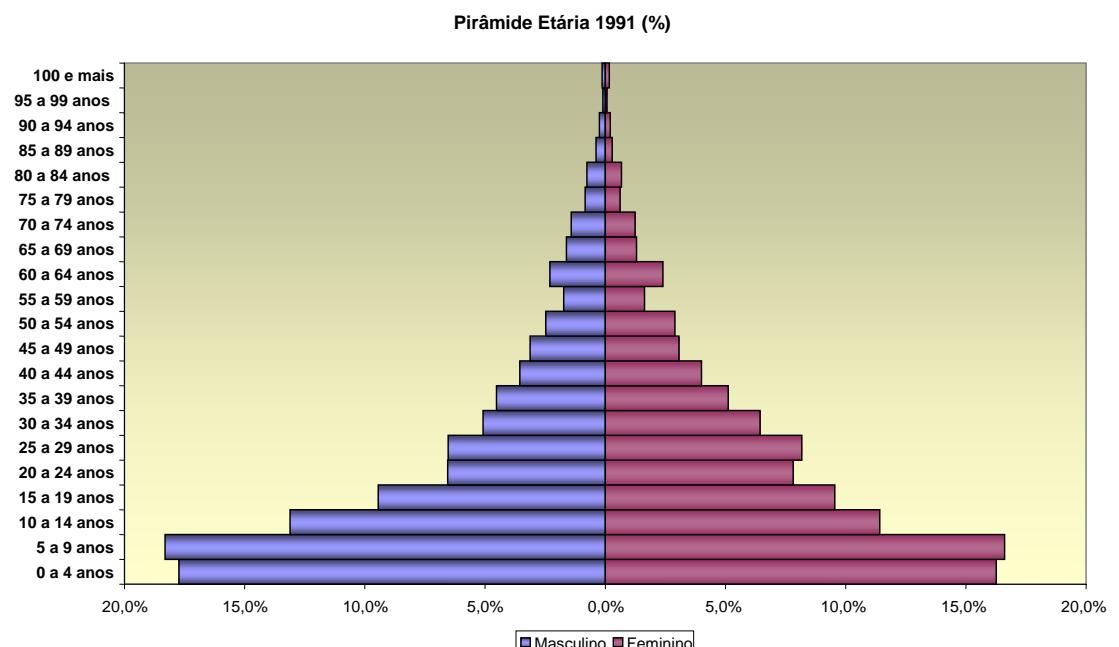
A República da Guiné-Bissau é um país africano de expressão oficial portuguesa, proclamado unilateralmente em 1973 e independente de Portugal em setembro de 1974, depois de um período de longa luta armada de 11 anos.

Topograficamente, o país está situado no hemisfério Norte, na Costa Ocidental de África, limitado ao norte pelo Senegal, a Leste e Sul, pela República da Guiné-Conakry, e a Oeste, pelo Oceano Atlântico, com 200 km de costa marítima²¹.

A sua superfície é de 36.125 km², e a população atual aproximada é de 1.3 milhões de habitantes¹¹.

A pirâmide populacional sobre o último censo realizado no país, em 1991, mostra como está distribuída a população.

Figura 1 - Pirâmide etária da população residente da Guiné-Bissau, ano censitário de 1991.



Fonte: INEC/1991

Quanto aos dados sócio-demográficos, a população ativa de 15 a 64 anos corresponde a 48,3%. Das 979.203 pessoas do censo de 1991, 51,7% são do sexo feminino. A população do país é essencialmente jovem, visto que a população de 0 a 14 anos corresponde a 46,7% do total, como mostra a figura 1, segundo os dados¹⁴ de 1991.

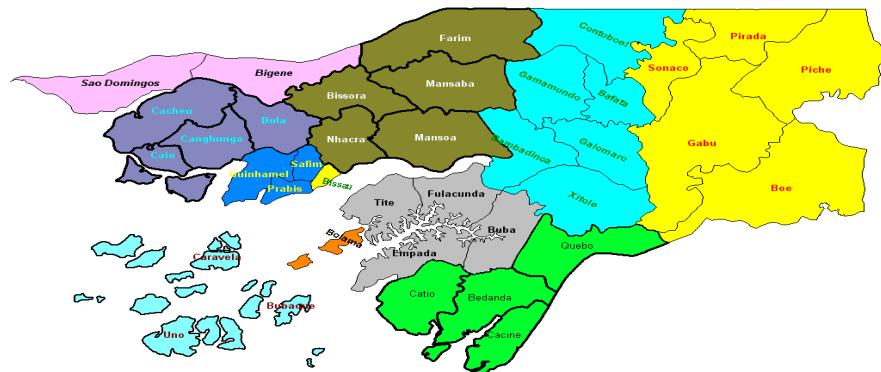
A taxa média de crescimento da população do censo de 1991 foi de 2,5%. O número médio de um agregado passou de 6,2 pessoas para 7,4 pessoas de 1979 a 1991.

No censo de 1979, a Região de Gabú teve o maior tamanho em média de pessoas: 6,6 por agregados em todo o país; a mais baixa foi registrada no Setor de Bolama: 5,4 pessoas. No censo de 1991, as Regiões de Bafafá e Gabú evoluíram para 9,0 pessoas por agregado, superando a média Nacional de 7,4 pessoas; e a menor média observada foi registrada na Capital (Setor Autônomo de Bissau), de 6,2 pessoas¹⁴.

O clima é tropical, quente e úmido, com a estação de chuvas que vai de maio a outubro, enquanto o período de seca cobre o período que vai de novembro a abril, com a pluviometria variando de 1000 mm/ano para a região nordeste a 2250 mm/ano para região sudoeste²¹.

O país está política e administrativamente dividido em oito regiões, que são: Bafafá e Gabú, situadas a Leste do país; Cacheu, Óio e Biombo, ao Norte; e Quinara, Tombali e Bolama-Bijagós, ao Sul. A Região insular de Bolama-Bijagós é composta por cerca de 90 ilhas e ilhéus, e dessas, somente 17 são habitadas²⁸. As regiões estão divididas em 36 Setores e um Setor Autônomo, a capital do país (Bissau) inclusive, e estes, divididos por sua vez em aldeias chamadas de “tabancas”.

Figura 2 - Mapa Político-Administrativo, segundo as Regiões Sanitárias da Guiné-Bissau.



Quanto à situação sócio-económica, é um país pobre, ocupando a 166^a posição no ranking mundial do HDI dos 175 países estudados em 2002 (0,373), situando-se, assim, nas dez ultimas posições dos países mais pobres do mundo²¹. Possui dívida externa estimada em 900 milhões de dólares americanos (1998), e, em 2003, tinha 341,1% do peso da dívida externa do PIB. Tem produto interno bruto por habitante de 161,3 milhares de francos CFA (244 Euros) em 2003, segundo os dados apresentados na Cimeira da Assembléia Geral das Nações Unidas do Milênio²¹, realizado em setembro de 2000.

Tem como principais atividades económicas a agricultura, a pesca e o comércio. Exporta, fundamentalmente, a castanha de caju. A atividade industrial é composta de pequenos parques de produção, o que lhe faz depender muito da ajuda da Comunidade Internacional para execução do seu orçamento de Estado²⁸.

A Guiné-Bissau é um país laico, composto de um mosaico lingüístico e étnico de vários grupos, com mais de 30 dialetos falados e diferentes crenças religiosas, entre elas Animismo, Cristianismo, Islamismo e outras, com seus respectivos hábitos e costumes.

O português é a língua oficial, mas é falada só por 10% da população, segundo a pesquisa da UNICEF de 1993, sendo o crioulo falado por mais da metade da população.

1.4 PERFIL SANITÁRIO NA GUINÉ-BISSAU

A mortalidade infantil (TMI) registrou uma relativa diminuição, de 142 óbitos/100.000 nascidos vivos em 1990, para 124 óbitos/100.000 nascidos vivos em 1999, sendo que, no mesmo período, diminuiu a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos de 246 óbitos/100.000 nascidos vivos para 203 óbitos/100.000 nascidos vivos¹¹.

As principais causas de morbimortalidade infantil são as malárias (50% - 60%), as doenças diarréicas agudas (15%) e as infecções respiratórias agudas, de acordo com os dados disponíveis do PNDS¹¹.

A taxa de mortalidade global²⁸ foi de 20/100.000 habitantes, segundo os dados disponíveis em 1991, passando para 16,6/100.000 habitantes em 1997, segundo os dados do Sistema das Nações Unidas do país (UNDAF, 2002).

De acordo com dados disponíveis em 1995, fornecidos pelo Sistema Nacional de Informação Sanitária, o paludismo (malária) representa cerca de 50% das consultas, e desses, 90% dos casos¹¹ se devem à estirpe do “Plasmodium falciparum”.

Cerca de 25% das crianças com menos de cinco anos têm baixo peso em relação a sua idade, 30% têm atraso de crescimento, e o aumento do baixo peso ao nascer aumentou de 20% para 27,5%. Os fatores determinantes para a mortalidade infantil são o baixo nível de escolaridade das mães, as condições higiênicas e o estado socioeconômico da família¹¹.

As principais causas de mortalidade materna são devidas a hemorragia (42%), distócias (19%), infecções (16%), aborto (9%) e eclampsia (6%). A mortalidade materna foi estimada em 914/100.000 NV (nascidos vivos) em 1990 e em 822/100.000 NV de 1990 a 1996. A taxa global de fecundidade foi de 6,8 crianças por mulher em 2001, sendo mais elevada na faixa dos 20-24 anos, sobretudo nas zonas rurais (7,6 filhos por mulher). Em 1999, foram registrados 18% de partos assistidos por profissionais de saúde e, em 2003, essa percentagem²⁸ foi de 27%.

Segundo o resultado do inquérito ligeiro no país para a avaliação da pobreza (ILAP) de 2002, 64,7% da população é considerada pobre, e 20,8% é extremamente pobre.

A avaliação de pobreza feita em 2002 revelou que, em nível nacional, 54% da população tem acesso a água potável e, dentre esses, 34% encontram-se nas zonas urbanas, 68% nas zonas rurais e 36% nos centros semi-rurais. A capital Bissau tem melhor acesso a água potável. Em todo o país, 51,9% da população pobre tem acesso a água potável¹¹.

Ainda no plano sanitário, segundo os dados do Relatório do PNUD, no país, de 1997, destaca-se a existência de um médico para 17.000 pacientes²¹. A situação é alarmante, mais ainda quando comparada com os médicos especialistas e outros técnicos em demais níveis e áreas, praticamente inexistentes. Talvez esse fato se deva, em parte, à falta de uma política de Recursos Humanos agressiva e ousada, num olhar ou pensamento estratégico que se move do pólo de tendência de gestões anteriores para o atual contexto social, político, econômico e tecnológico, no decorrer da sua evolução histórica; de outra parte, esse fato é associado à falta de motivação e boa relação no trabalho, obrigando certo número de médicos e outros técnicos de saúde a emigrarem para outros países em busca de melhores condições.

É de destacar que um número considerável de pacientes opta primeiro pelo atendimento tradicional (medicina tradicional), e só mais tarde procura atendimento hospitalar, se assim entender ou justificar.

A medicina privada só foi liberada em 1991, data a partir da qual começaram a aparecer consultórios privados na capital, dado que a Política Nacional de Saúde, até então, era de assistência gratuita.

Paralelamente a isso, em 1989, a região de Gabú já vinha implementando a política de recuperação de custo, mediante a promoção de co-financiamento dos utilizadores de serviço de saúde local, e, por outro lado, a participação na gestão dos fundos e na micro-planificação, dentro do quadro de Iniciativa de Bamako, que foi um acordo feito em 1987, entre os ministros africanos da área da saúde, com o apoio da OMS e da UNICEF. A

iniciativa procurava incentivar a participação da comunidade na administração e no financiamento de medicamentos essenciais. Era baseada nos seus princípios, tendo como finalidade proporcionar qualidade melhor de serviço prestado²⁸, ou seja, democratizar o conhecimento e estimular o empoderamento. Quanto à higiene e ao saneamento, a situação é preocupante e parece ter piorado depois do conflito político militar de 1998-1999. Estimativas do Banco Mundial em 1982 apontaram que 21% da população urbana tinha acesso a saneamento, contra 13% da população rural. Em 1994, houve melhoria e as taxas passaram para 32% e 17%, respectivamente¹¹.

1.5 SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE E O PROGRAMA NACIONAL DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE NA GUINÉ-BISSAU

Sob o olhar do espaço de transformação de Sistemas Nacionais de Saúde, sob ponto de vista jurídico, institucional e operacional, o Sistema Nacional de Saúde no país está balizado em três níveis administrativos e sanitários, a saber²⁸: Central, Regional e Periférico. A sua estrutura, sob a forma de pirâmide, é constituída por **Estruturas de Gestão**, que, ao **nível central**, fazem parte o Ministério da Saúde, Direções Gerais, Serviços e Programas Nacionais, na qual está enquadrado o PNLT. Ao **nível regional**, fazem parte as Direções Regionais de Saúde e Equipes Regionais de Saúde, onde o Programa está representado pelo Responsável Regional de Grandes Endemias. No **nível local**, temos Equipes Técnicas de Centros de Saúde dos Tipos “A”, “B”, “C”, onde o Programa é representado pelo Enfermeiro Chefe do Centro de Saúde, sendo que no escalão mais baixo temos as Unidades de Saúde de Base, Medicina Tradicional e Cuidados de Saúde, ao nível da família e ao nível individual.

Como **Estruturas de Prestação de Cuidados**, ao **nível central** temos os Hospitais Nacionais, Centros de Referência de âmbito Nacional, nos quais enquadra-se o Hospital de Referência Nacional de Tratamento de Tuberculose, atualmente denominado HSE.

Ao **nível regional**, temos os Hospitais Regionais, e em algumas Regiões Sanitárias, os Centros de Referências Regionais de Tratamento de Tuberculose (tisiologias regionais), nomeadamente na Região de Cacheu (Canchungo), Região de Bafafá (Bafafá), Região de Gabú (Gabú), Região de Óio (Bissorã), Região de Tombali (Catió) e Região de Bolama-Bijagós (Bubaque), faltando para serem construídos ou instituídos nas Regiões Sanitárias de Quinara e Biombo.

Ainda para melhor entender a estrutura, organização e o funcionamento do Sistema de Saúde no país, temos:

Região e ou Distrito Sanitário: área geográfica com estrutura sanitária de atenção primária e secundária. Existem atualmente 11 regiões sanitárias no país. Os Distritos Sanitários, por sua vez, são divididos em Áreas Sanitárias. Por questões de isolamento, comunicação, dificuldade de acesso e às vezes pelo papel geopolítico e histórico, foi considerada numa mesma região político-administrativa, uma outra sub-região sanitária (as região de Cacheu e Bolama-Bijagós têm essa subdivisão), em vez da Direção Regional de Saúde local. A essa sub-região, é dada certa autonomia político-administrativa hierarquizada.

Área Sanitária (A.S.): É uma área geográfica que corresponde ao primeiro nível de atendimento dentro do Sistema Nacional de Saúde, e é coberta por um Centro de Saúde.

A Área Sanitária deve cobrir, em média, 7.000 a 12.000 habitantes. Contém pessoal mínimo de saúde, equipamentos, meios de transporte e infra-estrutura adequada. Respeita os limites de setores administrativos. Tem por missão principal prestar os cuidados de saúde e assegurar a execução do pacote mínimo de atividades da sua área, tais como:

- Consulta curativa, incluindo a disponibilização de medicamentos essenciais e um diagnóstico de laboratório mínimo;
- Consulta pré-natal;
- Seguimento de crianças de 0-5 anos, incluindo a vacinação, e crianças de 0-1 ano, e a reabilitação nutricional ambulatorial;
- Planejamento familiar;
- A organização e a coordenação das atividades sanitárias ao nível da área sanitária (microplanificação, Sistema de Informação Sanitária, atividades de formação e supervisão a USB e PS);
- Educação para a saúde e debates sobre aspectos intersetoriais e de organização comunitária em prol da saúde;
- Combate e busca das grandes endemias (**tuberculose**, lepra, doenças sexualmente transmissíveis, deficiências físicas);

- Busca de gravidez de Alto risco obstétrico (ARO);
- Assistência ao parto.

E ao **nível local**, temos Centros de Saúde tipo “A”, “B”, “C” e Postos de Saúde; tudo e qualquer Serviço de Saúde desse nível, desde que reúna as condições técnicas mínimas de atendimento ambulatorial para manejar casos de tuberculose, é autorizado a desenvolver ações de controle da tuberculose.

Para situar melhor a classificação e os conceitos das estruturas sanitárias de prestação de cuidados de saúde no país, tendo em conta a localização e acessibilidade, faz-se saber o seguinte²⁸:

Centros de Saúde (CS):

“C” e/ou tipo Urbano: são Centros de Saúde localizados nas grandes cidades, dando cobertura a uma população um pouco maior. Têm médico e outros técnicos de saúde. Faz internamento e outras atividades básicas.

Como categoria especial, existe:

“C” e/ou tipo Bijagós: responsável pela execução do pacote mínimo de atividades, mas para uma população limitada, insular.

“B” e/ou tipo B: Centros que, devido à distância do Hospital Regional e devido ao isolamento, têm camas (de hospedagem e de hospitalização) e médico; constituem a maior parte da antiga categoria de “Hospitais Setoriais”, hoje classificadas como Centros de Saúde “B”.

“B” e/ou tipo Urbano: localizados nas cidades, com maternidade e serviço de emergência 24 horas; têm médico.

“A” e/ou tipo A: são centros localizados em zonas tão isoladas ou inacessíveis que, além das características mencionadas em relação aos CS “B”, terão a possibilidade de certas intervenções e tecnologias que normalmente são reservadas aos hospitais regionais, como por exemplo: cirurgia de urgência, transfusão sanguínea, etc.

Posto de Saúde: é tido como modalidade um pouco avançada, ou de linha de ponta, em relação aos Centros de Saúde, sobretudo nas áreas de difícil acesso e que não dispõem de todos os recursos previstos para os

Centros de Saúde aos quais é subordinado. Nesse nível, cabe ao(à) Enfermeiro/a Auxiliar coordenar as atividades de saúde.

Unidades de Saúde de Base (USB): são estruturas comunitárias de saúde de ponta, supervisionadas tecnicamente por Centros de Saúde, facilitando assim o contato destes com a população. Têm, entre outras funções, fazer ponto às feridas, prevenir a desidratação em caso de diarréia, facilitar a implementação da estratégia avançada etc. O seu pessoal assistencial é constituído de Matronas e Agentes de Saúde de Base, recrutados na comunidade e treinados pela equipe regional de saúde, para prestarem serviços básicos de saúde.

Paralelamente aos Órgãos do Ministério de Saúde, existem Estruturas de Coordenação Inter-Setorial, também divididas em três níveis e coordenadas pelo Ministério do Plano e Cooperação.

Existe a descentralização administrativa e operacional das ações de controle de tuberculose, com vistas à extensão da oferta e da atribuição de competência local, mas sem perder de vista as normas, orientações técnicas e diretrizes vindas da Coordenação Central do Programa. Ainda não está informatizado o banco de dados quanto ao cadastro único do paciente e à notificação compulsória de tuberculose, no âmbito de vigilância epidemiológica tanto ao nível central como periférico. Por outro lado, ainda é tímida a vigilância epidemiológica conjunta entre o PNLT e o PNLS, instituído em 1986, e o STNLS, ora criado em 2004, sob o ponto de vista da co-infecção⁴¹.

Ao nível central, o PNLT tem a sua Sede junto ao Ministério da Saúde, estando sob a subordinação da Coordenadoria Nacional de Grandes Endemias da Direção Geral de Saúde Pública.

A título de referência e/ou exemplo dos objetivos a perseguir do PNLT em 2004, e ainda do papel ou função de cada responsável das ações de luta contra tuberculose em cada nível de estrutura do Sistema Nacional de Saúde, pode-se destacar o seguinte:

“OBJETIVOS DEFINIDOS PELO PNLT EM 2004”

Segundo o Programa de Atividades do PNTL para tuberculose para o ano 2004, constam os seguintes itens:

- Objetivos Gerais:

- 1- Reduzir a mortalidade, morbidade da doença;
- 2- Prevenir o surgimento de resistência aos medicamentos.

- Objetivos específicos:

- 1- Curar 85% dos casos de tuberculose com baciloscopia positiva;
- 2- Diagnosticar 70% dos casos com baciloscopia positiva existente (estimados).

A prioridade é atingir uma taxa de cura de 85%. Só depois de se atingir esta meta é que se pode pensar no aumento da taxa de despistagem.

Programa Nacional de Luta Contra a tuberculose segundo o Organograma Funcional datado de 20 novembro de 2003:

- Ao nível Central:

Do Diretor do Programa :

- elo de ligação entre o Programa e outros;
- coordenador das atividades de planificação e implementação ao nível central;
- Seguimento de DOTS nas regiões;
- fornecimento periódico dos relatórios ao Ministério
- análise dos dados;
- Representa o programa em eventos que lhe diz respeito;
- promove contato com pessoas ou instituições para o sucesso do programa.

Do assistente Técnico Médico (da ONG Italiana):

- desempenha o papel de assistente técnico ao programa;
- homólogo ao Diretor do Programa

Do Diretor Adjunto do Programa :

- substituto legal do diretor
- responsável pela análise e compilação de dados estatísticos vindos das regiões;
- controle de estoque dos medicamentos tuberculostáticos, anti-lepra e reagentes;
- seguimento de DOTS nas Regiões.

- Ao nível Regional

Responsável regional de grandes endemias – Enfermeiro/a (Lepra, Tuberculose, Paludismo, Sida, etc.).

- elo entre a região e o Programa;
- coordena as atividades de planificação e implementação em nível regional;
- responsável pelo seguimento das atividades do Programa nas áreas sanitárias;
- recolha e compilação dos dados ao nível periférico ou de Centros de Saúde;
- análise dos dados das áreas sanitárias com os membros da equipa regional;
- controle do estoque dos materiais e medicamentos do programa na região.

- Ao nível Local :

Responsável de área sanitária (AS) (Enfermeiro/a)

- elo de ligação entre a A.S. e a região;
- responsável pela busca ativa;
- responsável dos registros e tratamento
- controle do estoque ao nível da A. S.
- planificação local

Recursos Humanos que trabalham de forma direta ao Programa (139)

- 3 elementos de Direção Central do PNLT
- 11 elementos responsáveis regionais de Grandes Endemias
- 125 elementos responsáveis de Áreas Sanitárias".

1.6 PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DO PROGRAMA DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE NA GUINÉ-BISSAU (2004-2008)

O planejamento como função do processo de gestão e com enfoque estratégico surgiu em razão das insuficiências ou deficiências do chamado planejamento normativo.

Planejar significa intervir para mudar, em vista de alcançar determinados fins ou determinadas metas. Ou melhor, é procurar a resposta para saber: o que priorizar? Por que fazer? A quem fazer? Onde fazer? Quando fazer? Como fazer? Quem vai fazer? Quanto custa fazer? E assim por diante.

Por assim dizer, o raciocínio do planejamento consiste em definir e priorizar necessidades ou problemas, formular respostas para resolvê-los, identificar, avaliar a disponibilidade desses recursos, criar condições para viabilizá-los, bem como avaliar os resultados, produtos e impactos de mudanças ocorridos, identificando e priorizando novas necessidades e problemas, sucessivamente⁶.

O Plano Estratégico Nacional de Luta Contra Tuberculose na Guiné-Bissau²⁷, formulado em maio de 2003, tem como horizonte temporário de execução o período de 2004 a 2008. Esse Plano visa à melhoria do desempenho das ações de luta contra essa endemia, com a finalidade de atender ou alcançar os objetivos plasmados pelo Programa Nacional de Luta Contra Tuberculose, em especial a redução de morbidade da doença no país.

A sua implementação depende da parceria forte entre o Governo da Guiné-Bissau e os seus parceiros de desenvolvimento, ONGs, Associações, Líderes Comunitários e Religiosos, e é financiado, na maior parte, pelo Fundo Global, no quadro da recomendação dos objetivos do milênio.

O Plano Estratégico Nacional de Luta Contra Tuberculose gira em torno de duas estratégias, a saber: a consolidação da estratégia DOTS na capital Bissau e a sua extensão, de forma progressiva, a todas as regiões

sanitárias do país. O Plano ainda visa a analisar situação da tuberculose e definir as áreas ou domínios de intervenção, as atividades a serem realizadas, os meios necessários para a sua implementação e os indicadores de seguimento e avaliação.

Em 1985, a OMS, no seu relatório, propõe o tratamento supervisionado como estratégia para evitar o abandono na utilização de medicamentos, estimular a adesão ao tratamento e garantir taxas satisfatórias de cura³⁵.

De forma pioneira, o tratamento supervisionado foi introduzido com sucesso no início de década de 50, em Hong Kong e em Madras, na Índia³⁵.

A estratégia DOTS (Tratamento Sob Observação Direta de Curta Duração) vem sendo implementada no país desde 1997 e relançada pela OMS em 2002, mas ainda não está em pleno funcionamento.

A DOTS, como indicador operacional para medir a efetividade do tratamento de tuberculose, é uma das estratégias mais efetivas disponíveis para o controle da tuberculose, na atualidade.

Em 2003 estimou-se que só 4% das estruturas de saúde praticam essa estratégia, o que corresponde a 20% de cobertura da população do país¹¹.

Como propósito de eliminar a tuberculose como problema de saúde pública, a Conferência de Amsterdã e do Fundo Mundial para Deter a Tuberculose, apresentado como a “Parceria Stop TB”, definiu quatro objetivos a atingir: expandir a estratégia DOTS, adaptar a DOTS ao desafio do HIV e da TMDR, melhorar os atuais instrumentos de controle e desenvolver novos e, finalmente, fortalecer a Parceria Global para Deter a tuberculose⁴⁰. Esse Plano Global de Ação para Deter a Tuberculose consiste em perseguir as metas fixadas pela OMS para dois horizontes temporais: até 2005 – detectar 70% dos novos casos de tuberculose ativa, tratá-los com DOTS e curar pelo menos 85% dos casos tratados; e até 2010 – reduzir em 50%, comparativamente ao ano de 2000, as taxas de morte e de prevalência de tuberculose⁴⁰.

A estratégia DOTS caracteriza-se⁴² em parte pela observação e monitorização da administração dos medicamentos, mas não deve ser entendida apenas como tal. Na realidade, faz parte de um corpo de medidas que se complementam, definidas pela OMS como os cinco pilares da estratégia: 1) detecção de casos por microscopia; 2) tratamento diretamente observado; 3) provisão regular de drogas ou medicamentos; 4) sistema eficiente de registro de dados; 5) compromisso político no controle da tuberculose.

1.7 SERVIÇO DE REFERÊNCIA NACIONAL PARA TRATAMENTO DE TUBERCULOSE E DE OUTRAS PATOLOGIAS RESPIRATÓRIAS E O PROGRAMA NACIONAL DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE

O então Hospital Rauol Follereau, desde a sua inauguração em 1992 até a sua destruição em 1998, com o eclodir do conflito político-militar no país, foi re-inaugurado em 29 de outubro de 2003 com a denominação de Hospital Comunità di Sant'Egidio⁷. Desde então, passou a ser administrado pela Comunità, função que até então era assegurada pela AIFO. O Hospital fica situado na capital do país, na dependência física do “Hospital Nacional 3 de Agosto”.

Depois do conflito político militar, a AIFO passou a dar assistência técnica e financeira única e exclusiva ao PNLT. Durante o período de conflito, três dias depois do seu início, os doentes internados no Ex-Hospital Rauol Follereau foram transferidos para a Seção de Cumura, pertencente à Região de Biombo, em termos de divisão político-administrativa, a 12 km da capital, onde funciona o Hospital Filantrópico de Cumura para doentes de Hanseníase desde 1952.

Como breve histórico, até a independência do país do jugo colonial, ou seja, até meados de década de 1980, o Serviço de Cuidados de Tuberculose estava dentro da dependência do Hospital Nacional Simão Mendes, o então Hospital Central de Bissau, como era chamado até a data presumível da sua transferência para enfermarias de internamento da dependência do “Hospital Militar 3 de Agosto”, com a capacidade média de 168 camas.

Em agosto de 1994, foi instituído o Setor Autônomo de Bissau como Região Sanitária. Na época, só existiam três Centros de Saúde e alguns postos de saúde no nível da capital, que atendia pacientes de tuberculose e demais patologias, com maior densidade populacional do país²⁸.

O Hospital tem a autonomia administrativa e financeira e o Governo da Guiné-Bissau só garante o pessoal técnico e encargos da folha de pagamento.

Em 2004, foi extinto o Ex-Dispensário do Hospital Rauol Follereau, passando assim os pacientes que eram ali atendidos a serem atendidos nos Centros de Saúde dos respectivos bairros da capital e/ou nas regiões sanitárias do interior do país.

Em termos físicos, de equipamentos e de humanização, o Hospital é um dos melhores do país, tanto que é solicitado por muitos pacientes dos países vizinhos, especialmente do Sénegal, Guinée-Conakry, Gâmbia, Mauritânea, Mali e Serra Leoa.

1.8 ESQUEMAS DE TRATAMENTO DE TUBERCULOSE NA GUINÉ-BISSAU E NO BRASIL

Hoje em dia, no país, existem diferentes modalidades ou esquemas de tratamento da tuberculose. Existe tratamento para casos de primeiro diagnóstico, de retratamento após abandono, dos casos de multirresistência e para casos de doentes de tuberculose portadores de HIV/SIDA. O país está na fase experimental de estudo, desde março de 2006, para adoção do esquema de tratamento adequado para HIV, graças ao apoio da República Federativa do Brasil, no quadro dos Laços Sul-Sul, UNICEF, entre o Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde do Brasil e o Programa Nacional de Luta Contra Sida do Ministério da Saúde da Guiné-Bissau, inclusive com fornecimento gratuito de medicamentos e formação de pessoal técnico no terreno, desde então.

Apesar do uso de anti-retrovirais, no país, ainda está em sua fase incipiente, ou seja, limitado praticamente à capital Bissau; no quadro de prevenção da transmissão via vertical. Para casos de mulheres grávidas portadoras de HIV/SIDA, o uso de Nevirapina tem permitido que algumas crianças nasçam sem infecção, como apontam alguns estudos. E para doentes em estado avançado ou grave de SIDA, em junho de 2005 alguns doentes começaram a beneficiar-se do tratamento. Mas desde 2002, o HSE vinha tratando apenas dois pacientes portadores de tuberculose⁴¹.

Para o tratamento de tuberculose na Guiné-Bissau, há duas modalidades, ou fases de tratamento: intensiva e de manutenção como mostra o quadro 1.

A fase intensiva corresponde aos primeiros dois ou três meses de tratamento de acordo a categoria do paciente, depois de diagnóstico confirmado ou de diagnóstico baseado nos aspectos clínicos e epidemiológicos.

A fase de manutenção dura de 5 a 6 meses, segundo a categoria, devendo o paciente apresentar-se mensalmente ao centro de tratamento para avaliação e seguimento, e recepção de medicamento para automedicação em casa, monitorado pela Ficha de Tratamento de Tuberculose ilustrada no anexo nº5.

Para garantir o cumprimento do tratamento até ao fim, e por problemas sociais e nutricionais, o PAM (Programa Alimentar Mundial) passou a fornecer bens de consumo aos doentes, incentivando assim o não-abandono do tratamento.

Em termos ilustrativos, os esquemas de tratamento usados para doentes de tuberculose não co-infectados da Guiné-Bissau estão no quadro 1, e os da República Federativa do Brasil, no quadro 2, permitindo a comparação entre ambos.

Quadro 1- Esquemas terapêuticos de tuberculose na Guiné-Bissau e rotina de coleta de baciloscopia durante o tratamento

| CATEGORIA | CLASSIFICAÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE | FASE INTENSIVA | FASE DE MANUTENÇÃO |
|--------------|---|--|---------------------------|
| I | Novos casos | 2RHZES OU 2RHZS diariamente | 6HE OU 6HT diariamente |
| II | Recaída Falência terapêutica Abandono | 2RHZES + 1RHZE (diariamente) Hospital de Referência Nacional | 5RHE, 3 vezes por semana |
| III | Casos crônicos: doentes recaídos que apresentam baciloscopia positiva aos 7 meses de tratamento | Hospital de Referencia Nacional | |
| BACILOSCOPIA | CATEGORIA I | 2º /5º /8º meses | |
| | CATEGORIA II | 2º /3º /8º meses | |

Fonte: Guia de tratamento de tuberculose/PNLT/2003

Siglas: R=Rifampicina, E=Etambutol, S=Estreptomicina, H=Isoniazida, Z=Pirazidamida e T=Tiacetazona

A luta contra a tuberculose teve inicio, no Brasil em 1889, com a criação de “Ligas Contra a Tuberculose”, que priorizaram a construção de sanatórios e dispensários para atendimentos de doentes.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PCT) do Brasil, só vingou em 1980, já com um esquema de quimioterapia padronizado em todo o país. Em 1973, a duração do tratamento foi reduzida de 18 meses para 12 meses e, em 1980 passou-se para 6 meses, tornando-se totalmente oral, favorecendo assim a auto-administração^{12,37}.

Quadro 2 - Esquemas terapêuticos de tuberculose, segundo a situação clínica no Brasil.

| Situação | Esquema indicado |
|---|---------------------------------------|
| Caso novo sem tratamento anterior (virgem de tratamento) ou caso novo com tratamento anterior e cura há mais de 5 anos. | Esquema I(Básico) 2RH/4RH |
| Com tratamento anterior: Recidiva após cura com o esquema I Retorno após abandono do esquema I | Esquema I R(Reforçado) 2RHZE/4RHE |
| Tuberculose meningoencefálica | Esquema II: 2RHZ/7RH |
| Falência dos esquemas I ou I R | Esquema III: 3SZE ^E t/9EEt |

Fonte: Funasa/2002

Siglas: R=Rifampicina, E=Etambutol, S=Estreptomicina, H=Isoniazida, Z=Pirazidamida, T=Tiacetazona e Et=Etionamina

Obs: Para casos de crianças com tuberculose menores de 5 anos, que apresentam dificuldade para ingerir os comprimidos, recomenda-se o uso das drogas em forma de xarope ou suspensão.

1.9 LABORATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA E PERIFÉRICOS NO ÂMBITO DO PNLT

O Laboratório Nacional de Saúde Pública é a única instituição do gênero no país. Entrou em funcionamento em 28 de Dezembro de 1978, graças ao acordo e apoio do Governo sueco, através da Agência de Cooperação ASDI, sendo um dos primeiros e poucos centros de pesquisa que o país tem. O Laboratório tem vários Departamentos (microbiologia, virologia, parasitologia etc.). O Departamento de Microbiologia é responsável pelo estudo de diferentes agentes bacterianos, inclusive o “M. Tuberculosis”.

O Laboratório Nacional de referência em pesquisa e controle de qualidade também tem servido como ponte para várias teses de mestrado e doutorado e publicações na área de tuberculose dos quadros nacionais e suecos, sobretudo. Tem, entre outras atribuições, a formação e o aperfeiçoamento do pessoal técnico de laboratório no país e de supervisão e fornecimento de materiais para funcionamento dos laboratórios periféricos.

A maior parte de suporte financeiro para funcionamento do LNSP é assegurado pelo Governo Sueco até hoje, dados que o Governo da Guiné-Bissau depender praticamente da ajuda externa para execução do seu do Orçamento Geral do Estado²⁸.

No laboratório trabalham tanto os quadros técnicos e superiores nacionais como os quadros estrangeiros (suecos, fundamentalmente).

No que diz respeito à biossegurança dos profissionais do LNSP, não existe até então relato sobre a contaminação de técnicos, mas sim já foi notificado nos técnicos de laboratórios periféricos. No que diz a Engenharia de Segurança e da Saúde do trabalhador, nomeadamente o benefício da insalubridade (subsídio de risco), de acordo com o tipo e o grau do risco, não se encontra bem definido, por não existir legislação e órgão representativo em nível central.

Como laboratório de referência para exames de casos suspeito e doentes de tuberculose, nem sempre tem cumprido com o seu status; dado que, qualquer pedido de exame solicitado no país pode ser atendido sem

necessariamente ser referido pelo serviço que atendeu o paciente, mesmo havendo serviço de laboratório em funcionamento local para atendê-lo.

É de destacar que, em caso de falta ou ruptura no fornecimento de materiais para os laboratórios periféricos, por vezes os técnicos são obrigados a trabalhar com as mesmas lâminas para vários exames de baciloscopia, o que em termos de qualidade de diagnóstico bacteriológico em nada ajuda.

A supervisão é feita trimestralmente, com prévio aviso à Direção Regional, a ser visitada em conjunto com a Direção do PNLT e o Responsável de Grandes Endemias, na região no quadro das atividades programadas do PNLT. Durante a visita, são discutidas as dificuldades encontradas no terreno, o recolhimento aleatório de lâminas para controle de qualidade em nível central e a correção de falhas locais assim que constatadas, e, se for o caso de reciclagem, o técnico propõe a formação de aperfeiçoamento em nível central.

Uma avaliação recente da OMS/UICT constatou que existem vários Centros de Saúde de nível periférico que fazem diagnóstico laboratorial de tuberculose, o que é preocupante, em termos de qualidade de serviço prestado, pelo fato de o controle de qualidade ser incipiente ainda⁸. Associada a essa questão, é de realçar a falta de motivação e de “má política de gestão de recursos humanos no país”, número insuficiente de técnicos além de precárias condições de trabalho, o que leva muitos técnicos a não querer trabalhar com tuberculose, ou na pior das hipóteses, quando não existem alternativas, ser “obrigados a conformar-se”.

De acordo com o relatório do LNSP, a OMS, preocupada com a resistência contra drogas antituberculose no mundo, instituiu o projeto global de supervisão de resistência a drogas antituberculose, que consiste em uma rede de 16 laboratórios de referência supranacional para funcionamento em parceria com laboratórios nacionais. Foi nesse quadro que o Instituto Sueco para o Controle de Doenças Contagiosas (SMI) se responsabilizou em funcionar como laboratório de referência supranacional, juntamente com o Laboratório Nacional de Saúde Pública da Guiné-Bissau e com o Laboratório

Nacional de Estônia, a fim de supervisionar o desenvolvimento de resistência de drogas antituberculose nesses países. Nesse sentido, em 1992 o Laboratório começou a fazer exame de cultura.

O LNSP, junto do Hospital Raoul Follereau (Hospital Nacional de Tisiologia), em 1994, fez o primeiro estudo de controle de resistência a antituberlostáticos de 201 culturas e 43 antibiogramas, cujo resultado preliminar aponta a existência de alguns casos de resistência, sendo: 3 estirpes com resistência a SM, 1 estirpe a INH, 2 estípes com resistência a SM/INH/RIF, 1 estirpe resistente a INH/ETB e 36 estirpes sensíveis a SM/INH/ETB/RIF).

Precedendo esse estudo, no período de 1989-1991 foram enviadas pela primeira vez para SMI 288 amostras de expectoração para cultura e antibiograma das micobactérias isoladas. Das amostras enviadas, 59 estirpes (3,4%) foram confirmadas como *M. tuberculosis* e com 2 de resistência para Isoniazida⁸.

O termo universalmente utilizado para tuberculose multirresistente (TBMR) surgiu nos Estados Unidos a partir da sua adoção pelo “Centers for Disease Control and Prevention”(CDC), em 1992, e caracteriza-se pela resistência conjunta a rifampicina e isoniazida²⁴.

No Brasil, considera-se TBMR aquele caso que apresente resistência “in vitro” a rifampicina mais isoniazida, e a uma terceira droga do esquema padronizado (isoniazida, rifampicina e pirazinamida), em uso desde 1979. Para o Brasil como um todo, no inquérito Nacional sobre Resistência às Drogas utilizadas no tratamento da Tuberculose, entre 1995 e 1997, a taxa de multirresistência – rifampicina mais isoniazida – foi de 2,2%; a de multiresistência primária foi de 1,1%, e a de multirresistência adquirida, de 8,5%.

O LNSP, até 31 de Janeiro de 1999, data da sua destruição em decorrência do conflito político militar de 7 de junho 1998, era considerado de 3º nível e vinha funcionando normalmente, realizando todo tipo de exame. Depois do conflito, o Laboratório passou por um período de reforma e só voltou a reabrir em 25 de Setembro de 2002. Desde então, até hoje,

não se faz exame de cultura e antibiograma no país, instrumento importante de vigilância de multidrogarresistência e de diagnóstico.

1.10 A TUBERCULOSE NA GUINÉ-BISSAU E MICOBACTÉRIAS ATÍPICAS (MOTT)

Segundo informações, não existe vigilância à tuberculose bovina no país de forma rigorosa, apesar de a criação de gado bovino ser uma das principais fontes de riqueza do país, sobretudo na região Leste. Outro aspecto a realçar no quadro da vigilância é que o leite consumido no país proveniente do gado não é pasteurizado, mas sim, preparado de forma tradicional na forma de “yogurte” para consumo, ou não-preparado, sendo bebido diretamente assim que tirado do animal.

Dos estudos feitos no país¹⁷ sobre os tipos de micobactérias mais freqüentes, além do Complexo “M. tuberculosis”, foram encontradas as do Complexo “M. avium”. Sendo uma preocupação tanto a forma de transmissão da doença como a minimização do risco à saúde da população, é imperativa a implementação da intersetorialidade entre os dois Ministérios (Saúde e Agricultura), sobretudo no controle da transmissão por “M. bovis”.

Ainda é hábito no interior os animais viverem junto com a família do dono no mesmo abrigo, sem cuidados e condições mínimas de higiene. Também nos matadouros legais e ilegais que existem no país não funciona de forma regular e permanente a vigilância sanitária de forma integrada entre o Ministério de Agricultura e da Saúde para não dizer que não existe para controle de possíveis riscos à saúde da população. Assim como não existem relatos de que é feita a prova de PPD (Tuberculin Purified Protein Derivative) nos animais, para constatar surtos, assim como antes de seu abate.

É de destacar a preocupação de que a pandemia de VIH/SIDA aumente o número de casos de tuberculose por “M. bovis” à semelhança do “M. tuberculosis”. A maioria dos casos de tuberculose em infectados pelo HIV são causados pelo “M. tuberculosis”, mas casos de infecção com “M. bovis” e infecção com a cepa “M. bovis” da vacina BCG também têm sido descritos¹.

A tuberculose humana e animal causada por “*M. bovis*” já é conhecida desde o final do século XX. A tuberculose bovina é uma zoonose (doença ou infecção naturalmente transmissível entre os animais vertebrados e o homem) de evolução crônica efeito debilitante, causada pelo “*M. bovis*”, que é também um bacilo álcool-ácido-resistente (BAAR). Essa zoonose é de distribuição mundial, com maior prevalência nos países em vias de desenvolvimento e baixa nos países desenvolvidos, devido a programas de controle e erradicação, inspeção de carnes e pasteurização do leite¹.

A situação da tuberculose por “*M. bovis*” não é bem conhecida, visto que existem poucos ou nenhum estudo ou relato sobre ela, tanto por parte do Ministério da Saúde como da Agricultura.

As crianças sempre foram as mais atingidas pela infecção devida ao “*M. bovis*”, por causa da maior ingestão de leite cru.

O perigo da transmissão da tuberculose de bovinos infectados para o homem foi reconhecido em 1896 e 1898 por Theobald Smith, pesquisador americano, que demonstrou que o bacilo da tuberculose encontrado no gado era diferente do encontrado no homem.

No início do século XX, a tuberculose bovina era a causa de 10-18% de todos os casos de tuberculose humana, existindo uma associação entre o número de casos humanos identificados e a prevalência da tuberculose na população bovina local. Calcula-se que 70 a 80% dos casos de tuberculose dos gânglios cervicais em crianças e 20% dos casos de tuberculose renal do homem eram causados¹ pelo “*M. bovis*”.

À tríade microbiologistas, médicos e veterinários, assim como profissionais de saúde pública, torna-se essencial a investigação do “*M. bovis*” com importância histórica e contemporânea. Três espécies de animais perpetuaram a tuberculose através dos séculos: o homem, o bovino e as aves em geral.

1.11 PROJETO DE SAÚDE DE BANDIM COMO CAMPO DE INVESTIGAÇÃO EM SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE, VERSUS PNLT

O Projeto de Saúde de Bandim⁵ com a sua Sede na capital, também é um dos primeiros Centros de Pesquisa do país. Foi instituído em 1978 sob o acordo entre LNSP e a Agência Dinamarquesa.

Tem como linha de ação pesquisas e atendimento clínico ambulatorial e, ao longo do tempo, continua a formar quadros nacionais no domínio da pesquisa.

A sua área geográfica de assistência e pesquisa tem-se limitado na primeira fase a alguns bairros periféricos da capital (Bandim I e II, Belém, Cuntum, Mindará, com tendência de alargamento a outros bairros da capital), assim como para regiões do interior do país (Cacheu, Óio, Bafafá, Gabú e Biombo).

Em 1993 começou a desenvolver pesquisas na área de tuberculose e vacina BCG e em 1996 foi instituído o serviço próprio de vigilância epidemiológica para a tuberculose⁵. Até então, já foram realizados em média duas dezenas de estudos sobre a tuberculose, entre dissertações e teses de pesquisadores nacionais, assim como estrangeiros.

Tendo em conta a adoção pela OMS da estratégia de saúde para todos no ano 2000, em 1975, e a Declaração da Conferência de Alma Ata em 1978, com a formulação de enfoque à atenção primária de saúde, a investigação em Sistemas de Saúde começou a receber uma maior atenção na perspectiva de realizar as metas propostas para o novo milênio², baseada principalmente na idéia de “investigação orientada para ação”.

A investigação é importante não só na provisão das informações, a participação ativa dos envolvidos no processo de investigação; compromete os participantes com a idéia de mudança e assim como apóia na mudança pretendida².

Apesar de problemas financeiros em diversos países em desenvolvimento, a investigação em Sistemas de Saúde é uma chave para agregar valor aos escassos recursos disponíveis para saúde.

Sob esse olhar, parece ainda não existir um elo da forma adequada e desejada entre o PSB e o PNLT para a melhoria da gestão do PNLT e para o desenvolvimento de pesquisas, sobretudo operacionais.

1.12 DIREÇÃO DE HIGIENE E EPIDEMIOLOGIA

DA GUINÉ-BISSAU E O PNLT

Criada em 1992, com o apoio da Cooperação Francesa²⁸, tem entre outras funções:

- Exercer a vigilância epidemiológica e o controle das doenças de interesse para a saúde pública desde 1997;
- Em colaboração com o Programa Alargado de Vacinação (PAV), instituído em 1986, coordenar e promover atividades de vacinação no país, como se vê na figura 3, os dados de Vacina BCG;
- Notificar doenças compulsórias, entre elas a tuberculose (registro em particular de casos de tuberculose nos Hospitais do país, mediante Boletim de Informação mensal dos Hospitais e Centros de Referências);
- Parte integrante do núcleo de comitê de pesquisa do país;
- Servir de suporte e coordenador do Sistema Nacional de Informação Sanitária no país, produzindo informações de saúde desde 1992, com produção trimestral e/ou bianual de Boletim Epidemiológico;
- Integrar informações de diferentes Programas;
- Formar técnicos de saúde e Agentes de Saúde de Base sobre recolha dos dados;
- Produzir e distribuir livros de registro de consulta, história clínica e guias de transferência, com apoio da cooperação francesa e da OMS, etc.

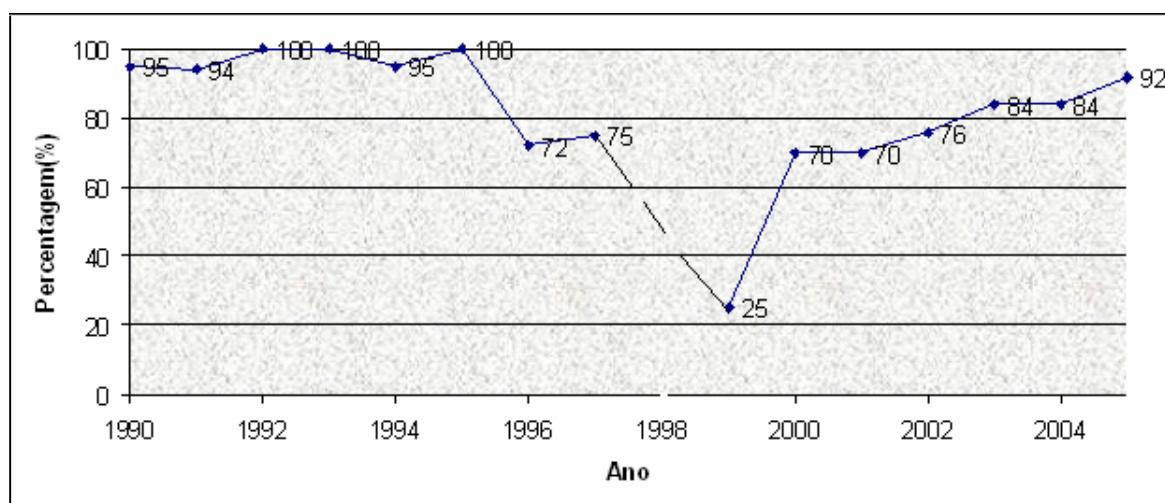
Apesar da imunização com BCG ser considerada parte importante da vigilância epidemiológica no controle ou combate da tuberculose, sobretudo nos países com alta prevalência e/ou em desenvolvimento, na maioria das vezes é comum as crianças serem contaminadas pelas próprias mães, de forma involuntária antes, de elas morrerem de tuberculose.

Em termos de intersetorialidade, em particular com o PNLT, ela ainda é bem limitada, a não ser no que se refere aos dados de cobertura vacinal

de BCG no país, que o PNLT dispõe diretamente da Direção de Higiene e Epidemiologia, mostrando assim um de seus papéis.

Tanto é que a DHE tem alguns dados mais antigos das décadas de 70 e 80, antes da instituição do PNLT, que não tem no seu banco. Em termos de comparação, muitas vezes os seus dados não são concordantes com os dados do Programa, devido ao método ou de instrumento diferente de coleta de dados.

Figura 3 - Evolução de Cobertura Vacinal de BCG em percentagem (%) na República da Guiné-Bissau, 1990 a 2005.



Fonte: PAV/DHE

Comentários: quanto aos dados administrativos de cobertura vacinal da tuberculose ao longo do tempo pode-se dizer que foram bons. No ano de 1998, não existia registro de cobertura, devido ao conflito político-militar, e a baixa cobertura no ano de 1999 também se justificava pelo efeito da Guerra. A cobertura de 100% observada nos anos de 1992, 1993 e 1995, e da oscilação das taxas entre os três anos, pode-se justificar pela questão de erro na estimativa da população menor de 1 ano, e da possível invasão e evasão de uma área sanitária para outras, ou da sub-notificação no registro.

Ainda sobre a taxa de cobertura de 100%, talvez ela possa ser explicada por coincidir com as campanhas nacionais de vacinação efetuadas na época.

Na contramão da explicação da cobertura de 100%, temos a questão da dificuldade de manipulação e transporte de vacinas, incongruência do

Programa de vacinação e problemas de planificação inerentes a qualquer Programa de Vacinação e de outros problemas sócio-culturais, sobretudo no país.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as ações de Controle do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose na República da Guiné-Bissau de 2000 a 2005.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analisar a série histórica dos indicadores epidemiológicos de morbidade, indicadores operacionais e de mortalidade mais usados no país.
2. Analisar a dinâmica do fluxo do sistema de notificação e diagnóstico de tuberculose no país.
3. Propor, de acordo com os resultados encontrados, ações para promover melhorias do Programa Nacional de luta Contra a Tuberculose no país.

3 METODOLOGIA

3.1 População e delineamento do estudo

População e período do estudo: A população de estudo foi constituída pelos casos de tuberculose alimentados através do Sistema de Informação de dados do Programa Nacional de Luta Contra Tuberculose da República da Guiné-Bissau, no período de 2000 a 2005 e por dados provenientes dos Relatórios Anuais de Atividades, do Guia de Tratamento de Tuberculose, 2003.

Para a análise comparativa dos indicadores e das taxas da Guiné-Bissau com os do Estado de São Paulo, estes últimos foram coletados junto à Coordenação do Programa de Controle de Tuberculose, do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”, da Secretaria de Estado da Saúde, do Estado de São Paulo.

A população usada para o cálculo de taxas, índices e coeficientes dos dados da Guiné-Bissau foi baseada nos dados do Instituto Nacional de Estatística (INEC), tendo como referência os dados demográficos dos dois últimos censos, realizados no país (1979 e 1991), para projeção da população.

A coleta de dados foi feita com a colaboração da equipe da Coordenação Central do PNLT.

Após a aprovação, primeiramente pelo Comitê da Ética da Faculdade de Saúde Pública sob o nº 1388/2005 e em seguida pelo Núcleo de Comitê de Pesquisa da República da Guiné-Bissau, deu-se início ao estudo de campo.

Delineamento do estudo: o tipo de estudo proposto foi observacional descritivo.

Instrumentos de coleta: o estudo baseou-se nos modelos propostos de coleta de dados em vigor no país, segundo ano, sexo, idade, forma clínica, tipo de notificação, região sanitária e tipo de saída quanto ao desfecho do tratamento.

Variáveis e ou Indicadores: por se tratar o objeto de estudo a vigilância epidemiológica da tuberculose, foi dada maior ênfase aos

indicadores operacionais e epidemiológicos que melhor avaliam o Programa de Controle de Tuberculose.

Para melhor compreensão da análise dos dados de casos novos positivos de tuberculose pulmonar da República da Guiné-Bissau, o país foi dividido em Regiões Fisiográficas e/ou Províncias, da seguinte maneira: **Norte** (Região de Biombo, Região de Cacheu e Região de Óio), **Leste** (Região de Bafafá e Região de Gabú), **Sul** (Região de Bolama-Bijagós, Região de Quinara e Região de Tombali) e **Capital** (Centro-Capital ou Setor Autônomo de Bissau). Por outro lado, os dados da Sub-região de São Domingos foram incluídos na única Região Administrativa de Cacheu, e o mesmo foi feito para Sub-região de Bubaque; passando a ser considerada uma única Região administrativa de Bolama-Bijagós.

Para distribuição de serviços de laboratório no país, segundo a meta programada do Programa, sob ponto de vista das infra-estruturas sanitárias, número dos Setores Administrativos/Regiões fisiográficas e da densidade populacional; fez-se cálculo de coeficientes e de proporções.

Critérios de inclusão: todos os doentes de tuberculose residentes de todas as formas clínicas, notificados junto do PNLT da Guiné-Bissau.

Critérios de Exclusão: foram excluídos doentes de tuberculose estrangeiros que procuraram atendimento no país. Também, para análise de encerramento de casos de tuberculose por regiões sanitárias, os dados de 2000 e 2003 foram excluídos, por não estarem distribuídos por regiões, como os demais anos do estudo no banco.

Em relação à comparação dos coeficientes de incidência e mortalidade de casos de tuberculose da Região Sanitária do Setor Autônomo de Bissau e demais Regiões Sanitárias que compõem o país para ter a idéia em qual delas atende mais casos de tuberculose e/ou demanda de serviço, só foi possível comparar os anos de 2001 e 2002, visto que, para os demais anos de estudo, os dados não se encontraram discriminados para o Setor Autônomo em Centros de Saúde da capital e do Hospital de Referência Nacional.

Além disso, os dados dos anos de 2000, 2001 e 2004, foram excluídos da análise da distribuição de casos novos pulmonares positivos por regiões fisiográficas, por não se encontrarem distribuídos no banco de dados, em regiões sanitárias, por sexo e faixa etária.

3.2 Plano estatístico e conceitos de variáveis e/ou Indicadores do estudo

Plano de análise estatística: foram feitos ajustes de conceitos de algumas variáveis usadas no país em relação às usadas no Brasil, nomeadamente os termos: recidiva/recaída, caso de tuberculose, caso novo de tuberculose pulmonar positiva e negativa, falência/fracasso, não avaliado e/ou sem informação, retratamento e caso de tuberculose crônica.

Para a comparação dos coeficientes de incidência dos casos bacilíferos (dados disponíveis em condições de comparação) da Guiné-Bissau e do Estado de São Paulo foi feita à padronização dos coeficientes pelo método direto¹⁹, adotando como população padrão à população residente do Estado de São Paulo em 2005.

Para melhor compreensão e facilidade, serão utilizados termos e indicadores recomendados pelo Programa Nacional de Controle do Brasil e na Guiné-Bissau.

Quanto ao tipo de doente ou notificação:

1-Caso de Tuberculose: todo indivíduo, com diagnóstico confirmado por bacilosscopia ou cultura e também aquele em que o médico, com base nos dados clínico-epidemiológicos e no resultado de exames complementares, firma o diagnóstico de tuberculose²⁴.

2- Caso Novo ou Virgem de Tratamento (VT): a) doente com tuberculose que nunca usou, ou usou por menos de um mês, drogas anti-tuberculose; ou b) doente curado de tuberculose há mais de 5 anos²⁴, no caso da Guiné-Bissau comparativamente, seria caso de tuberculose pulmonar desconhecido quanto ao exame de bacilosscopia. Ou seja, caso de paciente com sintomas e sinais de tuberculose que não realizou ou fez nenhum exame de bacilosscopia no momento do diagnóstico.

3- Reinício de Tratamento ou Caso Retratado: paciente que retorna à Unidade ou Serviço de Saúde após o abandono prévio ou recidiva da doença, deve ter a atividade da sua doença confirmada por nova investigação diagnóstica através de bacilosscopia e cultura, antes do início do retratamento²³.

4- Recidiva ou Recaída: a) o aparecimento da positividade na baciloscopy ou na cultura de escarro ou lavado broncoalveolar, após a cura e/ou piora radiológica acompanhada de queixas respiratórias, em indivíduos que tiveram uma tuberculose pulmonar confirmada no passado e foram tratados com sucesso; b) o aparecimento de baciloscopy ou cultura positiva, ou ainda de alterações radiológicas ou histopatológicas, acompanhada de queixas em localizações extrapulmonares naqueles que tiveram tuberculose pulmonar, anteriormente, e foram tratados com sucesso³². Para caso da Guiné-Bissau, seria o paciente que retorna ao serviço com baciloscopy de escarro positivo e que previamente foi declarado como “tratamento completado”.

5- Não avaliado/Sem Informação: paciente com exame de baciloscopy positiva, que não pode ser avaliado, pois se desconhece o desfecho do caso ou nada consta no registro do paciente (PNLT).

Quanto ao tipo de exame de escarro:

6-Bacilífero: portador de forma clínica pulmonar, cujo exame direto de escarro revela a presença de bacilo álcool-ácido resistente²⁴.

7-Tuberculose pulmonar positiva: a) duas baciloskopias diretas positivas, sendo que, para o caso da Guiné-Bissau, consideram-se três; ou b) uma baciloscopy direta positiva e cultura positiva; ou c) uma baciloscopy direta positiva e imagem radiológica sugestiva de tuberculose; ou d) duas ou mais baciloskopias diretas negativas e cultura positiva²⁴.

8-Tuberculose pulmonar negativa: duas baciloskopias diretas negativas, ou três negativas no caso da Guiné-Bissau, com imagem radiológica sugestiva e achados clínicos, ou outros exames complementares que permitam ao médico efetuar o diagnóstico de tuberculose²⁴.

Quanto à forma clínica:

9-Tuberculose Forma Pulmonar: é quando a doença acomete o pulmão²⁴.

10-Tuberculose Forma Extrapulmonar: quando a tuberculose acomete outros órgãos ou sistemas²⁴ (pleura, gânglios periféricos, aparelho digestivo, etc.).

Quanto ao tipo de tratamento:

11-Tratamento auto administrado: quimioterapia ambulatorial na qual o doente recebe a medicação mensalmente na Unidade ou Serviço de Saúde²⁴.

12-Tratamento Supervisionado: quimioterapia ambulatorial na qual a tomada dos medicamentos é supervisionada por profissional de saúde e feita no estabelecimento de saúde pelo menos três vezes por semana nos dois primeiros meses e uma vez por semana até o final do tratamento²⁴.

13-Esquema Diário: a medicação é tomada diariamente durante todo o período de tratamento²⁴.

14-Esquema Intermítente: a medicação é tomada diariamente durante os dois primeiros meses e duas vezes por semana até o final de tratamento²⁴.

Quanto ao tipo de saída:

15-Cura ou alta comprovada: quando o doente bacilífero apresentar duas baciloskopias negativas ao completar o tratamento²⁴.

16-Cura ou alta não comprovada/Tratamento completado: Entre os bacilíferos, quando o exame do escarro ao final de tratamento não é feito, por ausência de expectoração, e a alta é dada com base em dados clínicos e exames complementares. Entre os pulmonares inicialmente negativos ou extrapulmonares, quando o tratamento for completado e com base em critérios clínicos e exames complementares²⁴.

17-Resultado Favorável: a soma dos casos curados e dos com tratamento completado¹⁰.

18-Mudança de Diagnóstico: quando ocorre a alta do tratamento por ter sido constatado erro no diagnóstico²⁴.

19-Óbito: quando o doente morre durante o tratamento, independentemente da causa²⁴.

20-Abandono: doente em tratamento que não comparece ao serviço de saúde por mais de um mês após a data aprazada. No caso de tratamento supervisionado, o prazo começa a contar após a última tomada de medicamento²⁴.

21-Transferido: quando o doente é transferido para outra Unidade de Saúde e/ou Serviço de Saúde, durante a quimioterapia. Só serão considerados transferidos aqueles pacientes cujo resultado do tratamento for desconhecido; dado que se deve buscar sempre a confirmação de que o paciente compareceu à Unidade para a qual foi transferido e o resultado de tratamento, no momento da avaliação da coorte²⁴.

22-Falência ou Fracasso: a) persistência da positividade no escarro ao final de tratamento; ou b) doente que, no início de tratamento é fortemente positivo (++) ou (+++) e mantém essa situação até o quarto mês de quimioterapia (QT), no caso da Guiné-Bissau, considera-se aos 5 e mais meses de tratamento, ou c) doente com positividade inicial seguida de negatização e nova positividade por dois meses consecutivos, a partir do quarto mês de tratamento²⁴.

23-Controle Pós-Cura: na maioria das vezes os casos curados não necessitam de controle pós-tratamento, devendo no caso orientar o paciente a retornar ao serviço de saúde apenas se surgirem sintomas semelhantes aos do início da doença. Mas para alguns casos especiais, justifica-se um ou mais controle após o término do tratamento. Entre esses pacientes temos: portadores de HIV/AIDS e outras condições de imunodeficiência; os que permanecerem com graves seqüelas anatômicas e funcionais; os que tiveram graves efeitos adversos durante toda a evolução do tratamento, sem comprovação bacteriológica da cura²⁶.

24-Tuberculose Crônica: Para a Guiné-Bissau a duração do esquema básico do tratamento é de 8 meses. Caso de tuberculose positivo ao exame de bacilosscopia após o oitavo mês de tratamento é considerado de crônico.

Finalmente, após a coleta para análise dos dados foi usado o software Microsoft Excel.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Indicadores de Morbidade

A República da Guiné-Bissau continua sendo um país com problemas sérios de saúde, sobretudo no que diz respeito à endemia de tuberculose.

Durante o período de estudo de 2000 a 2005, foram registrados 10.623 casos de tuberculose, o que corresponderia em média a 1770,5 casos por ano, sendo os bacilíferos 5882 casos, em média 980,3 casos por ano.

Na tabela 1 pode-se constatar que os casos novos de tuberculose representam 89,0% (9463/10.623) do total dos casos, as recidivas, 6,5%(691/10.623) e o reingresso após abandono, 4,5%(478/10.623). Consta-se irregularidade no número de casos ano a ano. Comparando 2000 a 2005, houve declínio no total de casos e aumento no número de casos novos, à custa da diminuição dos casos retratados. Parece ter havido melhora na condução desses casos.

Tabela 1 – Tipo de casos de tuberculose e de todas as formas, Guiné-Bissau, 2000 a 2005.

| Ano | Tipo de caso | | | | | | Total de casos de Tuberculose | |
|-------|--------------|------|----------|-----|--------------------------|------|-------------------------------|-------|
| | Casos novos | | Recidiva | | Reingresso após abandono | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 2000 | 1551 | 79,2 | 178 | 9,1 | 230 | 11,7 | 1959 | 100,0 |
| 2001 | 1582 | 88,9 | 78 | 4,4 | 120 | 6,7 | 1780 | 100,0 |
| 2002 | 1482 | 92,2 | 84 | 5,2 | 41 | 2,6 | 1607 | 100,0 |
| 2003 | 1474 | 89,5 | 128 | 7,8 | 45 | 2,7 | 1647 | 100,0 |
| 2004 | 1633 | 93,3 | 93 | 5,3 | 25 | 1,4 | 1751 | 100,0 |
| 2005 | 1741 | 92,3 | 130 | 6,9 | 17 | 0,8 | 1888 | 100,0 |
| Total | 9463 | 89,0 | 691 | 6,5 | 478 | 4,5 | 10.623 | 100,0 |

Fonte: Dados do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose/2006

Observando os coeficientes de morbidade e de incidência de tuberculose, assim como os coeficientes de incidência da forma pulmonar e os pulmonares bacilíferos nas tabelas 2 e 3, houve queda do coeficiente de

todas as formas, ou de casos notificados, porém para os casos novos inicialmente houve queda de 2000 a 2002 para voltar a se elevar de 2003 para 2005.

Tabela 2 - Coeficiente de morbidade de todas as formas, coeficiente de incidência de tuberculose*, Guiné-Bissau, 2000 a 2005.

| Ano | Todas | | Casos novos de tuberculose | | População estimada |
|------|----------------------|-------------------------|----------------------------|------------------------|--------------------|
| | Nº casos notificados | Coeficiente prevalência | Nº | Coeficiente Incidência | |
| 2000 | 1959 | 165,4 | 1551 | 131,0 | 1.184.369 |
| 2001 | 1780 | 147,0 | 1581 | 130,6 | 1.210.912 |
| 2002 | 1607 | 129,8 | 1482 | 119,7 | 1.238.313 |
| 2003 | 1647 | 129,9 | 1474 | 116,4 | 1.266.612 |
| 2004 | 1751 | 135,1 | 1633 | 126,0 | 1.295.842 |
| 2005 | 1888 | 147,4 | 1741 | 131,3 | 1.326.040 |

Fonte: Dados do PNLT de 2006/INEC

*por 100.000 habitantes

A forma pulmonar cai também de 2000 a 2002 para voltar a aumentar de 2003 a 2005. Os casos bacilíferos, apresentaram elevação de coeficientes para o período de estudo, o que pode ser devido à melhoria do diagnóstico laboratorial.

Tabela 3 - Coeficiente de incidência de casos novos de tuberculose* segundo forma clínica, Guiné-Bissau, 2000 a 2005.

| Ano | Forma Pulmonar | | Pulmonar Bacilífero | |
|------|----------------|-------------|---------------------|-------------|
| | Nº | Coeficiente | Nº | Coeficiente |
| 2000 | 1495 | 126,1 | 851 | 71,9 |
| 2001 | 1523 | 125,8 | 853 | 70,4 |
| 2002 | 1427 | 115,2 | 899 | 72,6 |
| 2003 | 1415 | 111,6 | 963 | 76,0 |
| 2004 | 1582 | 122,1 | 1149 | 88,7 |
| 2005 | 1732 | 130,6 | 1167 | 88,0 |

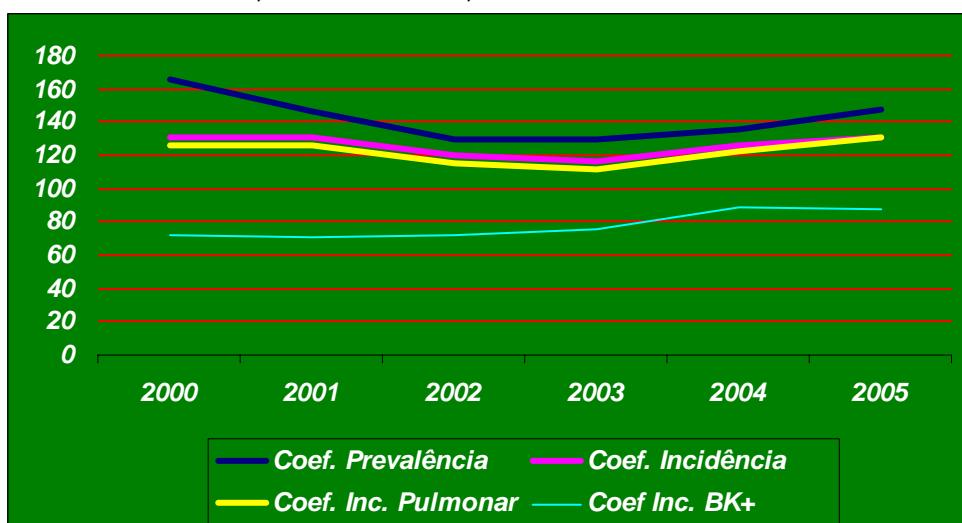
Fonte: Dados do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose/2006

*por 100.000 habitantes

Na figura 4, pode-se observar com maior clareza as tendências descritas, supondo-se que esta possível melhora na confirmação de casos se deva ao começo da implantação das ações do Plano Estratégico Nacional a partir de 2003.

E aplicando o Teste Qui-quadrado, constata-se que há associação estatisticamente significativa entre proporções de casos novos e o segundo triênio, isto é, há maior proporção de casos novos no segundo triênio do que no primeiro em um nível de significância de 5%. Isso mostra a melhoria do Programa a partir do segundo triênio pela possível justificativa de introdução do Plano Estratégico Nacional a partir da referida data, confirmando ou reforçando o fato, como se vê na tabela 13.

Figura 4 - Coeficiente de morbidade e de incidência* de tuberculose segundo forma clínica, Guiné-Bissau, 2000 a 2005.



Fonte: Dados do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose/2006

* por 100.000 habitantes

A tabela 4 mostra que os casos novos de tuberculose pulmonar representam, em média, 96,8% (9161/9463) e os extrapulmonares 3,2% (302/9463), em relação ao total de casos novos de tuberculose, no período de estudo. Ao contrário do que ocorreu, com os casos novos pulmonares, o número de casos de extrapulmonares, decresceu no período de estudo. A maior queda de casos novos extrapulmonares ocorreu nos dois últimos anos do estudo.

A existência de registro de poucos casos de tuberculose extrapulmonar no país, talvez se deve a limitações de meios de diagnóstico e de qualidade técnica profissional para afirmar diagnóstico, sobretudo para a forma meníngea, apesar de boa cobertura vacinal com BCG no país.

Tabela 4 – Casos novos de tuberculose, segundo forma clínica. Guiné-Bissau, 2000 a 2005.

| Pulmonares | | | Extrapulmonares | | Casos novos | |
|------------|------|------|-----------------|-----|-------------|-------|
| Ano | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 2000 | 1494 | 96,3 | 57 | 3,7 | 1551 | 100,0 |
| 2001 | 1523 | 96,3 | 59 | 3,7 | 1582 | 100,0 |
| 2002 | 1427 | 96,3 | 55 | 3,7 | 1482 | 100,0 |
| 2003 | 1415 | 96,0 | 59 | 4,0 | 1474 | 100,0 |
| 2004 | 1582 | 96,9 | 51 | 3,1 | 1633 | 100,0 |
| 2005 | 1720 | 98,8 | 21 | 1,2 | 1741 | 100,0 |
| Total | 9161 | 96,8 | 302 | 3,2 | 9463 | 100,0 |

Fonte: Dados do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose/2006.

Para o ano de 2000, a OMS estimou o coeficiente de mortalidade incluindo doentes infectados de HIV em 83/100.000 habitantes; para o ano de 2005, a incidência de casos novos de tuberculose de todas as formas na África foi estimada em 343/100.000 habitantes, para forma bacilífera em 147/100.000 habitantes, a prevalência em 511/100.000 habitantes e de mortalidade em 74/100.000 habitantes. O risco de infecção na comunidade para cada pessoa com doença ativa infecte em média entre 10 e 15 cada ano⁴³.

Estudo realizado de 1992 a 1993 nos pacientes internados no país (Guiné-Bissau), encontrou-se 61% de escarro positivos, sendo

predominante no sexo masculino e na faixa compreendida entre 30 a 59 anos²⁹.

Um outro estudo com delineamento retrospectivo e descritivo, realizado em 2004, nos pacientes internados nos Hospitais especializados para atendimento de pacientes de tuberculose no Estado de São Paulo, mostrou que 95,5% dos doentes, apresentavam a forma pulmonar da doença, sendo que 71,8% haviam realizado o exame bacteriológico de escarro. Para os doentes que fizeram a baciloscopia, o resultado foi positiva em 79,4% e negativa 20,6% e em maior proporção no sexo masculino em 79,6%, ou seja, com a razão de sexo de 3,9: 1. Ainda no referido estudo, mostro-se que os pacientes com baciloscopia positiva; foram maiores em número absoluto, quase em todas as faixas etárias com exceção da faixa de 5 a 14 anos³¹.

Em relação ao exame de baciloscopia (tabela 5), para casos novos de tuberculose pulmonar, no período de estudo, verificou-se que 62,2% de casos diagnosticados eram positivos ao exame, contra 34,2% de baciloscopia negativa.

Comparando-se o ano de 2000 ao ano de 2005, verifica-se um incremento de 19,0% na confirmação bacteriológica dos casos.

Tabela 5 - Casos novos de tuberculose pulmonar, segundo exame de baciloscopy e ano. Guiné-Bissau, 2000 a 2005.

| Baciloscopy | Ano | | | | | | | | | | | | Total | |
|--------------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------------|--|
| | 2000 | | 2001 | | 2002 | | 2003 | | 2004 | | 2005 | | | |
| | Nº | % | | |
| Positiva | 851 | 57 | 853 | 56 | 899 | 63 | 963 | 68,2 | 1149 | 72,6 | 1167 | 67,8 | 5882 62,2 | |
| Negativa | 643 | 43 | 670 | 44 | 528 | 37 | 287 | 20,3 | 409 | 25,9 | 399 | 23,2 | 2936 34,2 | |
| Desconhecida | - | - | - | - | - | - | 165 | 11,5 | 24 | 1,5 | 154 | 9,0 | 343 3,6 | |
| Total | 1494 | 100,0 | 1523 | 100,0 | 1427 | 100,0 | 1415 | 100,0 | 1582 | 100,0 | 1720 | 100,0 | 9161 100,0 | |

Fonte: Dados do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose/2006

Comentário: de ano de 2000 até 2002, não consta no banco de dados do Programa, os resultados de baciloscopy desconhecida.

Para distribuição de freqüência de casos novos de tuberculose pulmonar quanto ao sexo na tabela 6; observou-se que 59,5% foram de sexo masculino e 40,5% do sexo feminino, uma razão de sexo 1,5: 1

Tabela 6 - Casos novos de tuberculose pulmonar, segundo sexo e ano. Guiné-Bissau, 2000 a 2005.

| Sexo | 2000 | | 2001 | | 2002 | | 2003 | | 2004 | | 2005 | | Total |
|-----------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------------|
| | Nº | % | |
| Masculino | 871 | 58,3 | 888 | 58,3 | 1427 | 59,7 | 828 | 58,5 | 943 | 60,9 | 1065 | 61,9 | 5447 59,5 |
| Feminino | 623 | 41,7 | 635 | 41,7 | 575 | 40,3 | 587 | 41,5 | 639 | 39,1 | 655 | 38,1 | 3714 40,5 |
| Total | 1494 | 100,0 | 1523 | 100,0 | 1427 | 100,0 | 1415 | 100,0 | 1582 | 100,0 | 1720 | 100,0 | 9161 100,0 |

Fonte: Dados do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose/2006

Na distribuição de casos novos de tuberculose pulmonar positiva segundo faixa etária (tabela 7) pode-se destacar que o maior número de casos se deu no grupo de idade entre 25 a 34 anos (25,3%) e se levar em conta a idade produtiva do homem de 15 a 54 anos ela representa 81,6% dos doentes; 1,9% são os menores de 15 anos e 15,3% de 55 anos e mais de idade.

Tabela 7 - Casos novos de tuberculose pulmonar positivo por faixa etária e percentagem (%). Guiné-Bissau, 2002, 2003 e 2005.

| Faixa Etária | 2002 | | 2003 | | 2005 | | Total | |
|--------------|------|-------|------|-------|------|-------|-------|-------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 0 a 14 | 16 | 2 | 16 | 2 | 27 | 2,3 | 59 | 1,9 |
| 15 a 24 | 181 | 20 | 198 | 21 | 194 | 16,6 | 573 | 18,9 |
| 25 a 34 | 254 | 28 | 235 | 24 | 277 | 23,7 | 766 | 25,3 |
| 35 a 44 | 194 | 22 | 196 | 20 | 245 | 21,0 | 635 | 21,0 |
| 45 a 54 | 119 | 13 | 166 | 17 | 212 | 18,2 | 497 | 16,4 |
| 55 a 64 | 89 | 10 | 101 | 11 | 116 | 9,9 | 306 | 10,1 |
| 65 e + | 46 | 5 | 51 | 5 | 61 | 5,2 | 158 | 5,2 |
| Total | 899 | 100,0 | 963 | 100,0 | 1167 | 100,0 | 2994 | 100,0 |

Fonte: Dados do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose/2006

Comentários: os demais anos estudados não se encontram na tabela acima, por na realidade não estarem distribuídos dessa forma no banco de dados do PNLT. Não foi possível construir os coeficientes e faixa etária em razão de não haver disponibilidade de dados da população.

4.2 Caracterização das Regiões Fisiográficas, Administrativas e Distribuição de Serviços de Saúde e Laboratórios segundo Regiões Sanitárias.

No quadro 3 encontra-se a divisão do país por Regiões Sanitárias, Setores Administrativos e seus respectivos dados fisiodemográficos. Como se pode observar as três regiões com maior densidade demográfica são: a Capital, Biombo e Óio.

A proporção de serviços de saúde e número de Setores Administrativos, incluindo no caso a capital, que compõem o país, seria de 1,2: 1. Os serviços de saúde hoje no país com serviço de laboratório operacional para fazer exame de baciloscopia, 45 no total, para uma população estimada para o ano de 2006, segundo os dados do INEC, de 1.357.244, corresponderia 3,3 laboratórios por cada 100.000 habitantes.

Quadro 3 – Divisão do país por Regiões Sanitárias, em Setores Administrativos e dos seus dados fisiodemográficos, Guiné-Bissau, 2006.

| Região Sanitária | Superfície Territorial em Km ² | População Estimada | Densidade populacional Hab/Km ² | Setores Administrativos |
|------------------|---|--------------------|--|-------------------------|
| SAB | 77,5 | 389.135 | 5021 | 1* |
| Biombo | 838,8 | 64.475 | 76,8 | 3 |
| Cacheu | 4.139,8 | 139.495 | 33,6 | 5 |
| S. Domingos | 1.035,1 | 28.158 | 27,2 | 1 |
| Oio | 5.403,4 | 183.009 | 33,8 | 5 |
| Bafatá | 5.981,1 | 189.604 | 31,7 | 6 |
| Gabú | 9.150,0 | 185.886 | 20,3 | 5 |
| Quinara | 3.138,4 | 53.710 | 17,1 | 4 |
| Tombali | 3.736,5 | 95.644 | 25,5 | 4 |
| Bolama | 450,8 | 9243 | 20,5 | 1 |
| Bijagós | 2.173,6 | 18.884 | 8,6 | 3 |
| Total | 36.125,0 | 1.357.244 | 37,5 | 37** |

Fonte: INEC/1991

* Não é tido como Setor Administrativo, mas sim Autônomo.

** Seriam no caso 37 Setores Administrativos, incluindo a capital no país e não 36 como é habitualmente relatado.

No quadro 4, observa-se a distribuição fisiográfica dos serviços de saúde com laboratórios em funcionamento, os programados para operar e os que não estão em funcionamento devido à falta de disponibilidade de recursos humanos.

Atualmente há 45 laboratórios em funcionamento, sendo que a meta programada foi de 59 laboratórios no país, no período de execução do Plano Estratégico Nacional, ou seja, até 2008. Em termos operacionais, é ideal descentralizar serviços desde que tenha pessoal qualificado para tal e garantir supervisão permanente; e por outro lado se concentrar demais serviços pode dificultar o acesso e a cobertura, isto é no caso aumenta a eficiência e diminui o acesso.

Quadro 4 - Distribuição de Serviços de Saúde por regiões fisiográficas existentes e operacionais para fazer exame de baciloscopia, os programados para funcionar e dos com serviços de laboratório sem técnico para fazer funcionar, Guiné-Bissau, 2006.

| Região Sanitária | Serviços de saúde operacionais para exame de baciloscopia | Serviços programados a funcionar para fazer baciloscopia segundo a meta. | Serviço em condições para fazer baciloscopia, mas sem técnico laboratório. | Total | Região Fisiográfica |
|-----------------------|---|--|--|-------|---------------------|
| Biombo | 5 | - | - | 5 | Norte: % 20 33,9 |
| Cacheu | 3 | 3 | 1 | 7 | |
| S. Domingos | 3 | - | - | 3 | |
| Oio | 5 | - | - | 5 | |
| Bafatá | 4 | 1 | 1 | 6 | Leste: % 12 20,3 |
| Gabú | 6 | - | - | 6 | |
| Quinara | 4 | - | - | 4 | |
| Tombali | 3 | 3 | 1 | 7 | |
| Bolama | 1 | - | - | 1 | Sul: % 16 27,1 |
| Bijagos | 1 | 2 | 1 | 4 | |
| Setor Autônomo Bissau | 10* | 1 | - | 11 | |
| Total | 45 | 10 | 4 | 59 | País % 59 100,0 |

Fonte: Dados do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose/2006

*Incluído CRMI/PF (Centro de Referência Materno Infantil e Planeamento Familiar) e HSE.

No quadro 5 pode-se observar a distribuição e disponibilidade de infra-estruturas sanitárias no país, segundo os níveis de atenção dentro do Sistema Nacional de Saúde. É importante não perder de vista a questão dos determinantes epidemiológicos e sócio culturais, a questão da localização e de acessibilidade, da superfície territorial de cada região, de recursos humanos treinados e capacitados, e motivados para trabalhar com a tuberculose e por fim, da densidade populacional e capacidade resolutiva do serviço ou Sistema Nacional de Saúde.

Quadro 5 – Distribuição de Infra-estruturas Sanitárias por região. Guiné-Bissau, 2005.

| Região Fisiográfica | Bissau | | Norte | | Sul | | | | Leste | | Total | |
|-----------------------------|--------|-------|-------|------|------------|------|-------|------|-------|------|-------|-------|
| | | | | | Continente | | Ilhas | | | | | |
| Designação | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Hospitais Nacionais | 2 | 100,0 | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 100,0 |
| Hospitais Regionais | - | - | 2 | 28,6 | 2 | 28,6 | 1 | 14,3 | 2 | 28,6 | 7 | 100,0 |
| Hospitais Setoriais | - | - | 6 | 23,1 | 8 | 30,8 | 6 | 23,1 | 6 | 23,1 | 26 | 100,0 |
| Centros de Saúde | 20 | 5,4 | 66 | 17,8 | 105 | 28,3 | 90 | 24,3 | 90 | 24,3 | 371 | 100,0 |
| Postos de Saúde | - | - | 119 | 30,7 | 118 | 30,5 | 61 | 15,8 | 89 | 23,0 | 387 | 100,0 |
| Clínicas Médicas (privadas) | 4 | 80,0 | - | - | - | - | 1 | 20,0 | - | - | 5 | 100,0 |
| Total | 26 | 3,3 | 193 | 24,2 | 233 | 29,2 | 159 | 19,9 | 187 | 23,4 | 798 | 100,0 |

Fonte: Serviços de Estatística do MINSAP

Assim sendo, a região fisiográfica do Sul, segundo a distribuição de infra-estruturas, possui 49,1% dos serviços e elevado número de recursos humanos, ou seja, possui quase a metade de serviços de saúde do país, o que deveria traduzir-se em maior sucesso nas ações de luta contra a tuberculose em relação ao resto do país; ou melhor, dizendo deveria apresentar melhores indicadores operacionais. O sucesso de um Programa de Tuberculose depende, na sua maior parte: da disponibilidade de um serviço de laboratório para exame de baciloscopia, quanto à sua solicitação e resultado em tempo hábil; de qualidade para dar o diagnóstico laboratorial; e da estratégia DOTS operacional, dois pilares básicos para o controle da endemia de tuberculose; visto que a operacionalização dos referidos pilares é viável ao nível da atenção

primária, por outro lado o custo é barato e acessível a qualquer Programa, aos insumos de laboratório; e ainda a implementação da estratégia DOTS, não requer recursos humanos tão especializados para sua operacionalização.

Na tabela 8 os casos novos pulmonares positivos foram, distribuídos segundo sexo, faixa etária e região, porém não foi possível calcular os coeficientes por não haver disponibilidade de dados da população. Nesta tabela constata-se que 54,5% de casos bacilíferos encontram-se na Capital (Centro-Capital), seguido de 20,3% no Norte, 14,9% no Leste e 10,2% no Sul (a Região insular de Bolama-Bijagós representa 1,2%). Esta distribuição de casos mostra relação com densidade populacional, ou seja, há mais casos de tuberculose onde a população é maior. Existe predomínio entre casos de 15 a 54 anos de idade e uma proporção de 1,6 homens para cada mulher. Entre os menores de 15 anos não se observa esta proporção e o número é bastante inferior às outras faixas etárias. Isto pode ser explicado pela vacinação BCG intradérmica.

Tabela 8 - Distribuição de casos novos de tuberculose pulmonar positiva por Regiões Fisiográficas e Sanitárias, segundo sexo e faixa etária. Guiné-Bissau, 2002, 2003 e 2005.

| Região Sanitária | 2002 | | | | | | 2003 | | | | | | 2005 | | | | | | Total por Região Fisiográfica | | |
|----------------------|--------|---|---------|-----|--------|----|--------|---|---------|-----|--------|----|--------|----|---------|-----|--------|----|----------------------------------|------|-------------------|
| | 0 a 14 | | 15 a 54 | | 55 e + | | 0 a 14 | | 15 a 54 | | 55 e + | | 0 a 14 | | 15 a 54 | | 55 e + | | | | |
| | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | | | |
| Óio | 1 | - | 25 | 15 | 6 | 2 | 3 | - | 22 | 21 | 8 | 6 | 7 | 3 | 57 | 31 | 11 | 5 | 140 | 83 | Norte: |
| Biombo | - | 4 | 16 | 22 | 7 | 4 | - | 1 | 27 | 12 | 6 | 6 | 1 | 1 | 31 | 29 | 14 | 4 | 102 | 83 | Nº % |
| Cacheu | - | - | 30 | 22 | 4 | 3 | - | - | 26 | 21 | 5 | 2 | - | - | 56 | 18 | 8 | 6 | 129 | 72 | 609 20,3 |
| Subtotal | 1 | 4 | 71 | 59 | 17 | 9 | 3 | 1 | 75 | 54 | 19 | 14 | 8 | 4 | 144 | 78 | 33 | 15 | 371 | 238 | |
| Gabú | 2 | 3 | 34 | 37 | 6 | 7 | 1 | 2 | 37 | 36 | 11 | 8 | - | 1 | 41 | 33 | 15 | 2 | 147 | 129 | Leste: |
| Bafafá | - | - | 26 | 11 | 4 | - | - | - | 37 | 15 | 7 | 3 | - | 1 | 36 | 16 | 6 | 8 | 116 | 54 | Nº % |
| Subtotal | 2 | 3 | 60 | 48 | 10 | 7 | 1 | 2 | 74 | 51 | 18 | 11 | - | 2 | 77 | 49 | 21 | 10 | 263 | 183 | |
| Tombali | - | - | 23 | 16 | 5 | 4 | 1 | - | 32 | 17 | 6 | 2 | - | - | 40 | 30 | 3 | 5 | 110 | 74 | Sul: |
| Quinara | - | - | 8 | 5 | 1 | 1 | - | - | 7 | 6 | 3 | - | 1 | - | 18 | 25 | 8 | 3 | 46 | 40 | Nº % |
| Bolama-Bijagós | - | - | 7 | 2 | 2 | 2 | - | - | 2 | 5 | 1 | - | - | - | 5 | 6 | 1 | 3 | 18 | 18 | 306 10,2 |
| Subtotal | - | - | 38 | 23 | 8 | 7 | 1 | - | 41 | 28 | 10 | 2 | 1 | - | 63 | 61 | 12 | 11 | 174 | 132 | |
| SAB-HRF | - | - | 3 | 7 | - | 1 | - | - | 3 | 2 | - | - | - | - | - | - | - | - | 6 | 10 | Centro – Capital: |
| Dispensário | 1 | 1 | 155 | 98 | 27 | 13 | - | - | 86 | 56 | 8 | 5 | - | - | - | - | - | - | 277 | 173 | Nº % |
| SAB-Centros de Saúde | 3 | 1 | 118 | 68 | 24 | 12 | 4 | 4 | 201 | 124 | 35 | 30 | 5 | 7 | 282 | 174 | 48 | 27 | 720 | 447 | 1633 54,5 |
| Subtotal | 4 | 2 | 273 | 166 | 51 | 25 | 4 | 4 | 287 | 180 | 43 | 35 | 5 | 7 | 282 | 174 | 48 | 27 | 1003 | 630 | |
| Total | 7 | 9 | 445 | 303 | 86 | 49 | 9 | 7 | 480 | 315 | 90 | 62 | 14 | 13 | 566 | 362 | 114 | 63 | 1796 | 1183 | País: |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nº 2994 % 100,0 | | |

Fonte: Dados do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose/2006

Comentário: os dados do ano 2000, 2001 e 2004; não foram incluídos nessa tabela; devido não constarem assim distribuídos no banco de dados por faixa etária, sexo e por região sanitária. Os dados da Sub-região de São Domingos foram incluídos nos da Região Administrativa de Cacheu; o mesmo aconteceu para com os dados da sub-região de Bubaque, que foram incluídos na Região Administrativa de Bolama-Bijagós.

A capital que corresponde a Região Sanitária de Setor Autônomo de Bissau, no quadro do PNDS, está composta de 20 Centros de Saúde periféricos e o do Ex-Hospital Rauol Follereau. A comparação dos seus coeficientes (Centro-Capital) com as demais Regiões Sanitárias do país na tabela 9 mostra que os coeficientes são cerca de 7 vezes maiores que nas outras regiões. Uma possível explicação para este fato seria que provavelmente o Sistema de Informação da Tuberculose consolide os dados por local de atendimento e a capital com a sua facilidade de recursos deve atrair os doentes.

Apesar dos valores absolutos de óbitos serem iguais no SAB e nas Regiões Sanitárias (49 cada) no ano de 2001, o coeficiente de mortalidade foi maior na capital em relação às Regiões Sanitárias, o que mostra maior risco de morrer na capital do que o interior do país, provavelmente pela atração do Hospital de Referência para onde são encaminhados ou deveriam ser encaminhados os casos mais graves e com maior probabilidade de óbito. Outro aspecto importante a realçar é a questão de limitação ou da falta de implantação de serviço para vigilância dos óbitos mediante a sua verificação e a respectiva emissão de certificado de óbito no país. O que provavelmente a maioria dos óbitos no geral, de ou por tuberculose não possuem certificado de óbito que confirme ou prove o fato; ou quando ocorre o óbito ele é registrado no local de ocorrência e não de residência.

De forma geral, foram atendidos mais da metade dos casos na capital do que no interior do país, apesar do interior possuir mais infra-estrutura sanitária.

Tabela 9 – Comparação dos coeficientes* de casos de tuberculose pulmonar da Região Sanitária (Setor Autônomo de Bissau - Capital) com as demais Regiões Sanitárias do país nos anos 2001 e 2002.

| Ano | 2001 | | | | | | 2002 | | | | | | |
|------------------------|----------|---------|-------------|--------------------|-------------|-----------|-------------|---------|-------------|--------------------|-------------|-----------|-------|
| | Variável | SAB | | Regiões Sanitárias | | Total | | SAB | | Regiões Sanitárias | | Total | |
| | | Nº | Coeficiente | Nº | Coeficiente | Nº | coeficiente | Nº | Coeficiente | Nº | Coeficiente | Nº | |
| Casos de tuberculose | | 1214 | 392,5 | 507 | 56,2 | 1721 | 142,1 | 1099 | 339,4 | 443 | 48,4 | 1542 | 124,5 |
| Casos novos pulmonares | | 1058 | 342,1 | 465 | 51,6 | 1523 | 125,8 | 997 | 307,9 | 420 | 45,9 | 1417 | 114,4 |
| Bacilíferos | | 513 | 165,9 | 340 | 37,7 | 853 | 70,4 | 532 | 164,3 | 367 | 40,1 | 899 | 72,6 |
| Óbitos | | 49 | 15,8 | 49 | 5,4 | 98 | 8,1 | 42 | 13,0 | 57 | 6,2 | 99 | 8,0 |
| População estimada | | 309.291 | | 901.621 | | 1.210.912 | | 323.827 | | 914.486 | | 1.238.313 | |

Fonte: Dados do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose/2006

*por 100.000 habitantes

OBS: O Dispensário do Ex-Hospital Rauol Follereau, foi desativado em 2004.

Comentário: comparando os dados da presente tabela e com os dados da tabela 1; pode-se concluir que os dados de tuberculose extrapulmonar para o período de estudo; não foram incluídos na análise de coorte de tratamento ou quanto ao encerramento.

4.3 Resultado do Tratamento

Na tabela 10, que registra o total de casos de tuberculose quanto ao tipo de encerramento de tratamento, pode-se observar que os casos de abandono e transferência foram diminuindo ao longo do tempo, apesar da irregularidade na queda, tendo como maiores valores absolutos o ano de 2000(com abandono de 585 pacientes e transferência de 301), o que demonstra, em parte, a melhoria no acompanhamento e monitoramentos dos doentes durante o tratamento, no incentivo aos doentes a aderirem ao tratamento e/ou na melhoria de problemas técnicos operacionais do serviço de saúde e de sua capacidade resolutiva. Esse fato é contrariado em parte ao se levarem em conta às taxas e valores absolutos de tuberculose para o ano de 2003, que de forma geral são mais baixos, devido a 452 casos sem informação, que representa 28,7% do total de casos no ano.

Quanto aos óbitos, eles têm aumentado no tempo o que pode ser devido à demora da chegada dos doentes ao serviço de saúde para diagnóstico e tratamento ou à melhora no registro de doentes.

Tabela 10 – Total de Casos de tuberculose quanto ao encerramento de tratamento e ano. Guiné-Bissau, 2000 a 2005.

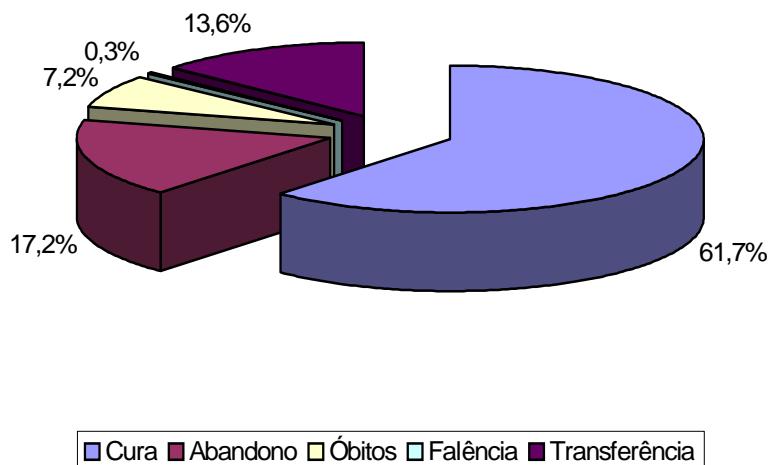
| Ano | Cura | | Abandono | | Óbitos | | Falência | | Transferência | | Sem Informação | | Casos tuberculose pulmonar | |
|-------|------|------|----------|------|--------|------|----------|-----|---------------|------|----------------|------|----------------------------|-------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 2000 | 885 | 46,5 | 585 | 30,7 | 123 | 6,3 | 8 | 0,4 | 301 | 15,8 | - | - | 1902 | 100,0 |
| 2001 | 936 | 54,4 | 391 | 22,7 | 98 | 5,7 | 4 | 0,2 | 292 | 17,0 | - | - | 1721 | 100,0 |
| 2002 | 873 | 56,3 | 289 | 18,6 | 99 | 6,4 | 6 | 0,4 | 285 | 18,4 | - | - | 1552 | 100,0 |
| 2003 | 874 | 55,3 | 104 | 6,6 | 84 | 5,3 | 3 | 0,2 | 62 | 3,9 | 452 | 28,7 | 1579 | 100,0 |
| 2004 | 1238 | 72,8 | 215 | 12,6 | 155 | 9,1 | 9 | 0,5 | 83 | 4,9 | - | - | 1700 | 100,0 |
| 2005 | 1298 | 69,6 | 228 | 12,2 | 223 | 12,0 | 7 | 0,4 | 111 | 5,6 | - | - | 1867 | 100,0 |
| Total | 6104 | 59,1 | 1812 | 17,6 | 782 | 7,6 | 37 | 0,4 | 1134 | 11,0 | 452 | 4,4 | 10.321 | 100,0 |

Fonte: Dados do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose/2006

Em termos gerais o país tem melhorado as taxas de cura no período de estudo, mas ainda está bem longe da meta fixa de cura de 85% dos casos bacilíferos. Para os dois últimos anos do estudo, o aumento brusco de taxas de cura, comparado aos demais anos, pode ser devido a problemas no registro, ou seja, existe demora na retirada do paciente que já teve alta há tempos.

Em relação à figura 5 do período analisado (2001, 2002, 2004 e 2005) no país em termos de comparação à tabela 10 para todo o período de estudo, pode-se notar uma pequena oscilação das taxas de cura (59,1% para 61,7%) e transferência (11,0% para 13,6%) aumentada em favor do período analisado (2001, 2002, 2004 e 2005) em relação ao período de 2000 a 2005. Isso vem confirmar que o período de estudo de 2000 a 2005 possui menor valor absoluto de cura para os anos de 2000 e 2003 e a mais baixa de transferência para o ano de 2003.

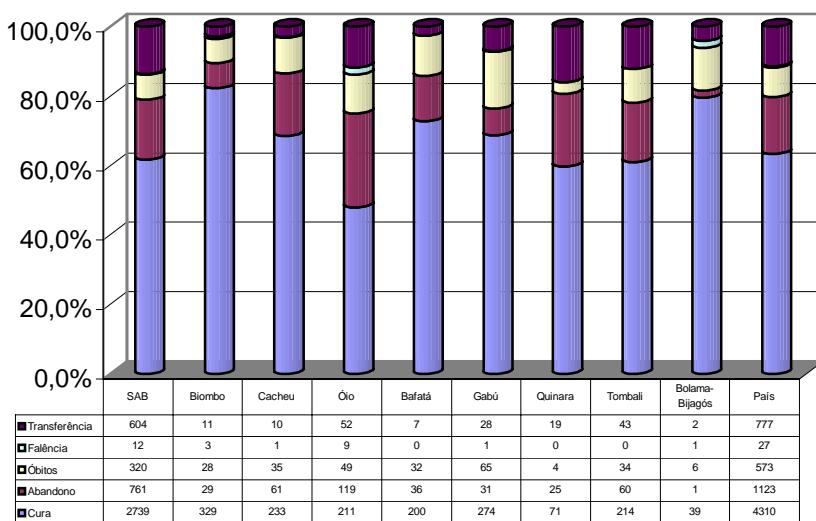
Figura 5 - Distribuição proporcional (%) de casos de tuberculose pulmonar segundo o tipo de encerramento de tratamento. Guiné-Bissau, 2001, 2002, 2004 e 2005.



Fonte: Dados do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose/2006

Quanto ao encerramento dos casos de tuberculose, por regiões sanitárias do país, em termos proporcionais como mostra a figura 6, em primeiro lugar ao analisar o banco de dados por regiões fisiográficas, não existe informações quanto ao sexo e faixa etária de modo geral; ainda, nos anos de 2000 e 2003 não existem informações referentes ao encerramento de casos, o que levou à exclusão dos referidos anos; e existe o total de 452 no ano de 2003, sem informação:

Figura 6 - Distribuição proporcional (%) de casos de tuberculose, segundo as Regiões Sanitárias quanto ao encerramento de tratamento. Guiné-Bissau, 2001, 2002, 2004 e 2005.



Fonte: Dados do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose/2006

Comentário: existe um caso de transferência readmitido após abandono sem a devida indicação a que região sanitária pertenceria, por isso foi incluído nos dados do total do país.

Alta por cura; a região de Biombo apresenta melhor taxa em relação a demais regiões do país com 82,3%, seguido de Bolama-Bijagós com 79,6%, e Bafatá, com 72,7%. O peso da Região de Bolama-Bijagós, em termos gerais, de possuir taxas elevadas quanto às variáveis, pode ser justificada pelo fator populacional e diagnóstico baixo de casos de tuberculose.

Alta por Óbito: a Região de Gabú apresenta maior índice de 16,3%, seguido de Bolama-Bijagós com 12,2% e Bafafá com 11,6%, o que pode ser justificado pela demora dos pacientes em procurar atendimento médico, pela capacidade resoluta do serviço e pela acessibilidade, associado ao **abandono** como se registra por seu aumento considerável na Região de Óio em 27,0%, seguido da Região de Quinara com 21,0% e a Região de Cacheu com 17,9%, o que justifica a necessidade da implementação da estratégia DOTS em todo o território nacional.

Quanto à **falência** terapêutica, somente a Região de Óio, seguido de Bolama-Bijagós, apresentam taxa significativa em relação às demais regiões (2,0% em ambas).

Em relação à **transferência** de casos, a Região de Quinara, localizada a Sul do país teve 16,0%, apesar da província Sul possuir quase a metade de infra-estruturas sanitárias do país, 49,1%; isso mostra a dificuldade de manter os casos de tuberculose na região; talvez por falta de pessoal treinado para trabalhar com tuberculose. Essa região é seguida do Setor Autônomo de Bissau com 13,6% e a Região de Tombali com 12,3%; que também pertence à região fisiográfica do Sul do país.

Para o Setor Autônomo de Bissau, a taxa elevada de transferência pode ser justificada pelo fato do Hospital de Referência Nacional estar situado na capital, e que, por um lado muitas vezes é obrigado receber casos referidos, e/ou que procuram serviço por conta própria, para diagnóstico e tratamento; por outro lado, é obrigado a fazer contra referência dos pacientes atendidos, primeiramente no Hospital, para Centros de Saúde da periferia da capital e do interior do país.

Observando a tabela 11 quanto à questão de casos novos de tuberculose pulmonar, segundo o tipo de saída, pode-se confirmar de que houve também no tempo, a queda de casos de abandono e transferência, seguindo a mesma tendência do total de casos de tuberculose no período e o aumento da descoberta de casos novos de tuberculose. Isso reflete, em parte, que muitos serviços de saúde têm melhorado quanto ao diagnóstico e/ou os serviços melhoraram as condições de atendimento aos pacientes diagnosticados no local de residência ou também pode ser deficiência, quanto

à confirmação de casos transferidos, quer regional e inter-regional, ou seja, em todo o país.

Quanto aos óbitos, apesar da irregularidade da sua evolução, pode-se notar que houve o aumento da taxa, sobretudo nos dois últimos anos de estudo. Ou seja, essa variável segue o mesmo comportamento do tipo de saída, tanto para casos novos de tuberculose, como para casos de tuberculose.

As taxas de cura comprovadas e não comprovadas têm melhorado no período de estudo, sendo que as de cura comprovada são superiores às de cura não comprovada, com exceção do ano de 2000. Para o ano de 2003, o índice de cura comprovada quase dobrou em relação a de casos de cura não comprovada, o que pode refletir em parte a questão da existência de 452(32,7%) casos de tuberculose sem informação, quanto ao desfecho do tratamento; no ano de 2005, os índices voltam a ser praticamente iguais. Isso demonstra elevado número de casos de tuberculose diagnosticados sem a realização de exame de baciloscopia, ou com diagnóstico presuntivo na admissão e de casos com baciloscopia negativos na entrada e submetidos a tratamento, situação que poderia ser minimizada se o exame de cultura tivesse sido realizado, apesar de existir um único laboratório no país com capacidade para fazê-lo e do seu custo econômico. E por outro lado, reflete em parte, ou a não solicitação dos exames de baciloscopia por parte dos profissionais ou a não resposta devida por parte de laboratórios quanto ao exame de baciloscopia, ou ainda da possível dúvida da parte clínica quanto ao resultado emitido pelo laboratório.

Comparando, em termos proporcionais, os casos sem informação no ano de 2003, é de se notar que a taxa é um pouco alta para o total de casos novos de tuberculose 32,7% (452/1415) e maior em relação a casos de tuberculose de todas as formas que foi de 28,7%(452/1579), o que quanto a seu peso e a dinâmica, não se sabe para que tipo de saída tenderia.

Tabela 11 – Total de Casos novos de tuberculose pulmonar segundo tipos de saída e ano. Guiné-Bissau, 2000 a 2005.

| Ano | Cura comprovada | | Cura não comprovada | | Subtotal | | Abandono | | Óbitos | | Falência | | Transferência | | Sem Informação | | Casos novos de tuberculose pulmonar | |
|-------|-----------------|------|---------------------|------|----------|------|----------|------|--------|------|----------|-----|---------------|------|----------------|------|-------------------------------------|-------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 2000 | 366 | 24,5 | 374 | 25,0 | 740 | 49,5 | 459 | 30,7 | 91 | 6,1 | 8 | 0,5 | 196 | 13,1 | - | - | 1494 | 100,0 |
| 2001 | 507 | 33,3 | 370 | 24,3 | 877 | 57,6 | 343 | 22,5 | 82 | 5,4 | 2 | 0,1 | 219 | 14,4 | - | - | 1523 | 100,0 |
| 2002 | 483 | 33,8 | 309 | 21,7 | 792 | 55,5 | 271 | 19,0 | 95 | 6,7 | 5 | 0,4 | 264 | 18,5 | - | - | 1427 | 100,0 |
| 2003 | 506 | 35,8 | 230 | 16,3 | 736 | 52,1 | 90 | 6,4 | 82 | 5,8 | 3 | 0,2 | 52 | 3,7 | 452 | 32,7 | 1415 | 100,0 |
| 2004 | 651 | 41,2 | 504 | 31,9 | 1155 | 73,1 | 202 | 12,8 | 143 | 9,1 | 9 | 0,6 | 73 | 4,6 | - | - | 1582 | 100,0 |
| 2005 | 601 | 34,9 | 584 | 34,0 | 1185 | 68,9 | 217 | 12,8 | 211 | 12,3 | 7 | 0,4 | 100 | 5,8 | - | - | 1720 | 100,0 |
| Total | 3114 | 33,9 | 2371 | 25,8 | 5485 | 59,7 | 1582 | 17,2 | 704 | 7,8 | 34 | 0,4 | 904 | 9,9 | 452 | 4,9 | 9161 | 100,0 |

Fonte: Dados do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose/2006

Para casos retratados de tuberculose pulmonar em relação ao encerramento de tratamento na tabela 12, pode-se notar que também houve flutuação com tendência ao aumento de forma irregular das taxas de cura comprovadas e não comprovadas, no tempo. Esse fato não deveria acontecer para os casos de cura não comprovada. Houve menores casos de cura comprovada, no ano de 2001, de 14,6% e de cura não comprovada, em 2000 de 15,0%.

Tem havido a diminuição das taxas de abandono e transferência de forma notável, no tempo, o que demonstra a melhora local de serviço de cuidados prestados. No ano de 2003, tivemos 5,2%(9/173) pacientes que tiveram que mudar de diagnóstico e 1 caso de readmitido após abandono sem informação sobre a que região sanitária pertenceria.

Os índices dos óbitos aumentaram no período de estudo, não obstante da irregularidade da tendência. Por outro lado, o total de casos retratados diminuiu no período de estudo, assim como a cura. Isso se mostra preocupante em relação ao cuidado e atenção para com os casos retratados, ou o esquema de tratamento não tem funcionado de forma satisfatória.

Tabela 12 - Casos retratados de tuberculose, segundo tipos de saída por ano. Guiné-Bissau, 2000 a 2005.

| Ano | Cura comprovada | | Cura não comprovada | | Subtotal | | Abandono | | Óbitos | | Falência | | Transferência | | Mudança de diagnóstico | | Total de Casos | |
|-------|-----------------|------|---------------------|------|----------|------|----------|------|--------|------|----------|-----|---------------|------|------------------------|-----|----------------|-------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 2000 | 84 | 20,6 | 61 | 15,0 | 145 | 35,6 | 126 | 30,9 | 32 | 7,8 | - | - | 105 | 25,7 | - | - | 408 | 100,0 |
| 2001 | 29 | 14,6 | 30 | 15,2 | 59 | 29,8 | 48 | 24,2 | 16 | 8,1 | 2 | 1,0 | 73 | 36,9 | - | - | 198 | 100,0 |
| 2002 | 45 | 36,0 | 36 | 28,8 | 81 | 64,8 | 18 | 14,4 | 4 | 3,2 | 1 | 0,8 | 21 | 16,8 | - | - | 125 | 100,0 |
| 2003 | 95 | 54,9 | 43 | 24,9 | 138 | 79,8 | 14 | 8,1 | 2 | 1,2 | - | - | 10 | 5,8 | 9 | 5,2 | 173 | 100,0 |
| 2004 | 54 | 45,8 | 29 | 24,6 | 83 | 70,4 | 13 | 11,0 | 12 | 10,2 | - | - | 10 | 8,5 | - | - | 118 | 100,0 |
| 2005 | 64 | 43,8 | 49 | 33,6 | 113 | 77,4 | 11 | 7,5 | 12 | 8,2 | - | - | 11* | 6,8 | - | - | 147 | 100,0 |
| Total | 371 | 31,8 | 248 | 21,2 | 619 | 53,0 | 230 | 19,7 | 78 | 6,7 | 3 | 0,3 | 230 | 19,6 | 9 | 0,8 | 1169 | 100,0 |

Fonte: Dados do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose/2006

* existe um caso de transferência readmitidos após abandono sem informação para que região sanitária pertenceria.

Comentário: Para o ano de 2003, tive 9 casos retratados de tuberculose, que tiveram que mudar de diagnóstico.

Na tabela 13 da para ver a distribuição de casos novos e retratados de tuberculose, por triênio para o período de estudo. Testando a associação entre os mesmos, constatou-se que existe para segundo triênio, um aumento dos casos novos comparado aos retratados em termos proporcionais.

Tabela 13 – Distribuição de casos novos e de casos retratados de tuberculose segundo triênio, Guiné-Bissau, 2000 a 2005.

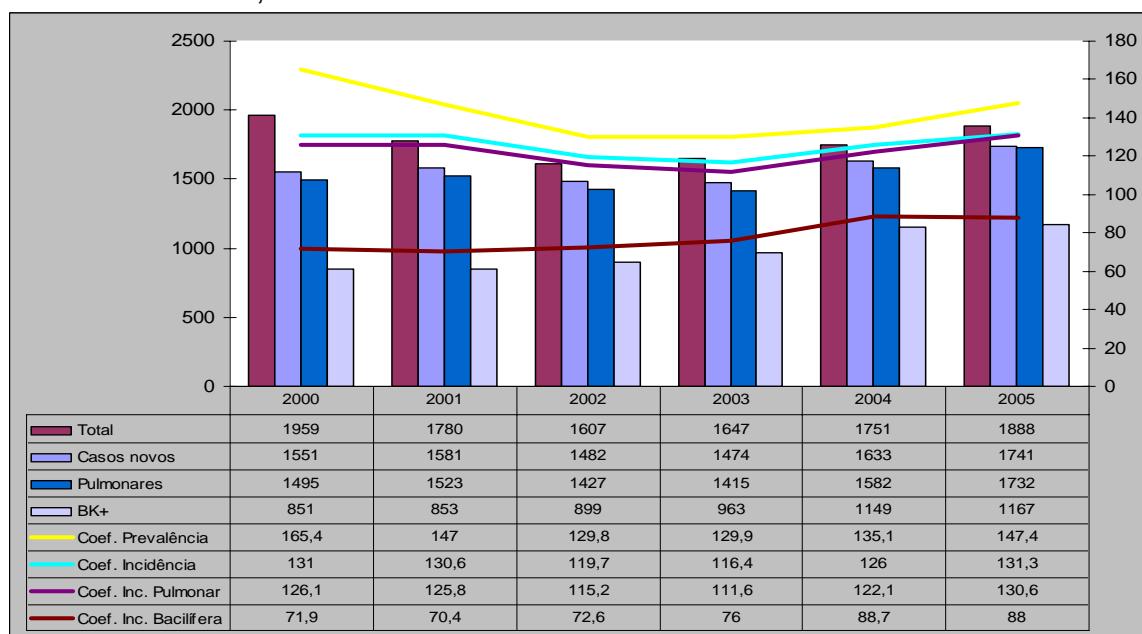
| Anos | Casos novos de tuberculose | Casos retratados de tuberculose | Total |
|---------|----------------------------|---------------------------------|--------|
| 2000/02 | 4615 | 731 | 5346 |
| 2003/05 | 4848 | 438 | 5286 |
| Total | 9463 | 1169 | 10.632 |

Fonte: Dados do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose/2006

$$\chi^2 \text{ gl} = 78,83 \quad (P < 0,001)$$

A figura 7 mostra a tendência de casos de tuberculose de todas as formas e respectivos coeficientes, mostrando a melhora dos indicadores a partir de 2003, provavelmente devida à melhora da notificação e do seguimento dos doentes de tuberculose, e do começo do efeito do Programa Estratégico Nacional.

Figura 7 – Distribuição de casos de tuberculose pulmonar, casos novos, pulmonares e pulmonares bacilíferos e respectivos coeficientes de incidência e ano Guiné-Bissau, 2000 a 2005.



Fonte: Dados do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose/2006

4.4 - Indicador de Mortalidade

O coeficiente de mortalidade por tuberculose no período de estudo (tabela 14) como indicador de qualidade de controle da doença, variou de 6,6 por 100.000 habitantes em 2003 a 16,8 por 100.000 habitantes em 2005. Nos anos de 2000 a 2003, houve um decréscimo do coeficiente, voltando a aumentar nos dois últimos anos. O mesmo comportamento observou-se para óbitos ocorridos em casos novos de tuberculose pulmonar, e respectivos coeficientes de mortalidade.

O coeficiente de letalidade no período do estudo, também segue a mesma tendência, com maiores taxas registradas nos dois últimos anos de estudo. Em parte, isso demonstra a melhora do diagnóstico e/ou houve diminuição da vigilância das ações de controle de tuberculose. Comentado as taxas de letalidade ou fatalidade, elas não demonstram a verdadeira magnitude, gravidade ou poder da doença causar a morte. Visto que nem sempre os óbitos ocorridos ou notificados correspondem a rigor ao período em análise. Isso, historicamente se justifica pelas restrições quanto à fonte de dados utilizada, pois que as mesmas são sujeitas aos erros das declarações de óbitos, sobretudo a erros de diagnóstico, e por outro lado as limitações do fluxo de sistema de informação no país.

Tabela 14 – Óbitos e Coeficiente de mortalidade de tuberculose, e de casos novos de tuberculose pulmonar* e coeficiente de Letalidade (%) e o ano. Guiné-Bissau, 2000 a 2005.

| Ano | Casos tuberculose | Total de óbitos de tuberculose | Coeficiente de mortalidade de tuberculose | Letalidade (%) | Nº de óbitos de casos novos tuberculose pulmonar | Coeficiente de mortalidade |
|-------|-------------------|--------------------------------|---|----------------|--|----------------------------|
| 2000 | 1959 | 123 | 10,4 | 6,3 | 91 | 7,7 |
| 2001 | 1780 | 98 | 8,1 | 5,5 | 82 | 6,8 |
| 2002 | 1607 | 99 | 8,0 | 6,2 | 95 | 7,7 |
| 2003 | 1647 | 84 | 6,6 | 5,1 | 82 | 6,5 |
| 2004 | 1751 | 155 | 12,0 | 8,9 | 143 | 11,0 |
| 2005 | 1888 | 223 | 16,8 | 11,8 | 211 | 15,9 |
| Total | 10.623 | 782 | - | - | 704 | - |

Fonte: Dados do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e tuberculose/2006

* por 100.000 habitantes

4.5 Comparando com o Estado de São Paulo os indicadores

Não parece haver semelhanças sócio-demográficas e culturais entre a Guiné-Bissau e o Estado de São Paulo. No entanto a oportunidade de conhecer e discutir a situação da tuberculose no Estado de São Paulo, Brasil, apresentou-se como uma possibilidade de comparar as duas realidades.

A tabela 15, sobre casos de tuberculose, casos novos e bacilíferos mostrou que em números absolutos o Estado de São Paulo possui maior número de casos de tuberculose, já que a sua população é muito superior ao da República da Guiné-Bissau. A comparação dos coeficientes de tuberculose em 2004, no entanto, mostra que o coeficiente de incidência na Guiné-Bissau é quase 3 vezes maior que no Estado de São Paulo e para os bacilíferos, 4 vezes maior em 2005. Isto deve significar uma situação mais grave, confirmada pela taxa de mortalidade (figura 8) que também é quase 3 vezes maior que o Estado São Paulo no ano de 2004.

Tabela 15 - Casos de tuberculose, casos novos e bacilíferos, do Estado de São Paulo e da Guiné-Bissau, 2000 a 2005.

| Ano | Casos de tuberculose | | | | Casos novos de tuberculose | | | | Bacilíferos | | | | População residente São Paulo | |
|-------|----------------------|-------------|-----------|-------------|----------------------------|-------------|-----------|-------------|--------------|-------------|-----------|-------------|-------------------------------|--|
| | Guiné-Bissau | | São Paulo | | Guiné-Bissau | | São Paulo | | Guiné-Bissau | | São Paulo | | | |
| | Nº | Coeficiente | Nº | Coeficiente | Nº | Coeficiente | Nº | Coeficiente | Nº | Coeficiente | Nº | Coeficiente | | |
| 2000 | 1959 | 165,5 | 20.959 | 56,6 | 1521 | 131,0 | 18.185 | 49,1 | 851 | 71,9 | 9190 | 24,8 | 37.032.403 | |
| 2001 | 1780 | 147,0 | 20.541 | 54,6 | 1582 | 130,6 | 17.723 | 47,1 | 853 | 70,4 | 9026 | 24,0 | 37.630.105 | |
| 2002 | 1607 | 129,8 | 20.626 | 54,0 | 1482 | 119,7 | 17.754 | 46,5 | 899 | 72,6 | 9074 | 23,8 | 38.177.734 | |
| 2003 | 1647 | 129,9 | 19.993 | 51,6 | 1474 | 116,2 | 17.342 | 44,8 | 963 | 76,0 | 8907 | 23,0 | 38.709.339 | |
| 2004 | 1751 | 135,1 | 19.711 | 50,2 | 1633 | 126,0 | 17.219 | 43,9 | 1149 | 88,7 | 8846 | 22,5 | 39.239.362 | |
| 2005 | 1888 | 147,4 | - | - | 1741 | 131,3 | - | - | 1167 | 88,0 | 8804 | 21,8 | 40.442.820 | |
| Total | 10.623 | - | - | - | 9463 | - | - | - | 5882 | - | - | - | - | |

Fonte: PNLT/CVE-SP/2007

(-) Dado não disponível

* Foram incluídos 2 casos não encerrados em sem informação, para facilitar o cálculo.

Comentários: não está disponível dados do estado de São Paulo, para o ano de 2005; por isso não figura para comparação.

Quanto ao resultado do tratamento analisando a tabela 16, parece ter havido melhora nas taxas de cura das duas regiões apesar de ainda não atingirem a meta fixa de 85% de cura e com diminuição do abandono, ou seja, os investimentos feitos nas ações de controle demonstraram-se efetivos. Na Guiné-Bissau, esperava-se haver maior coeficiente de mortalidade para os anos de 2001 e 2002, devido a altos coeficientes de incidência para respectivos anos; porém, verificou-se o contrário assim como para a letalidade. Isso indica uma melhora na qualidade ou sub-notificação de registro de casos de tuberculose no tempo.

Tabela 16 - Casos de tuberculose, segundo tipo de saída do Estado de São Paulo e da Guiné-Bissau, 2000 a 2004.

| Ano | 2000 | | | | 2001 | | | | 2002 | | | | 2003 | | | | 2004 | | | | | |
|----------------|--------------|-------|-----------|-------|--------------|-------|-----------|-------|--------------|-------|-----------|-------|--------------|-------|-----------|-------|--------------|-------|-----------|-------|----|---|
| | Guiné-Bissau | | São Paulo | | Guiné-Bissau | | São Paulo | | Guiné-Bissau | | São Paulo | | Guiné-Bissau | | São Paulo | | Guiné-Bissau | | São Paulo | | | |
| Tipo de saída | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Cura | 885 | 46,5 | 13.878 | 66,2 | 936 | 54,4 | 13.953 | 67,9 | 873 | 56,3 | 14.327 | 69,5 | 874 | 55,4 | 14.486 | 72,5 | 1235 | 72,8 | 14.363 | 72,9 | | |
| Óbitos | 123 | 6,5 | 2140 | 10,2 | 98 | 5,7 | 1910 | 9,3 | 99 | 6,4 | 2045 | 9,9 | 84 | 5,3 | 1816 | 9,1 | 155 | 9,1 | 1806 | 9,2 | | |
| Abandono | 585 | 30,8 | 3233 | 15,4 | 391 | 22,7 | 2927 | 14,2 | 289 | 18,6 | 2754 | 13,4 | 104 | 6,6 | 2371 | 11,9 | 215 | 12,7 | 2114 | 10,7 | | |
| Falência | 8 | 0,4 | - | - | 4 | 0,2 | - | - | 6 | 0,4 | - | - | 3 | 0,2 | - | - | 9 | 0,5 | - | - | | |
| Transferência | 301 | 15,8 | 1162 | 5,5 | 292 | 17,0 | 1265 | 6,2 | 285 | 18,4 | 1079 | 5,2 | 62 | 3,9 | 831 | 4,2 | 83 | 4,9 | 795 | 4,0 | | |
| Sem informação | - | - | 546* | 2,6 | - | - | 486 | 2,4 | - | - | 421 | 2,0 | 452 | 28,6 | 489 | 2,4 | - | - | 633 | 3,2 | | |
| Total | 1902 | 100,0 | 20959* | 100,0 | 1721 | 100,0 | 20.541 | 100,0 | 1482 | 100,0 | 17.754 | 100,0 | 1579 | 100,0 | 19.993 | 100,0 | 1633 | 100,0 | 19.711 | 100,0 | | |

Fonte: PNLT/CVE-SP/2007

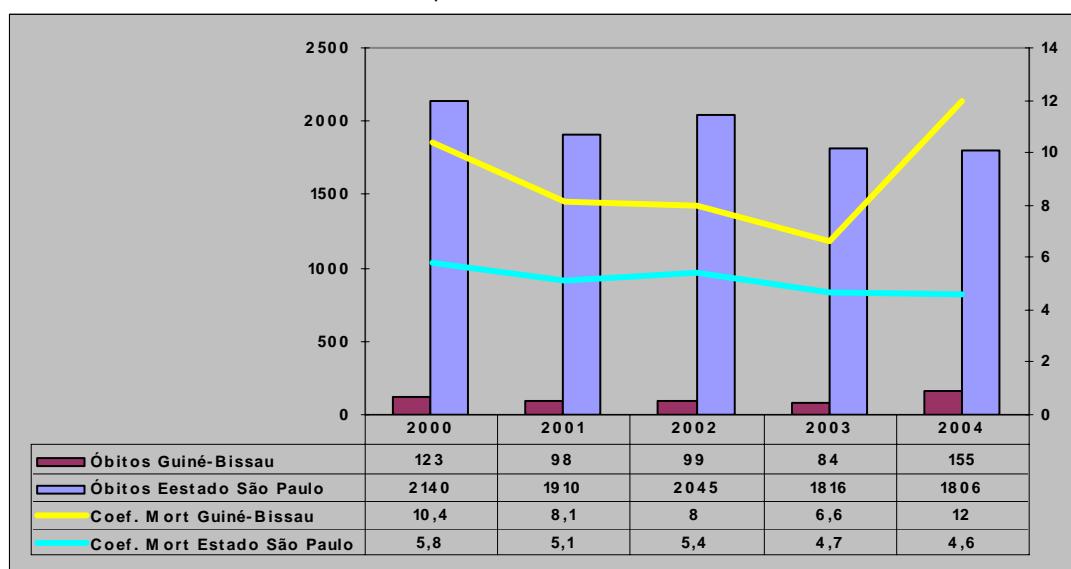
(-) Dado não disponível

* Foram incluídos 2 casos não encerrados em sem informação, para facilitar o cálculo.

Comentários: não está disponível dados do estado de São Paulo, para o ano de 2005; por isso não figura para comparação.

Em termos gerais na figura 8, os óbitos e os valores absolutos dos indicadores do Estado de São Paulo são maiores, em comparação com os da Guiné-Bissau, no período. Em relação aos coeficientes de mortalidade para São Paulo, tem havido a queda de forma progressiva no tempo. Em relação ao coeficiente de casos de tuberculose do Estado de São Paulo, registrou-se maior queda no ano de 2002 para 2003.

Figura 8 – Óbitos e Coeficientes de mortalidade por tuberculose na Guiné-Bissau e Estado de São Paulo, 2000 a 2004.



Fonte: PNLT/PCT-SP

Levando em conta as diferenças das estruturas etárias das regiões optou-se por padronizar os coeficientes. Escolheu-se o ano de 2005, tanto por ser mais atual, quanto pela disponibilidade da distribuição por faixa etária.

Para a comparação dos dois Programas, como mostram, as tabelas 17 e 18 usou-se o coeficiente de incidência dos casos bacilíferos. Verificou-se que, para Guiné-Bissau, sem a padronização, o valor foi de 75,91/100.000 habitantes contra 21,68/100.000 habitantes para o Estado de São Paulo. Ou seja, o coeficiente de incidência de casos bacilíferos é 3,5 vezes maior que do Estado de São Paulo.

Tabela 17 - Coeficientes de incidência de casos pulmonares bacilíferos* de ambos os sexos da Guiné-Bissau e do Estado de São Paulo (Brasil) ano de 2005.

| Faixa etária (em anos) | Local A (Guiné-Bissau) | | | Local B(São Paulo) | | |
|------------------------|------------------------|-------------------|---------------------------|--------------------|-------------------|---------------------------|
| | População estimada | Casos bacilíferos | Coeficiente de Incidência | População | Casos bacilíferos | Coeficiente de Incidência |
| 0 a 14 | 574.345 | 16 | 2,79 | 10.679.679 | 86 | 0,81 |
| 15 e + | 610.023 | 883 | 144,75 | 29.763.141 | 8684 | 29,18 |
| Geral | 1.184.368 | 899 | 75,91 | 40.442.820 | 8770 | 21,68 |

Fonte: PNLT/PCT-SP

* por 100 000 habitantes

Já com a padronização, como mostra a tabela 18, o coeficiente de casos bacilíferos na Guiné-Bissau, passa a ser 4,95 vezes do Estado de São Paulo. Isto é o risco de contaminação é maior na população da Guiné-Bissau.

Tabela 18 - Coeficientes de incidência de casos pulmonar bacilíferos* da Guiné-Bissau e do Estado de São Paulo (Brasil) ano de 2005 padronizados.

| Faixa etária (em anos) | Local A (Guiné-Bissau) | | | População de estado de São Paulo | Casos esperados |
|------------------------|------------------------|-------------------|----------------------------|----------------------------------|-----------------|
| | População Estimada | Casos bacilíferos | Coeficientes de Incidência | | |
| 0 a 14 | 574.345 | 16 | 2,79 | 10.679.679 | 297,96 |
| 15 e + | 610.023 | 883 | 144,75 | 29.763.141 | 43.082,15 |
| Geral | 1.184.368 | 899 | 107,26 | 40.442.820 | 43.380,11 |

Fonte: PNLT/PCT-SP

* por 100.000 habitantes

5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 Conclusões

A situação de tuberculose foi, e ainda continua sendo, um problema sério de saúde na Guiné-Bissau, apesar dos esforços que têm sido levados a cabo ao longo do tempo para inverter a tendência da situação dos seus indicadores.

Tem havido melhora substancial na notificação e/ou encaminhamento de casos de tuberculose (diagnóstico clínico e laboratorial dos casos novos), sobretudo em relação a casos retratados.

O Sistema de Informação e de Registro ainda não é fluido e consistente para todos os níveis, assim como a estratégia DOTS não surte os efeitos desejados, como mostra a taxa de cura, por se encontrar na sua fase de implementação efetiva no país.

A elaboração e execução do Plano Estratégico Nacional (PEN-TB), veio criar condições e dar impulso para fazer funcionar as ações de luta contra a tuberculose, assim como botar na agenda política do Governo a questão da tuberculose.

É importante não perder de vista que, em última análise, foram os motivos sociológicos, isto é o sofrimento humano, causado pelo bacilo da tuberculose que determinaram a formulação do Programa de Controle de Tuberculose. Visto que a epidemiologia e a tecnologia são apenas instrumentos para atingir um objetivo muito específico: controlar, eliminar, ou seja, erradicar o agente causal da moléstia.

5.2 Considerações Finais

As considerações finais aqui enumeradas devem ser vistas sob ponto de vista do planejamento estratégico situacional quanto à situação atual do problema de tuberculose na Guiné-Bissau. Ou seja, identificadas as causas e definidos os indicadores, escolhem-se os nós críticos como centro prático de ações a serem levadas a cabo, obedecendo a matriz operacional e/ou o fluxograma explicativo situacional:

1-Chamar a responsabilidade do Governo, do PNLT, da Sociedade, ONGs, Associações, do setor privado e chefes religiosos e tradicionais para a necessidade da sinergia de esforços, com vistas à melhoria de condições de vida e saúde da população e, em particular, a minimizar ou eliminar a dor e o sofrimento do doente de tuberculose, diminuir as desigualdades sociais no acesso a serviço de saúde e garantir a capacidade resolutiva, e consequentemente minimizar custos econômicos para com a saúde.

2- O Governo deve dar maior destaque na sua agenda política ao problema da tuberculose, criando condições para que o PNLT tenha fundos próprios no Orçamento Geral do Estado para melhor execução das suas ações de luta contra tuberculose; e garantir de forma permanente o aprovisionamento e abastecimento de medicamentos, materiais e insumos de laboratório.

3- O PNLT deve elaborar ou criar critérios de eleições de regiões sanitárias prioritárias quanto à necessidade de acompanhamento das ações de luta anti-tuberculose, obedecendo os indicadores epidemiológicos e os aspectos sociais, culturais e fisiodemográficos, para melhor supervisão e planejamento de gestão do Programa.

4- Formar e aperfeiçoar de forma permanente recursos humanos que trabalham com a tuberculose, dar a eles meios e condições de trabalho e ainda, se possível, evitar a alta rotatividade dos referidos técnicos, de modo a garantir a viabilidade e o sucesso do Plano Estratégico Nacional, em particular, e/ou de outros.

5- O PNLT deve estimular e realizar pesquisas com vistas à produção de conhecimentos, em geral, e, em particular, como suporte técnico-científico na gestão do Programa, e ainda estreitar colaboração entre serviços afins, em particular o PNLS/STNLS, para vigilância conjunta de TB/HIV.

5.3 Comentários sobre novos Instrumentos de Coleta de Dados do PNLT

Quanto aos atuais instrumentos de coleta de dados e de vigilância das ações de controle de tuberculose no país, em anexo, introduzidos em 2005 pelo PNLT, observando os indicadores/variáveis do resultado do estudo e, em certa medida comparando com o Estado de São Paulo ou o Brasil, vale comentar o seguinte:

1 - Livro ou Mapa de tratamento dos doentes de tuberculose: comparando ao Estado de São Paulo, teria certas semelhanças com o livro de registro de pacientes e controle de tratamento de casos de tuberculose. No seu conteúdo, constam:

- ✓ Dados de identificação do doente,
- ✓ Tipo de diagnóstico e/ou da forma clínica do doente,
- ✓ Tipo de notificação e saída do doente,
- ✓ Tipo de esquema e fase do tratamento, a fazer e/ou a cumprir,
- ✓ Exames complementares para acompanhamento e evolução do doente (Bacilosscopia, cultura e teste de Elisa para HIV).
- ✓ Não tem legenda quanto aos medicamentos anti-tuberculose em uso e instruções para preenchimento do mesmo.

2 - Livro de registro de busca ativa: melhor dizendo, seria o livro de registro e de controle da busca ativa na comunidade (por parte de profissionais de saúde) dos doentes em tratamento supervisionado no quadro da estratégia DOTS. Comparando ao Estado de São Paulo, seria a ficha de acompanhamento e aprazamento de tratamento. Contém:

- ✓ Dados de identificação do doente,
- ✓ Dados de referência para busca ativa na comunidade dos doentes faltosos ou que não compareceram ao serviço de saúde na data agendada para tal,
- ✓ Dados sobre a fase de tratamento em que se encontra o doente,
- ✓ Resultado da busca.

3 - Livro de registro de suspeitos de tuberculose: no caso, comparando com o Estado de São Paulo e o Brasil, seria o livro de registro de baciloscopia e de cultura para diagnóstico e controle de tuberculose. Possui:

- ✓ Dados de identidade do sintomático respiratório,
- ✓ Resumo de atividades clínicas realizadas quanto ao exame de baciloscopia e de busca ativa na comunidade (indicador de qualidade das atividades e de controle de laboratório).
- ✓ Em termos comparativos, destaca-se que o livro não possui informações quanto ao teste de PPD, Rx e cultura.

4 - Livro de registro dos doentes de tuberculose: é um livro para registro e acompanhamento da evolução dos doentes. Tem, entre outras informações de destaque:

- ✓ Dados de identificação do doente,
- ✓ Informações sobre a forma clínica da doença,
- ✓ Tipo de notificação e saída,
- ✓ Controle da evolução do tratamento de tuberculose, mediante exame de baciloscopia,
- ✓ Contém legenda e instruções para preenchimento do livro.
 - Em comparação do seu conteúdo, o livro é bem parecido ao livro ou Mapa de tratamento, notando-se apenas pequenas diferenças de um para outro, quanto ao exame complementares.

5 - Ficha de tratamento de tuberculose: seria, no caso, a Ficha de controle de tratamento supervisionado para Estado de São Paulo, ou seja, modelo de controle de tratamento supervisionado nos moldes da estratégia DOTS dos doentes de tuberculose no país. Contém:

- Dados de identificação do doente,
- ✓ Possui legenda e instruções de preenchimento da ficha,
- ✓ Esquema e fase de tratamento,
- ✓ Tipo de notificação e forma clínica do doente,
- ✓ Evolução do tratamento mediante exame de baciloscopia.

- ✓ Não possui informação quanto ao tipo de saída e observação de resultado de tratamento.

6 - Guia de transferência e de referência: é um dos meios ou instrumentos de fluxo e controle de informação intra - e inter-regional no país para doentes ou suspeitos de tuberculose. Também é um dos meios de controle de qualidade para exame de laboratório, teste de cultura e sensibilidade. Contém:

- ✓ Dados do doente ou suspeito de tuberculose,
- ✓ Serviço de origem do doente e destino,
- ✓ Tipo de notificação e forma clínica para o doente de tuberculose,
- ✓ Esquema e forma de administração de medicamento,
- ✓ Tipo de enquadramento e caracterização do doente ou suspeito de tuberculose, o motivo da inter-consulta ou transferência/referência.

Em resumo, é importante e necessário incorporar, na lista de novos instrumentos de coleta de dados sobre a tuberculose, o uso da ficha de avaliação do resultado do tratamento (análise de coorte de tratamento) de doentes de tuberculose em todos os níveis do Sistema de Saúde. Ou seja, a sua falta, associada à falta de informações de alguns indicadores quanto ao tipo de notificação e saída por sexo e faixa etária, como se evidenciou no presente estudo, assim como a falta de instruções de preenchimento e da legenda de certos instrumentos de coleta, podem estar na origem da dificuldade e da demora local para envio de dados e informações à Coordenação Central do Programa. Esse fato poderia ser minimizado ou contornado em parte com a informatização de bancos de dados no país. E sob o ponto de vista da administração vale a pena chamar atenção: o que não se mede não se gerencia.

Também é imprescindível a criação e institucionalização da ficha de notificação/investigação de tuberculose, para fins de vigilância da doença, como meio de informação de agravos à saúde no país, de notificação compulsória. O “mal” que não se pesquisa, não se acha e nem se sabe como enfrentá-lo melhor.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abrahão RMCM. Tuberculose humana causada pelo *Mycobacterium bovis*: considerações gerais e a importância dos reservatórios animais [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1998.
2. Almeida C. Delimitación del campo de la investigación en sistemas y servicios de salud: desarrollo histórico y tendencias. *Investig Sist Serv Salud - Caud Discus*. 2000;(1):11-35.
3. Almeida FCMT. Serviços de Saúde e Assistência na Guiné Portuguesa. *Ultramar*. 1968;8(32):165-75.
4. Azevedo JF. Os desafios da tuberculose. *Rev Cons Fed Méd Bras*. 2001;16(126):13-4.
5. Bandim Health Project 1978-2003: improving child health? [acesso em 23 dez 2006]. Disponível em: <http://enreca.pubhealth.ku.dk/band>.
6. Castro CGJ. Planejamento estratégico no processo de gestão. In: Philippi Jr A, Pelicioni MCF. Educação ambiental e sustentabilidade. São Paulo: Manole; 2005. p. 617-43.
7. Comunità di Sant'Egidio. O hospital “Comunidade de Santo Egídio” reabre suas portas em Guiné-Bissau [acesso em 15 jan 2007]. Disponível em: http://www.santegidio.org/news/rassegna/2003/1029_0011930_PT..html
8. Dias F, Michael SG, Hoffner SE, Martins L, Norberg R, Källenius G. Drug susceptibility in *Mycobacterium tuberculosis* of a sample of patients in Guinea Bissau. *Tuberc Lung Dis*. 1993(74):129-30.
9. Dias MHP, Rosov T. Tuberculose. In: Marcondes E, coordenador. Pediatria básica. 8. ed. São Paulo: Sarvier; 1999. v. 2, p. 1027-50.
10. Gerhardt G, Teixeira GM, Diniz LS. O controle de tuberculose em área do Distrito de Campos Elíseos de Duque de Caxias – RJ. *Bol Pneumol Sanit*. 2002;10(2):13-20.
11. Guiné-Bissau. Primeiro relatório sobre os objetivos do milênio para o desenvolvimento na República da Guiné-Bissau. Bissau; 2004.

12. Helen G. A tuberculose ao longo dos tempos: história, ciências, saúde. Manguinhos. 2000;7(2):303-25.
13. Hijjar AM, Oliveira MJPR, Teixeira GM. A tuberculose no Brasil e no mundo. Bol Pneumol Sanit. 2001;9(2):9-16.
14. Instituto Nacional de Estatística e Censo. Perfil demográfico socioeconômico e sanitário da Guiné-Bissau. Bissau; 2005.
15. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa. Sida e tuberculose. Rev Estud Guineense. 2002;(4):141-59.
16. Iseman MD. Tuberculose. In: Bennet JC, Plum F. Tratado de medicina interna: doenças por micobactérias. 20. ed. São Paulo: CECIL; 1996. v. 2, p. 1857-63.
17. Koivula T, Cristea-Fernström M, Chryssanthou E, Petrini B, Källenius G. Genetic diversity in clinical isolates of *Mycobacterium avium* complex from Guinea-Bissau, West Africa. *Microbes Infect.* 2004;6(14):1320-5.
18. Kritski ALM, Melo FAF. Co-infecção M. Tuberculosis/HIV. In: Veronesi R, Focaccia R. Tratado de Infectologia. São Paulo: Atheneu; 2004. v. 1, p. 947-959.
19. Laurenti R, Jorge MHPM, Lebrão ML, Gotlieb SLD. Estatísticas de saúde. São Paulo: EPU; 2005.
20. Lima MM, Belluomini M, Almeida MMMB, Arantes GR. Co-infecção HIV/tuberculose: necessidade de uma vigilância mais efetiva. *Rev Saúde Pública.* 1997;31(3):217-20.
21. Makolo P. Djunto pa djuda cumpu Guiné-Bissau: bilan comum de pays (CCA). Bissau; 2001.
22. Melo FAF, Hijjar MA. Tuberculose. In: Veronesi R, Foccacia R. Tratado de Infectologia. São Paulo: Atheneu; 1996. v. 1, p. 914-59.
23. Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para controle da tuberculose. 6. ed. Brasília (DF); 2002.
24. Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria de Vigilância em Saúde, Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Análise da situação da tuberculose no Brasil nos anos noventa e início da década atual. Bol Pneumol Sanit. 2005;13(3):133-86.
25. Ministério da Saúde do Brasil. Controle da Tuberculose: uma proposta de integração Ensino-Serviço. 5. ed. Rio de Janeiro, 2002.

26. Ministério da Saúde do Brasil. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. Brasília (DF): Funasa; 2002.
27. Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau (MINSAP). Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose: Plano Estratégico Nacional de Luta Contra a Tuberculose 2004-2008. Bissau; 2003.
28. Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau (MINSAP). Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário: 1998-2002. Bissau;1998.
29. Nauclér A, Winquist N, Dias F, Koivula T, Lacerda L, Svenson SB, et al. Pulmonary tuberculosis in Guiné-Bissau: clinical and bacteriological findings, human immunodeficiency virus status and short term survival of hospitalized patients. *Tuberc Lung Dis.* 1996;77:226-32.
30. Nogueira AMA. A luta anti-tuberculosa na Província de São Tomé e Príncipe. *Bol Clin Estat.* 1954;7(4):73-109.
31. Nogueira PA, Abrahão RMCM, Malucelli MIC. Bacilosscopia de escarro em pacientes internados nos hospitais de tuberculose no Estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2004;7(1):54-63.
32. Oliveira HB, Moreira Filho DC. Abandono de tratamento e recidiva de tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-1994. *Rev Saúde Pública.* 200;34(5):431-6.
33. Organização Mundial de Saúde. TB/HIV: manual clínico para o Brasil. Genebra;1998.
34. Payet M, Sankalé M. Épidemiologie et prophylaxie des endémies dominantes en Afrique Noire. Paris: Masson;1968.
35. Pinho JL, Nogueira PA. Tratamento supervisionado em tuberculose no município de Taboão da Serra, São Paulo 1998-1999. *Bol Pneumol Sanit.* 2001;9(1):13-8.
36. Ravilione MC, O'Brien RJ. Tuberculose. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Long DL, Jameson JL, editores. *Harrison Medicina Interna.* 15. ed. Rio de Janeiro: Mc Grawhill; 2002. v.1, p. 1085-92.
37. Reigota RMS, Carandina L. Implantação do tratamento supervisionada no Município de Bauru/SP: avaliação de tuberculose pulmonar, 1999 – 2000. *Bol Pneumol Sanit.* 2002;10(1):24-30.
38. Silva CS. Gastronomia Guiné-Bissau [acesso em 13 jun 2005]. Disponível em:
<http://geocities.yahoo.com.br/gastronomiaguine/#introdução>.

39. Tarantino AB. Doenças pulmonares. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1997.
40. Teixeira GM. Estaríamos no limiar de uma nova contagem regressiva? [editorial]. Bol Pneumol Sanit. 2002;10(1):3-4.
41. UNAIDS. Country Progress Report 2006 Guinea-Bissau: relatório do país Guiné-Bissau [acesso em 11 jan 2007]. Disponível em: http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_guine_bissau_pt.pdf.
42. Vendramini SHF, Villas TCS, Palha PF, Monroe AA. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. Bol Pneumol Sanit. 2002;(10):5-12.
43. WHO - World Health Organization. Tuberculosis: infection and transmission [acesso em 1 dez 2006]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/print.html>.
44. Winquist N, Naucré A, Gomes V, Djamanca I, Koivula T, Jensen H, et al. Three-year follow-up of patients with pulmonary tuberculosis in Guinea-Bissau, West África. Tuberc Lung Dis. 2000;4(9):845-52.

ANEXOS

Anexo 1

Mapa do Tratamento dos Doentes de Tuberculose

REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU
MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA

PROGRAMA NACIONAL DE LUTA CONTRA A LEPROSA E TUBERCULOSE

MAPA DO TRATAMENTO DOS DOENTES DE TUBERCULOSE

DA REGIÃO : _____

DO SECTOR : _____

DO CENTRO DE SAÚDE : _____

Anexo 2

Livro de Registro de Busca Ativa



PNLT/AIFO
PNUD/FM
Guiné-Bissau

FUNDO MUNDIAL

**REGISTRO DE BUSCA ACTIVA
CENTRO DE SAÚDE _____
ANO _____**

REGISTRO DE BUSCA ACTIVA

Bissau

REGIS

SCA ACTIVA Guiné-B

sau

PNLT/AIFO PNUD

Anexo 3

Livro de Registro de Suspeitos de Tuberculose

**PNLT/AIFO
PNUD/FM
Guiné-Bissau**

REGISTO DE SUSPEITO DE TUBERCULOSE
CENTRO DE SAÚDE _____
ANO _____

Registo de Suspeito

Saúde

— 1 —

Anexo 4

Livro de Registro dos Doentes de Tuberculose

Registro dos Doentes de Tuberculose

REGISTO DOS DOENTES DE TUBERCULOSE

ANO _____

- * CATEGORIA:
HRZ regime de curta duração (caso novo) CAT. I
SHRZ regime de curta duração (caso novo) CAT. I
SHRTZ regime de curta duração (parámetro) CAT. I

** ASSINALAR NA COLUNA RESPECTIVA
CASO NOVO (N) : DOENTE QUE NUNCA FAZ TRATAMENTO ANTITUBERCULOSO
RECAIDA (R) : DOENTE QUE TINHA SIDO DECLARADO CURADO
E QUE VOLTA A TER OUTRA VEZ A DOENÇA

TRANSFERIDO (T) : DOENTE TRANSFERIDO DE UM DISTRITO PARA OUTRO TRATAMENTO DEPOIS DE ABANDONO (TRA) : DOENTE QUE INICIOU TRATAMENTO, ABANDONOU E RECUPERADO.
REINICIANDO O TRATAMENTO; FALENCIA; BACILOSCOPIA POSITIVA APÓS 5 MESES, OUTROS (O) : OUTRAS SITUAÇÕES DIFERENTES DAS 4 REFERIDAS ANTERIORMENTE.

I. ESPAÇO SUPERIOR: INDICAR A DATA REALIZAÇÃO DA BACILOSCOPIA

URADO : TRATAMENTO COMPLETO COM BACILOSCOPIA NEGATIVAS AO 5º 8º E 12º MES
 OU PELO MENOS AS DUAS ULTIMAS (REGIME NORMAL) 5º E 8º (PARA REGIMES DE CURTA DURAÇÃO)
 TRATAMENTO COMPLETO (SEM RESULTADO DE BACILOSCOPIAS)
 ALECIDO : DOENTE QUE SE SABE TER MORTIDO QUALQUER QUE TENHA SIDO A CAUSA DE MORTE
 POSITIVO AOS 12 MESES (1ª LINHA) OU 8 REGIMES DE CURTA DURAÇÃO.
 DOENTE QUE COMPLETOU O TRATAMENTO MAS COM BACILOSCOPIA POSITIVA
 NÃO CONTROLADO : DOENTE QUE NÃO FAZ TRATAMENTO HÁ 2 MESES OU MAIS
 TRANSFERIDO : DOENTE TRANSFERIDO PARA A ZONA DE INFLUENCIA DE OUTRA UNIDADE SANITARIA
 CRONICO : DOENTE COM RESULTADO DE BK POSITIVO APÓS 8º MES

Anexo 5

Ficha de Tratamento de Tuberculose

FICHA DE TRATAMENTO DE TUBERCULOSE

FUNDO MUNDIAL

N.º de Registo:

Região:

Centro de Saúde:

Nome:

Residência:

idade:

Sexo:

Nome e Endereço da Pessoa que acompanha:

M F

I. Fase Intensiva

| CATEGORIA I | | | CATEGORIA II | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2 meses | | | 2 meses | | |
| <input type="checkbox"/> |
| HR | Z | E | HR | Z | S |
| mg | mg | mg | mg | mg | 1g |

| CATEGORIA I | | | CATEGORIA II | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2 meses | | | 2 meses | | |
| <input type="checkbox"/> |
| HR | Z | E | HR | Z | S |
| mg | mg | mg | mg | mg | 1g |

H: Isoniazide R: Rifampicina Z: Pyrazinamida E: Ethambutol S: Streptomicina T: Tiacetazona

Colocar uma cruz (X) no quadradinho correspondente a data, após administração dos medicamentos

Colocar a letra F no quadradinho em caso de Falta

| MES \ DIA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | Doses do Mês |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Resultado de Baciloscopy | | Peso |
|--------------------------|------|------|
| Mes | Data | BK |
| 0 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 5 | | |
| 8 | | |

TIPO DE DOENTE

- Caso Novo
- REC
- REA
- Falencia Terapeutica
- Transferido

| Classificação |
|---------------------------------------|
| P <input checked="" type="checkbox"/> |
| EP <input type="checkbox"/> |

Observação:

II. FASE DE MANUTENÇÃO

Regime de prescrição e dosagem

CATEGORIA I

(6 meses)
H E ou TH
mg mg mg

CATEGÓRIA I

HR E

(5 meses)
3 vezes/semana

FUNDO MUNDIAL

Observação:

Anexo 6

Guia de Transferência e de Referência

REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU
MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA
SUBDIVISÃO DE HANSEN E KOCH

GUIA DE TRANSFERÊNCIA E REFERÊNCIA

A) DO CENTRO DE SAÚDE/HOSPITAL _____

PARA O CENTRO DE SAÚDE/HOSPITAL _____

NOME DO DOENTE _____ M ____ F ____ IDADE ____ N.I.T ____

MORADA (Bairro, Zona, Casa N°) _____

Nota: Em caso de transferência indicar o novo endereço:

TIPO DE DOENTE: P
EP (Extrapulmonar)

CAT. DOENTE: NOVO
REA (read. apos. abandono)
RECAIDA
OUTRO

TRANSFERÊNCIA

INDICAR RAZÕES: AO FIM DO DIAGNÓSTICO
(Suspeito)

REFERÊNCIA

AVALIAÇÃO CLÍNICA DO

ENCAMINHAMENTO

TRATAMENTO

DEVOLUÇÃO

PARA A FASE INTENSIVA

POR TER CONCLUIDO A FASE
INTENSIVA

PARA CONTINUAR O
TRATAMENTO

B) Esta parte deve ser preenchida pelo pessoal do centro para onde o doente é transferido/referido e devolvida ao centro de onde provem o doente (Ver parte A)

DO CENTRO DE SAÚDE/HOSPITAL (que recebe o doente) _____

PARA O CENTRO DE SAÚDE/HOSPITAL (que enviou o doente) _____

O DOENTE A SEGUIR IDENTIFICADO APRESENTOU-SE NESTE CENTRO DE SAÚDE:

NOME DO DOENTE _____ M ____ F ____ IDADE ____ NIT ____

DATA DA CHEGADA ____ / ____ / ____

OBSERVAÇÕES _____

NOME _____ FUNÇÃO _____ DATA ____ / ____ / ____

DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO ____ / ____ / ____

| MÊS | RESULTADO DO EXAME DA EXPECTORAÇÃO | | | | | PESO | |
|-----|------------------------------------|----|---------------------------|------|-------------|------|--|
| | LABORATÓRIO LOCAL | | LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA | | | | |
| | DATA | BK | BK | CULT | TEST. SENS. | | |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |

DEVE-LHE SER ADMINISTRADO O SEGUINTE TRATAMENTO:

CASO NOVO: FASE INTENSIVA OU DURANTE DIAS
 (Diariamente) RH+Z+E S+RH+Z

RETRATAMENTO FASE INTENSIVA + DURANTE DIAS
 (Diariamente) 2(S+RH+Z+E) 1RH+Z+E

CASO NOVO MANUTENÇÃO OU DURANTE MESES
 (Diariamente) E+H TH

RETRATAMENTO: MANUTENÇÃO DURANTE MESES
 (Trisemanal)

NOME _____ FUNÇÃO _____ DATA _____ / _____ / _____