

A situação epidemiológica da tuberculose na República da Guiné-Bissau, 2000 - 2005

The epidemiological situation of tuberculosis in the Republic of Guinea-Bissau, 2000-2005

Cristóvão Manjuba¹

Péricles Alves Nogueira²

Regina Maura Cabral de Melo Abrahão²

¹ Direção Geral da Saúde Pública do Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau

² Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP

Financiamento: CAPES (Fundação Coordenação de Amparo de pessoal de Nível Superior. Processo no. 0147044 de 18/11/04).

Correspondência: Cristóvão Manjuba. Av. Unidade Africana, Apartado 50 – 1013 Codex Bissau, República de Guiné-Bissau. E-mail: cristo_manjuba2000@yahoo.com.br

Resumo

Introdução: A tuberculose na República da Guiné-Bissau não apresenta bons indicadores de saúde, assim como na maioria dos países em vias de desenvolvimento.

Objetivo: Estudar na República da Guiné-Bissau e nas suas Províncias, a situação epidemiológica da doença no período de 2000 a 2005. **Método:** Realizou-se levantamento de dados secundários junto ao Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose, no período de 2000 a 2005, e análise de relatórios anuais da Capital e das Províncias da Guiné-Bissau, para o cálculo de coeficientes e taxas dos indicadores.

Resultados: O número de casos de tuberculose manteve-se estável no período de 2000 (1.959 casos) a 2005 (1.888 casos). O percentual de casos pulmonares variou de 96,0 a 98,8%, dos quais 55% eram bacilíferos. Em 2005 o coeficiente de prevalência foi de 142,4/100.000, o de incidência 131,3/100.000 e o de mortalidade, 16,8/100.000 habitantes. A maior concentração de casos ocorreu na região da Capital. A taxa de cura variou entre 46,5% em 2000 e 69,6% em 2005, e a de abandono de tratamento de 29,8% em 2000 para 12,1% em 2005. **Conclusão:** Os indicadores do Plano Estratégico Nacional devem ser melhorados, sobretudo no que diz respeito à busca ativa de casos, à descentralização do atendimento aos doentes, à implantação da estratégia DOTS e à necessidade de um sistema de informação e notificação eficientes.

Palavras-chave: Situação Epidemiológica. Tuberculose. Ministério da Saúde Pública de Guiné-Bissau.

Aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Protocolo nº. 1388

Abstract

Introduction: Tuberculosis does not present good health indicators in the Republic of the Guinea-Bissau, like most other developing countries. **Objective:** To study the epidemiological status of the illness in the 2000-2005 period in the Republic of the Guinea-Bissau and its Provinces. **Method:** Secondary data were collected from the National Fight Against Leprosy and Tuberculosis Program, in the period from 2000 to 2005, and annual reports of the Capital and the Provinces were analyzed to calculate coefficients and indicators. **Results:** The number of tuberculosis cases remained stable in the period from 2000 (1,959 cases) to 2005 (1,888 cases). The percentage of pulmonary cases ranged from 96.0 to 98.8%, of which 55% had positive smears. The coefficients of prevalence, incidence and mortality, in 2005 were 142.4/100,000, 131.3/100,000 and 16.8/100,000 inhabitants, respectively. The main concentration of cases occurred in the region of the Capital. Cure rates varied between 46.5% in 2000 and 69.6% in 2005 and treatment interruption rates were 29.8% in 2000 and 12.1% in 2005. **Conclusion:** The indicators of the National Strategic Plan must improve, particularly with regard to active case search, decentralization of patient care, implementation of the DOTS strategy, and the need for an efficient information and reporting system.

Keywords: Epidemiological Situation. Tuberculosis. Public Health Ministry of the Guinea-Bissau.

Introdução

Desde os primeiros relatos da tuberculose como doença, há milhares de anos, até a descoberta do bacilo em 1882, por Robert Koch, ela é considerada um grave problema de saúde pública. Apesar de avanços na prevenção, diagnóstico, tratamento e de medidas de controle, a tuberculose continua sendo um grave problema no mundo e, em particular, nos países em vias de desenvolvimento, como, por exemplo, o Brasil e Guiné-Bissau^{1,2}.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as principais causas para a gravidade da situação atual da tuberculose no mundo são as desigualdades sociais, o envelhecimento da população, os grandes movimentos migratórios, o surgimento de cepas multidroga-resistentes e o advento da AIDS. Esta última, a partir da década de 80, mudou o perfil epidemiológico da tuberculose³.

Em 1993, a OMS declarou a tuberculose uma emergência mundial e, em 1995, sugeriu a adoção da estratégia DOTS (Directly Observed Treatment Short-course) como medida de controle da doença.

Em 2000, estimou o coeficiente de mortalidade por tuberculose no continente Africano em 83/100.000 habitantes⁴, incluindo os doentes infectados pelo HIV.

No ano de 2002, a magnitude do problema da tuberculose nos países e territórios que têm em comum a língua portuguesa foi estimada em 243,8 mil pessoas com tuberculose ativa por ano, com uma incidência de 113,4/100.000 habitantes⁵. O Brasil e Moçambique, dois países desse bloco, figuram na lista dos 22 países com maiores problemas de tuberculose no mundo.

Em 2005, a OMS estimou a incidência de casos novos de tuberculose de todas as formas na África, em 343/100.000 habitantes, e de casos novos da forma pulmonar bacilífera em 147/100.000 habitantes. A prevalência foi estimada em 511/100.000 habitantes e a mortalidade em 74/100.000 habitantes⁴.

A República da Guiné-Bissau é classificada como um dos países mais pobres do mundo, ocupando a 175ª posição no ranking mundial do Índice de Desenvolvimento Humano, entre os 177 países estudados, segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano 2007/2008, divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)⁶. Conseguiu sua independência em 1974, depois de cinco séculos de dominação colonial dos portugueses, mediante luta armada que durou mais de 11 anos⁷. Está situada na Costa Ocidental da África, fazendo fronteira ao norte com a República do Senegal, ao Leste e ao Sul com a República da Guiné-Conacry, sendo que a Oeste é banhada pelo Oceano Atlântico⁸. A sua superfície territorial é de 36.125 km², com a população estimada em 1.389.497 habitantes para o ano de 2007, segundo projeções do Instituto Nacional de Estatística e Censo (INEC)⁹. A maioria da população é constituída por jovens de 0-14 anos (46,7%) e por mulheres (51,7%), sendo que, a esperança de vida média no país é de 49 anos de idade⁷.

Em Guiné-Bissau, até o ano de 1986, as atividades de luta contra a tuberculose eram realizadas de maneira isolada, não havendo coordenação das ações. Neste ano foi instituído o Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose, com a ajuda da Associação Italiana Amici di Raoul Follereau (AIFO), de Bologna, que foi unificado ao Programa Nacional de Luta Contra Lepra, constituindo o Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose – PNLT⁸.

Em 1998 houve uma guerra civil, na qual a artilharia pesada, seguida da pilhagem pelos soldados, destruiu completamente o Laboratório Nacional, o banco de sangue, um grande hospital (Hospital Raoul Follereau, que só foi reinaugurado em outubro de 2003 com o nome de Hospital Comunitária di Sant'Egidio) e o Ministério da Saúde. O conflito obrigou 350 mil pessoas a se deslocarem, ou seja, 20% da população de 1,4 milhões. Os profissionais fugiram para Portugal e estima-se que,

aproximadamente, um quarto das enfermeiras e médicos da Guiné-Bissau não regressaram¹⁰. Por esse motivo, há muitos anos, sobretudo nas Regiões Sanitárias do interior do país, as ações de combate à tuberculose têm sido feitas por Técnicos de Enfermagem e de Laboratório, devido ao número insuficiente de médicos e enfermeiros⁷.

Em maio de 2003, o país elaborou um Plano Estratégico Nacional de Luta Contra a Tuberculose para ser executado no período de 2004 a 2008, reformulando assim o PNLT, e cujos objetivos eram: reduzir a mortalidade e morbidade da doença, prevenir o surgimento de resistência aos medicamentos, curar 85% e diagnosticar 70% dos casos de tuberculose com baciloscopia positiva¹¹. Outra meta importante do Plano é consolidar a estratégia DOTS (Tratamento Diretamente Observado de curta duração) para o tratamento da tuberculose, pois em 2003 era praticada em apenas 4% das Unidades de Saúde, correspondendo a 20% de cobertura da população do país⁷.

O enfoque tradicional de um Programa de Saúde¹² é a prevenção da doença e dos riscos específicos. Um Programa de Controle de Tuberculose tem como objetivo a sistematização dos conjuntos das ações de saúde a serem colocadas em prática para controlar ou diminuir o nível endêmico da tuberculose; ou seja, o sucesso de um Programa de saúde, por um lado está diretamente relacionado à garantia de acesso e à cobertura, e por outro à otimização das ações técnicas e operacionais de saúde, de forma eficaz e eficiente.

A guerra civil foi seguida por anos de instabilidade política e social, caracterizada por corrupção, estagnação econômica, greves devido a salários não pagos, dissolução do parlamento e, finalmente, por um golpe de Estado, em setembro de 2003¹⁰. Neste período, o Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose sofreu ruptura no fornecimento de medicamentos e insumos de laboratório, além da falta de pessoal técnico e com pouca motivação

para trabalhar com tuberculose. Os poucos técnicos disponíveis eram obrigados a reaproveitar as lâminas para a realização da baciloscopia, prejudicando a qualidade do diagnóstico bacteriológico da tuberculose. Outro fator agravante é que a cultura, importante instrumento de diagnóstico e de vigilância de multidrogarresistência, não é realizada no país até hoje. Os dados sanitários e as estatísticas vitais do país são quase inexistentes. O banco de dados disponível não é informatizado, prejudicando a notificação compulsória da tuberculose e o cadastro único do paciente⁷.

Em julho de 2005 houve eleições e um novo governo tomou posse em outubro. Em junho de 2006 a Comunidade Econômica dos Estados da África Ocidental teve que auxiliar as autoridades no pagamento dos salários dos funcionários públicos, professores, médicos e militares, já com 3 meses de atraso¹⁰.

Em um cenário destes, como organizar um Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose eficiente?

De acordo com o Gabinete das Nações Unidas para a Coordenação dos Assuntos Humanitários (OCHA), as origens da crise são: “um estado fraco e deficiente, um governo ineficaz, uma elite política fragmentada e um exército altamente dividido e intervencionista”¹⁰.

Apesar das dificuldades apresentadas, após a elaboração do Plano Estratégico Nacional¹¹ e o início da operacionalização das ações de luta antituberculose no país, espera-se uma melhora dos indicadores de tuberculose. O presente trabalho pretende demonstrar até que ponto o PNLT colaborou na melhoria dos indicadores, quais as atividades desenvolvidas e a desenvolver, quais as limitações, os avanços e os desafios a enfrentar. Pretende também mostrar, de forma panorâmica, a situação epidemiológica da tuberculose na República da Guiné-Bissau.

Objetivos

Estudar, na República da Guiné-Bissau

e nas suas Províncias, a situação epidemiológica da tuberculose no período de 2000 a 2005.

Material e Método

Para o estudo foi usado o delineamento descritivo, no qual foram coletados os dados secundários sobre a tuberculose, no período de 2000 a 2005, junto ao Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose (PNLT), de acordo com o modelo de registro preconizado para operacionalização das variáveis, segundo o tipo de entrada e saída dos dados, e analisados os relatórios anuais de atividades do Programa.

A República da Guiné-Bissau está político-administrativamente dividida em 8 Regiões Administrativas e um Setor Autônomo, que serão utilizados neste estudo para melhor descrição e compreensão da magnitude e gravidade da tuberculose no país. As 8 Regiões Fisiográficas são: Norte, Sul, Leste e Centro-Capital (Capital do país), sendo a Região Norte formada por Cacheu, Óio e Biombo; a Sul por Quinara, Tombali, Bolama-Bijagós; a Leste por Bafatá e Gabú, e a Centro Capital pelo Setor Autônomo de Bissau.

O Ministério da Saúde Pública, visando a descentralização e maior dinâmica na operacionalização das ações de saúde (acesso/localização), criou algumas Sub-Regiões Sanitárias a partir das Regiões Administrativas existentes: a Região Sanitária de Cacheu foi dividida na Sub-Região Sanitária de São Domingos e na Região Sanitária de Cacheu, assim como a Região Sanitária de Bolama-Bijagós foi dividida na Sub-Região Sanitária de Bubaque e na Região Sanitária de Bolama⁸.

Entretanto, para a análise dos dados desta pesquisa, foi mantido o modelo da divisão político-administrativa do país.

O presente estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e do Núcleo de Pesquisa do Ministério da Saúde da Guiné-Bissau em 2005.

Foram calculados os coeficientes, taxas

e proporções, para análise das ações realizadas pelo PNLT.

Resultados e Discussão

Na Tabela 1 observa-se a maior proporção de casos novos de tuberculose (89,0%) em relação aos casos retratados (11,0%), no período de estudo. Nota-se a irregularidade na notificação de casos novos, com queda nos anos de 2002 e 2003, época da instabilidade política no país, e um aumento a partir de 2004, refletindo uma melhoria na notificação e na detecção de casos, após a implantação do Plano Estratégico Nacional de Luta Contra a Tuberculose. No período de estudo, houve uma queda pro-

gressiva de casos retratados e uma queda irregular dos casos de recidiva.

A Tabela 2 mostra a distribuição de casos novos de tuberculose, segundo a forma clínica, para o período de estudo. Os casos novos de tuberculose extrapulmonar diagnosticados (3,1%) foram muito poucos, se comparados aos casos pulmonares (96,8%), sobretudo nos dois últimos anos, fato este que pode sugerir a limitação de recursos laboratoriais para diagnosticar a forma extrapulmonar e/ou a não familiarização de profissionais com casos de tuberculose extrapulmonar. Tanto é que não existem informações a respeito de casos retratados extrapulmonares no banco de dados, nem da sua inclusão no desfecho

Tabela 1 – Total de casos de tuberculose, casos novos, recidiva e reingresso após abandono, segundo ano. Guiné-Bissau, 2000 a 2005.

Table 1 – Total cases of tuberculosis, new cases, relapses and return after default, according to year. Guinea-Bissau, 2000 to 2005.

Ano	Casos novos		Tipo de caso		Reingresso		Total de casos de Tuberculose	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
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	92,2	130	6,9	17	0,9	1888	100,0
Total	9463	89,0	691	6,5	478	4,5	10632	100,0

Fonte: Dados do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose/2006
Source: Data from the National Fight Against Leprosy and Tuberculosis Program /2006

Tabela 2 – Casos novos de tuberculose, segundo forma clínica e ano. Guiné-Bissau, 2000 a 2005.

Table 2 - New cases of tuberculosis, according to clinical form and year. Guinea-Bissau, 2000 to 2005.

Ano	Pulmonares		Extrapulmonares		Total de casos novos	
	n°	%	n°	%	n°	%
2000	1495	96,3	56	3,6	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	1732	98,8	09	0,5	1741	100,0
Total	9174	96,8	289	3,1	9463	100,0

Fonte: Dados do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose/2006.
Source: Data from the National Fight Against Leprosy and Tuberculosis Program /2006

de casos novos de tuberculose e nem da localização anatômica da doença.

Observa-se na Tabela 3 os números e os coeficientes de prevalência do total de casos de tuberculose notificados, dos casos novos de tuberculose de todas as formas, da forma pulmonar e da forma pulmonar bacilífera. Quanto aos coeficientes, houve decréscimo dos mesmos nos primeiros anos de estudo, seguido de uma elevação a partir de 2004, denotando uma possível melhora na notificação dos casos novos de tuberculose, devido aos efeitos ou ao impacto das ações do Plano Estratégico Nacional de Luta Contra a Tuberculose (PEN-TB). Chama a atenção o fato de que 55,3% (5882/9463) dos casos de tuberculose eram da forma pulmonar bacilífera, ou seja, a de maior poder de transmissão da doença. A análise dos relatórios demonstrou que, em 2005, 63% (734/1167) destes casos estavam concentrados na faixa etária de 25 a 54 anos, ressaltando a necessidade de intensificação da busca ativa neste grupo etário para identificação e tratamento das fontes de infecção, buscando interromper a cadeia de transmissão da doença. A tuberculose também tem um peso econômico importante para o país, pois acomete indivíduos na fase mais produtiva ou economicamente ativa da vida.

A Tabela 4 mapeia a dimensão da doença no país como um todo, abrangendo

a região Centro-Capital e as regiões Norte, Leste e Sul, demonstrando que a Capital possui valores absolutos e de coeficientes mais elevados, quando comparados às demais regiões, fato este justificado pelo deslocamento da população das Províncias em busca do Hospital de Referência Nacional de Tuberculose e de Outras Pneumopatias para diagnóstico e melhor atendimento.

A Figura 1 mostra que, no período de 2000 a 2003, o coeficiente de mortalidade por tuberculose pulmonar decresceu de 10,4 óbitos/100.000 habitantes para 6,6 óbitos/100.000 habitantes, e voltou a aumentar em 2004 e 2005. O coeficiente de mortalidade dos casos novos pulmonares manteve-se praticamente estável entre 2000 e 2003, aumentando nos anos subsequentes. O aumento de ambos os coeficientes a partir de 2003 se justifica pela melhoria do registro e pela implantação do Plano Estratégico Nacional de Luta Contra a Tuberculose.

No ano de 2000, a OMS estimou o coeficiente de mortalidade para o continente africano, incluindo doentes infectados pelo HIV, em 83/100.000 habitantes. Na República da Guiné-Bissau, o coeficiente de mortalidade, neste ano, foi de 10,4/100.000 habitantes, possivelmente porque o Programa Nacional de Luta Contra a Lepre e Tuberculose, desde sua criação até a

Tabela 3 - Número e coeficiente de casos bacilíferos, de tuberculose pulmonar, casos novos e de total de casos, Guiné-Bissau, 2000 a 2005.

Table 3 - Number and coefficient of smear-positive cases, of the pulmonary tuberculosis, new cases and total cases. Guinea-Bissau, 2000 to 2005.

Ano	Pulmonar bacilífera		Forma pulmonar		Casos novos de tuberculose		Total de casos		População estimada**
	n°	Coeficiente*	n°	Coeficiente*	n°	Coeficiente*	n°	Coeficiente*	
2000	851	71,9	1495	126,2	1551	131,0	1959	165,4	1.184.369
2001	853	70,4	1523	125,8	1582	130,6	1780	147,0	1.210.912
2002	899	72,6	1427	115,2	1482	119,7	1607	129,8	1.238.313
2003	963	76,0	1415	111,7	1474	116,4	1647	130,0	1.266.612
2004	1149	88,7	1582	122,1	1633	126,0	1751	135,1	1.295.842
2005	1167	88,0	1732	130,6	1741	131,3	1888	142,4	1.326.040
Total	5882	-	9174	-	9463	-	10632	-	-

Fonte: INEC/PNLT-2006; * por 100.000 habitantes/ano; ** em milhões de habitantes
Source: INEC/PNLT-2006; * per 100,000 inhabitants/year; ** in million inhabitants

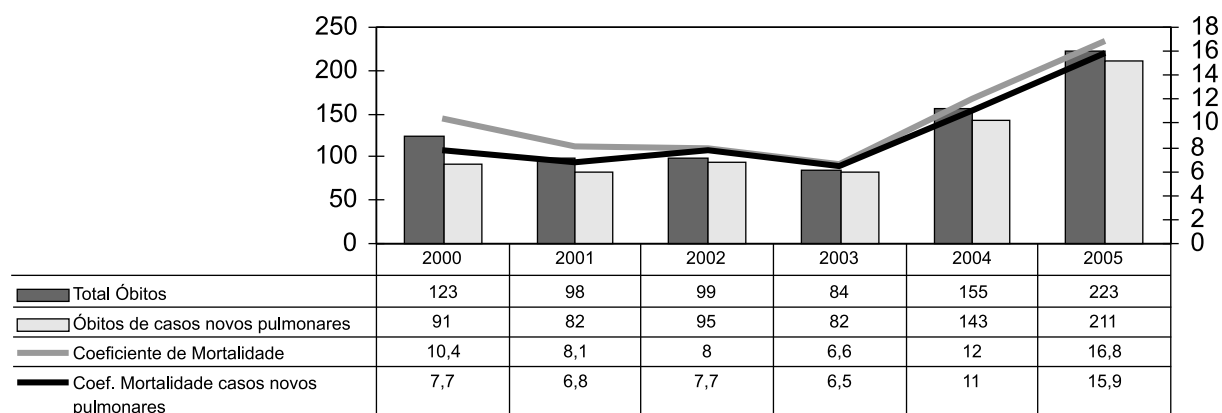
Tabela 4 – Número e coeficiente de casos novos, de mortalidade e de total de casos pulmonares de tuberculose na Guiné-Bissau e nas suas regiões fisiográficas, 2005.

Table 4 - Number and coefficient of new cases, mortality and total pulmonary tuberculosis cases in Guinea-Bissau and physiographic regions, 2005.

Região Fisiográfica	Casos novos		Mortalidade		Total de casos		População Estimada**
	n°	Coeficiente*	n°	Coeficiente*	n°	Coeficiente*	
Guiné-Bissau	1741***	129,7	223	16,8	1888	142,0	1.326.040
Centro-Capital	1023	275,2	129	34,7	1088	292,7	371.667
Norte	337	76,4	25	5,7	367	89,2	441.330
Leste	193	52,4	46	12,5	216	58,6	368.315
Sul	167	95,6	23	13,2	196	112,2	174.728

Fonte: INEC/Dados do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e tuberculose/2006; * por 100.000 habitantes/ano; ** em milhões de habitantes; ***Na distribuição por regiões faltaram 21 casos que não possuíam registro sobre o local de tratamento

Source: INEC/Data from the National Program of Fight Against Leprosy and Tuberculosis/2006; * per 100,000 inhabitants/year; ** in million inhabitants; ***In the distribution per region, 21 cases did not have information on place of treatment



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

Source: Data from the National Fight Against Leprosy and Tuberculosis Program /2006

Figura 1 - Total de óbitos por tuberculose, de óbitos de casos novos pulmonares e seus respectivos coeficientes. Guiné-Bissau, 2000 a 2005.

Figure 1 - Total tuberculosis mortality and mortality among new pulmonary cases, and respective coefficients, Guinea-Bissau, 2000 to 2005

data do estudo, não dispõe de dados sobre a co-infecção TB/HIV, o que em parte subestima a verdadeira magnitude da doença no país.

Em 2005, a incidência de casos novos de tuberculose de todas as formas, na África, foi estimada em 343/100.000 habitantes, a incidência da forma pulmonar bacilífera em 147/100.000 habitantes, a prevalência em 511/100.000 habitantes e a mortalidade em 74/100.000 habitantes⁴. Apesar da Guiné-Bissau apresentar taxas menores do que as estimadas para o Con-

tinente (131,3/100.000 habitantes para casos novos, 88,0/100.000 para a forma pulmonar bacilífera, 142,4/100.000 para a prevalência e 16,8/100.000 habitantes para a mortalidade), há evidências de que, ou não estão sendo descobertos e diagnosticados muitos doentes de tuberculose, ou há falhas no sistema de notificação dos casos (provável subnotificação).

Para elucidar de forma detalhada o problema da tuberculose no país em termos fisiográficos, observa-se no Quadro 1 a distribuição das infra-estruturas sanitárias

Quadro 1 – Distribuição de Infra-Estruturas Sanitárias por região. Guiné-Bissau, 2005.

Chart 1 - Distribution of sanitary infrastructure per region. Guinea-Bissau, 2005.

Região Fisiográfica Designação	Bissau (Centro-Capital)		Norte		Sul				Leste		Total (País)	
	n°	%	n°	%	Continentes		Ilhas		n°	%	n°	%
Hospitais Nacionais	2	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100,0
Hospitais Regionais	-	-	2	28,6	2	28,6	1	14,2	2	28,6	7	100,0
Hospitais Setoriais	-	-	6	23,1	8	30,7	6	23,1	6	23,1	26	100,0
Centros de Saúde	20	5,4	66	17,7	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/2005

Source: MINSAP Statistical Services/2005

(Hospitais e Unidades de Saúde) das regiões estudadas, mostrando um paradoxo, pois a Província Sul possui 49,1% do total das infra-estruturas existentes no país, enquanto a Capital (Bissau) tem apenas 3,3%, e mesmo assim, aproximadamente, 59% (1023/1741) dos casos novos de tuberculose foram diagnosticados na Capital, além da ocorrência de 57,6% (1088/1888) do total de casos. Este fato demonstra a necessidade de descentralização do atendimento.

A Tabela 5 mostra os doentes de tuberculose pulmonar notificados no período de estudo, em relação ao tipo de saída. A taxa de cura aumentou após a implantação do Programa, apesar de ainda estar longe de

atingir a meta de 85%, definida pela OMS em 2000. As taxas de abandono têm diminuído, mas ainda se encontram acima da meta de 5% fixada pela OMS. Os óbitos aumentaram no período, sobretudo nos dois últimos anos do estudo, o que pode se dever à melhoria na notificação. A falência de tratamento manteve-se estável e a transferência de casos diminuiu significativamente. A elevada taxa de casos de tuberculose sem informação (31,6%), em 2003, demonstra os problemas enfrentados pelo Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose, naquele ano, como a ruptura no fornecimento de medicamentos e insumos de laboratórios, falta de pessoal técnico e com pouca motivação para

Tabela 5 – Total de casos de tuberculose em relação ao encerramento do tratamento e ano. Guiné-Bissau, 2000 a 2005.

Table 5 - Total cases of tuberculosis in relation to end of treatment and year. Guiné-Bissau, 2000 to 2005.

Ano	Cura		Abandono		Óbitos		Falência		Transferência		Sem Informação		Casos tuberculose pulmonar	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
2000	885	45,2	585	29,8	123	6,3	8	0,4	301	15,4	57	2,9	1959	100,0
2001	936	52,6	391	22,0	98	5,5	4	0,2	292	16,4	59	3,3	1780	100,0
2002	873	54,3	289	18,0	99	6,2	6	0,4	285	17,7	55	3,4	1607	100,0
2003	874	53,1	104	6,3	84	5,1	3	0,2	62	3,7	520	31,6	1647	100,0
2004	1238	70,7	215	12,3	155	8,9	9	0,5	83	4,7	51	2,9	1751	100,0
2005	1298	68,7	228	12,1	223	11,8	7	0,4	111	5,9	21	1,1	1888	100,0
Total	6104	57,4	1812	17,0	782	7,4	37	0,3	1134	10,7	763	7,2	10632	100,0

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

Source: Data from the National Fight Against Leprosy and Tuberculosis Program /2006

trabalhar com tuberculose, além das falhas rotineiras dos sistemas de informação e notificação da doença.

Conclusão

A tuberculose continua sendo um sério problema de saúde pública em Guiné-Bissau, entre os principais agravos de saúde. Segundo o Coordenador Nacional do Programa de Controle da Tuberculose de Portugal, “a fome, a guerra, o crescimento populacional e as deslocamentos em massa de refugiados são fatores de insucesso na luta contra a tuberculose, principalmente em Angola, Guiné-Bissau e Timor, afetando drasticamente o acesso ao tratamento completo e ao diagnóstico radiológico e bacteriológico”⁵.

Entretanto, em relação às ações reali-

zadas pelo Programa, segundo os objetivos e metas definidas a cumprir, em particular após a elaboração do seu Plano Estratégico Nacional, em 2003, observa-se que os indicadores precisam ser melhorados, apesar do progresso registrado desde então até hoje, sobretudo no que diz respeito à busca ativa dos casos, à descentralização do atendimento aos doentes, à implantação da estratégia DOTS em todo o país e à necessidade de um sistema de informação e notificação eficientes, para permitir a elevação da taxa de cura e diminuição das taxas de abandono.

Também vale ressaltar a necessidade de uma vigilância epidemiológica conjunta em relação à co-infecção TB/HIV, além da melhoria de condições técnicas e operacionais e uma maior atenção à capacitação e motivação de recursos humanos.

Referências

1. Picon PD, Rizzon CFC, Ott WP. *Tuberculose: epidemiologia, diagnóstico e tratamento em clínica e saúde pública*. Rio de Janeiro: Médica Científica; 1993.
2. Tarantino AB. *Doenças pulmonares*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1997.
3. Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Rev Soc Bras Med Trop* 2002; 35: 51-8.
4. World Health Organization. *Tuberculosis: infection and transmission* [online]. Geneva: 2006 [online]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/print.html> [Acessado em 1 de dezembro de 2006].
5. Antunes FA. *Tuberculose nos países de Língua Portuguesa (PLP)*. In: 3rd HIV-AIDS Virtual Congress; 2002 [online]. Disponível em <http://www.aidscongress.net/pdf/123.pdf>. [Acessado em 18 de maio de 2006].
6. Folha de São Paulo. Islândia lidera e EUA caem quatro posições no ranking. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 28 nov. 2007. Cad Brasil 2, p. A21.
7. Manjuba C. *Vigilância epidemiológica da tuberculose na República da Guiné-Bissau* São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2007.
8. Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau (MINSAP). *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário: 1998-2002*. Bissau; 1998.
9. Instituto Nacional de Estatística e Censo. *Perfil demográfico socioeconômico e sanitário da Guiné-Bissau*. Bissau; 2005.
10. AidsPortugal. *Guiné-Bissau: tentando fazer um milagre*. [online]. Disponível em <http://www.aidsportugal.com/print.php?sid=6378> [Acessado em 22 de novembro de 2007].
11. 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.
12. Muñoz HO. Programas integrados de salud [editorial]. *Rev Méd Mex Seguro Soc* 2006; 44(Supl 1): S1-2.

Recebido em: 03/09/07

Versão final reapresentada em: 13/12/07

Aprovado em: 19/12/07