



República de Moçambique
Ministério da Saúde
Direcção Nacional de Saúde Pública
Programa Nacional de Controlo da Tuberculose

Relatório das Actividades Desenvolvidas durante o ano 2017

Março 2018

Ficha Técnica

AUTORES:

Dra. Marlene Manjate Cuco – Directora Nacional de Saúde Pública

Dra. Maria Benigna Matsinhe – Directora Nacional Adjunta de Saúde Pública

Programa Nacional de Controlo da Tuberculose

Dr. Ivan Manhiça – Director do PNCT

Dra. Benedita – Ponto Focal da Gestão Clínica do Paciente de TB

Dra. Cláudia Mutaquiha – Ponto Focal de TB Resistente

Dra. Ângela Mondlane – Ponto Focal de TB em Grupos de Risco

Dra. Kátia Alberto - Ponto Focal de TB Infantil

Dra. Elizabeth Coelho – Ponto Focal para os Laboratórios de TB

Sra. Albertina Munguambe - Ponto Focal para Logística de Medicamentos

Sra. Adelia Muela – Oficial de Monitoria e Avaliação

Dr. Jorge Jone – Assessor para a área de Monitoria e Avaliação

Dr. Bachir Macuácuca – Assessor Clínico de TB

Dr. Pereira Zindoga – Assessor Clínico de TB

Dra. Sureia Hassamo – Assessora para a área de Medicamentos e PSM

Dr. Jamie Cowan – Assessor para a área de TB-MR

SUMÁRIO EXECUTIVO

Sumário das principais realizações e indicadores:

DOTS: a taxa de notificação de Tuberculose (TB) todas as formas aumentou de 237/100,000 em 2015 para **319/100,000** hab em 2017. Em termos de número de casos, foi notificado em 2017 um total de **86.515** casos de TB todas as formas, correspondendo à um índice de cumprimento da meta para 2017 de pouco mais de 100%.

TBI: A proporção de crianças (<15 anos) diagnosticadas com TB no total de casos notificados, passou de 11% em 2015 para **13%** em 2017. Tal proporção está dentro do intervalo de valores esperados (10-15%) para um país como o nosso segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Resultados de tratamento de TB sensível:

- A taxa de sucesso de Tratamento foi de **90%** em 2017.
- A taxa de óbito foi de **5%**.
- A taxa de perda de seguimento foi de **3%**.

TB/HIV:

- A taxa de testagem para HIV em pacientes com TB foi de **97%**.
- A taxa de co-infecção foi de **40%**.
- A cobertura de TARV em pacientes co-infectados TB/HIV foi de **95%**.
- A taxa de Tratamento Profilático com Cotrimoxazol foi de **97%**.

TB Resistente à drogas: a notificação de casos de TB-MDR aumentou de 644 em 2015 para **943** em 2017.

Resultado de tratamento de TB resistente:

- A taxa de sucesso de tratamento foi de **47%**.
- A taxa de óbito foi de **26%**.
- A taxa de perda de seguimento foi de **11%**.

Índice

Ficha Técnica	2
SUMÁRIO EXECUTIVO.....	3
Lista de Tabelas	4
Lista de Gráficos	5
ACRÓNIMOS.....	6
INTRODUÇÃO	7
FORTALECIMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE.....	8
DOTS NAS UNIDADES SANITÁRIAS E DOTS NA COMUNIDADE.....	12
DOTS INSTITUCIONAL	12
RASTREIO DA TUBERCULOSE	12
NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE	14
Notificação por província.....	15
QUALIDADE DE DESPISTE.....	17
Distribuição de casos de TB por Sexo e Faixa Etária	18
TUBERCULOSE INFANTIL	19
Quimioprofilaxia com Isoniazida.....	21
Índice de cumprimento de metas de TBI e Profilaxia com Isoniazida	21
DOTS COMUNITÁRIO	22
TUBERCULOSE EM GRUPOS DE ALTO RISCO	24
RESULTADOS DO TRATAMENTO NA TB SENSÍVEL	25
ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/HIV.....	26
Taxa de Cobertura de TARV por província.....	27
Índice de cumprimento, actividades TB/HIV da responsabilidade da TB	28
Índice de cumprimento, actividades TB/HIV da responsabilidade do ITS-HIV/SIDA	28
TUBERCULOSE RESISTENTE	29
Notificação de casos de TB-Resistente	29
Distribuição dos casos de TB Resistente por Faixa Etária	32
Actividades colaborativas TB-MR/HIV	32
Resultado intermediário de tratamento TB-MR/RR	33
Resultado Final de tratamento TB-MR/RR.....	34
Índice de cumprimento das metas TB-Resistente, 2017	34
Índice de cumprimento das metas TB-XR, 2017	35
Outras realizações:.....	36
GESTÃO DE MEDICAMENTOS.....	36
MONITORIA E AVALIAÇÃO.....	37
Nível nacional.....	37
Nível Provincial.....	38

FORMAÇÕES.....	39
DESAFIOS	40
PERSPECTIVAS	41

Lista de Tabelas

Tabela 1. Dados Sócio-Demográficos, 2017.....	8
Tabela 2. Rede Sanitária e Infraestruturas por província, 2017	9
Tabela 3. Recursos Humanos de saúde por província, 2017	10
Tabela 4. Recursos humanos comunitários para a saúde, 2017	11
Tabela 5. Rastreio de TB por província, 2017	14
Tabela 6. Quimioprofilaxia com isoniazida, 2015-2017.....	21
Tabela 7. Índice de cumprimento de metas de TBI e cobertura de quimioprofilaxia com isoniazida ..	21
Tabela 8. Distribuição de casos de TB todas as formas em grupos de alto risco, 2017	25
Tabela 9. Índice de cumprimento das actividades TB/HIV do sector da TB, 2017	28
Tabela 10. Amostras enviadas para genxpert e número de pacientes Rif detectados	31
Tabela 11. Casos de TB-MR/RR diagnosticados no LNRT versus casos notificados	31
Tabela 12. Índice de cumprimento de metas TB-MR/RR, 2017	35
Tabela 13. Índice de cumprimento de metas TB XR, 2017	35
Tabela 14. Grau de cumprimento do PES 2017, nível Central.....	38
Tabela 15. Índice de cumprimento do PES 2017, províncias.....	38
Tabela 16. Número de participantes das formações realizadas a nível das províncias	39
Tabela 17. Número de participantes em treinos internacionais	39

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Evolução do número de pacientes submetidos a exame bacteriológico (lâminas e genXpert) por província, 2016-2017.....	13
Gráfico 2. Evolução de casos notificados PNCT/OMS.....	14
Gráfico 3. Tendência da taxa de notificação de TB no país, 2015-2013.....	15
Gráfico 4. Tendência de casos notificados de TB no país, 2015-2013.....	15
Gráfico 5. Tendência de notificação de casos de TB todas formas por província,2015-2017.....	16
Gráfico 6. Tendência de taxa de notificação de casos de TB todas formas por província,2015-2017..	16
Gráfico 7. Qualidade do despiste: evolução da notificação de casos para as diferentes categorias de TB	17
Gráfico 8. Qualidade do despiste: evolução da notificação de casos para as diferentes categorias de TB	17
Gráfico 9. Relação entre casos bacteriologicamente confirmados e clinicamente diagnosticados por província, 2017.....	18
Gráfico 10. Distribuição de casos de TB todas formas por sexo, 2017.....	18
Gráfico 11. Distribuição de casos de TB todas formas por sexo e faixa etária, 2017	18
Gráfico 12. Evolução de casos de TB infantil no país, 2015-2017	19
Gráfico 13. Proporção de TB infantil por província, 2017	20
Gráfico 14. Evolução da notificação de TB infantil por província, 2015-2017	20
Gráfico 15. Evolução da contribuição proporcional de referências da comunidade no total de casos notificados, 2015-2017	22
Gráfico 16. Evolução de casos de TB referidos a partir da comunidade, 2015-2017.....	23
Gráfico 17. Proporção de casos de TB referidos a partir da comunidade do total de casos em 2017 .	23
Gráfico 18. Proporção de casos de TB referidos da comunidade por cada categoria de agente comunitário em 2017.....	24
Gráfico 19. Evolução de casos de TB em grupos de alto risco, 2015-2017	24
Gráfico 20. Resultado de tratamento de doentes de TB sensível, coorte de 2016.....	25
Gráfico 21. Tendência nacional do desempenho dos principais indicadores TBHIV, 2015-2017	27
Gráfico 22. Tendência nacional do desempenho dos principais indicadores TBHIV, 2015-2017	27
Gráfico 23. Taxa de TARV por província, 2017	27
Gráfico 24. Percentagem de PLHIV rastreados para TB e percentagem de novos inscritos que iniciaram TPI.....	29
Gráfico 25. Tendência de casos de TB resistente diagnosticados no país, 2015-2017	30
Gráfico 26. Tendência de casos de TB resistente diagnosticados no país por província, 2015-2017 ...	30
Gráfico 27. Distribuição dos casos de TB-MR por faixa etária, nacional, 2017	32
Gráfico 28. Actividades colaborativas TB-MR/HIV nacional, 2017.....	33
Gráfico 29. Resultado intermediário (6 meses) de tratamento de TB-MR, coorte 2016	33
Gráfico 30. Resultado de tratamento de pacientes TB-MDR, coorte de 2015.....	34
Gráfico 31. Quantidade anual de medicamentos solicitados pelas províncias e quantidades enviadas, 2017	37

ACRÓNIMOS

APE	Agente Polivalente Elementar
BK	Baciloscopia
CTZ	Cotrimoxazol
DOT. C	Directa Observação do Tratamento na Comunidade
DOTS	Estratégia recomendada pela OMS para o diagnóstico e tratamento dos doentes com TB
I.C.	Índice de cumprimento
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LNRT	Laboratório Nacional de Referência da Tuberculose
M&A	Monitoria e Avaliação
MTB	<i>Micobacterium tuberculosis</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
PMT	Praticante de Medicina Tradicional
PNCT	Programa Nacional de Controlo da Tuberculose
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência adquirida
TARV	Tratamento anti-retroviral
ATS	Aconselhamento e testagem
TB	Tuberculose
TBE	Tuberculose Extrapulmonar
TBI	Tuberculose Infantil
TB-MR	Tuberculose Multi-resistente
TB-RR	Tuberculose Resistente a Rifampicina
TB-XR	Tuberculose Extremamente Resistente
TPC	Tratamento Preventivo com Cotrimoxazol
TPI	Tratamento Preventivo com Isoniazida
TSA	Teste de Sensibilidade Antibiótica
US	Unidade Sanitária

INTRODUÇÃO

Segundo a OMS, a Tuberculose continua sendo um problema sério de saúde pública no mundo. Estima-se que em 2016, cerca de 10.4 milhões de pessoas adoeceram com Tuberculose no mundo e 1.674 000 pessoas morreram da doença, dos quais 374 mil casos são em pacientes TB/HIV. A Tuberculose constitui assim, a nona causa de morte no mundo, acima do HIV. Com relação a Tuberculose resistente, ela continua sendo uma grande ameaça. Em 2016 houve 600.000 novos casos de TB resistentes à Rifampicina (TB-RR), dos quais 490 000 casos foram multidroga resistente (TB-MDR) no mundo.

Globalmente a taxa de mortalidade por TB e a incidência vêm reduzindo anualmente em cerca de 3% e 2% respectivamente. A taxa global de sucesso de tratamento foi de 83% e a cobertura de TARV em pacientes TB/HIV foi de 85% no mundo.

Eliminar a TB é a nova estratégia da OMS para o período 2016-2035, visando acelerar a redução da mortalidade por TB e a incidência da doença rumo à sua eliminação. Tal estratégia, se encontra alinhada com os Objectivos do desenvolvimento Sustentável (ODS) adoptado pelas Nações Unidas. Metas específicas da estratégia “Eliminar a TB” incluem reduzir a mortalidade por TB em 90% e a incidência (novos casos de TB anualmente) em 80% até o ano 2030, comparando com 2015.

Tais metas impõem um ao sector de combate a TB, um grande desafio imediato: que a redução da incidência anual deve passar dos actuais 2% para 4-5% anualmente para alcançarmos as primeiras metas de 2020.

Em Moçambique, o Programa Nacional de Controlo da Tuberculose é a entidade responsável por controlar e eliminar a Tuberculose no país, através da implementação de várias actividades concebidas no Plano Estratégico do Sector da TB e que estão alinhadas com as estratégias globais de eliminação da doença.

A tuberculose continua sendo um problema de saúde pública no país. Segundo a OMS, o país faz parte de 14 países que se encontram simultaneamente em 3 grupos de países com alta carga de TB, TB/HIV e TB-MDR e ainda, dos pouquíssimos países do mundo com uma incidência acima de 500 por 100 000 habitantes. Em 2017 registou-se grandes progressos em termos de desempenho dos principais indicadores do Programa. Houve um aumento substancial no

diagnóstico e notificação de casos, representando um aumento na taxa de notificação, de 15% em relação ao ano anterior.

Mas, apesar dos avanços notáveis, ainda persistem vários desafios por se ultrapassar. Dentre os maiores desafios, estão (I) a redução do fosso entre a detecção de casos e o número de casos estimados pela OMS para o país, (II) a baixa detecção de casos de TB resistente (TB-MDR/XDR) e (III) a baixa taxa de sucesso de tratamento de TB-MDR.

FORTALECIMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Um dos maiores desafios para o controlo da TB em Moçambique, está relacionado com a fragilidade da cobertura dos cuidados de saúde. Antes de fazer qualquer análise do desempenho do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose, é importante ter uma perspectiva da variação da cobertura dos cuidados de saúde. A disponibilidade de recursos para saúde afecta sobremaneira o desempenho da prestação de cuidados de saúde para TB, ainda que outros actores tenham também influência.

Dados Sócio-Demográficos e Rede Sanitária

Em termos de número da população, a província de Nampula é a província mais populosa com 19,4% da população do país, seguido de Zambézia (18,6%) e Tete (10%).

Tabela 1. Dados Sócio-Demográficos, 2017

Província	Dados Sócio-Demográficos		
	População (%)	Superfície (Km ²)	Densidade Pop (Hab/Km ²)
Niassa	6,6%	129.059	14
Cabo Delgado	7,2%	82.625	24
Nampula	19,4%	81.606	64
Zambézia	18,6%	105.008	48
Tete	10,0%	100.724	27
Manica	7,6%	61.661	34
Sofala	7,9%	68.018	32
Inhambane	5,7%	68.615	23
Gaza	5,4%	75.709	19
Prov.Maputo	6,9%	26.058	71
Cid.Maputo	4,7%	300	4244
Nacional	100%	799 380	34

Fonte: DINAM/MISAU

No entanto, em termos de densidade populacional (Hab/Km²), a Cidade de Maputo é de longe a que tem maior densidade com 4244 habitantes por Km², seguido da província de Maputo (71) e Nampula (64) por Km². A província de Niassa tem a menor densidade populacional, sendo igualmente a província com maior extensão em termos de superfície.

Quanto à rede sanitária, as províncias de Niassa e Gaza são as que tem maior número de U.Ss por cada 100 000 habitantes, seguido da província de Inhambane. O mais desfavorecido é a cidade de Maputo mas tal facto é contrabalançado com a menor dispersão da população, contrariando a realidade do Niassa onde a população é relativamente pequena para a vasta extensão territorial, eventualmente com uma população bastante dispersa (maior raio teórico de acção, ou seja, a população percorre em média maiores distâncias para encontrar uma U.S).

A cidade de Maputo, embora tenha um menor rácio US por habitante, o raio teórico de acção é o menor do país, o que significa que a população não tem que percorrer grandes distâncias para encontrar uma U.S, seguido da província de Maputo.

Quanto aos aparelhos de Genexpert por cada 100 000 habitantes, a região sul do país é a mais favorecida, com as suas províncias apresentando maior rácio. Os mais desfavorecidos são as províncias de Nampula, Zambézia e Tete.

Tabela 2. Rede Sanitária e Infraestruturas por província, 2017

	Rede/ Infraestrutura Sanitária					
	US/100 000Hab	Raio Teórico de Acção (Km)	Nível 1rio USs Rurais (%)	*P.U/100 000Hab	Lab BK/100 000Hab*	Gexpert/100 000Hab
Niassa	10	15,4	92%	1,7	1	0.2
Cabo Delgado	6	14,6	91%	4,3	1	0.2
Nampula	4	10,7	87%	1,2	1	0.1
Zambézia	5	11,5	89%	4,6	1	0.1
Tete	5	15,7	94%	1,9	2	0.1
Manica	6	12,9	94%	4,6	1	0.2
Sofala	7	11,7	91%	9,1	1	0.5
Inhambane	9	12,7	86%	2,6	2	0.3
Gaza	10	12,9	94%	2,2	2	0.6
Prov.Maputo	6	8,5	88%	4.0	1	0.5
Cid.Maputo	3	1,6	26%	2.0	2	1.0
Nacional	6	12,6	89%	3.4	1	0.3

*Exclui U.Ss com microscópio mas sem Laboratório

*P.U: Paragem única (Actividades colaborativas TB/HIV)

Em relação a paragem Única, as províncias de Sofala, Zambézia e Cabo Delgado são as mais favorecidas, apresentando o rácio maior de paragem Única por cada 100000 pessoas. No entanto, a província de Cabo Delgado tem a taxa de início de TARV mais baixa do país.

A província de Nampula é a mais desfavorecida, seguindo-se as províncias de Niassa e Tete.

Recursos Humanos para a saúde

Quanto a recursos humanos para a saúde, as províncias de Sofala, Inhambane e Maputo Cidade lideram a lista de províncias com maior número de Técnicos de Saúde por cada 100 000 habitantes. O mais desfavorecido neste quesito é a província da Zambézia, seguido das províncias de Tete e Nampula conforme a tabela abaixo.

Quanto ao pessoal médico, a cidade de Maputo tem mais médicos por habitantes, seguido de Sofala e Maputo província. Já a província de Tete é a mais desfavorecida em termos de pessoal médico. Quanto ao pessoal de enfermagem, a tendência é similar a dos técnicos de saúde.

Portanto, a distribuição dos recursos humanos pelo país é ainda não equitativa, havendo grandes diferenças e nalguns casos ela se relaciona com as próprias características demográficas da região ou da província. Por exemplo a província do Niassa, se apresenta como um território vasto e com menos população por Km², portanto, a população se encontra mais dispersa. Tal facto obriga a que se tenha mais infraestruturas de saúde ou até mesmo um grande número de pessoal de saúde, por formas a, compensar as longas distâncias que as populações teriam de percorrer devido a sua dispersão por um território tão vasto.

Tabela 3. Recursos Humanos de saúde por província, 2017

Província	Recursos Humanos da saúde				
	Tec.Saúde/100 000 Hab	Médicos/100 000 Hab	Enfermeiros/10 0 000 Hab	Tec. Lab/100 000 Hab	Microscopista/ 100000 Hab
Niassa	108	6	28	5	0,11
Cabo Delgado	120	5	29	6	0,05
Nampula	87	5	23	4	0,27
Zambézia	76	4	23	4	0,04
Tete	78	3	19	5	0,11
Manica	106	5	29	5	0,14
Sofala	145	11	44	8	0,14
Inhambane	153	7	36	8	0,26
Gaza	126	7	35	7	0,68
Maputo Prov.	94	8	21	4	0,16
Maputo Cid.	256	48	79	17	0,00
Nacional	108	8	29	6	0,17

Fonte: DRH, MISAU

Recursos Humanos comunitários

Para além dos recursos humanos institucionais, o PNCT conta igualmente com o suporte de uma vasta rede de agentes comunitários de saúde, tais como os activistas voluntários, os Agentes Polivalentes de Saúde (APEs) e os Practicantes de Medicina Tradicional (PMT). Esta variedade de agentes comunitários, apoia o PNCT no combate à TB, fazendo rastreios e referências de casos presuntivos de TB à partir da comunidade, bem como, o seguimento de pacientes de TB em tratamento.

Em termos de activistas voluntários, as províncias de Cabo Delgado, Inhambane e Gaza, lideram a lista como as províncias com maior número de activistas por habitantes e a Cidade de Maputo é a que tem menor número de activistas. A Província de Cabo Delgado pode aumentar ainda mais a contribuição comunitária para o diagnóstico da TB, sendo a que maior número de activistas voluntários no activo possui neste momento.

Com relação aos APEs, a província da Zambézia lidera a lista, seguido das províncias de Inhambane e Cabo Delgado. Portanto as províncias de Cabo Delgado e Inhambane, são as únicas que aparecem favorecidas nas 3 categorias de agentes comunitários, esperando-se uma maior contribuição destes agentes para o aumento da detecção de casos de TB nestas províncias.

Em contrapartida, a Cidade de Maputo é a província mais desfavorecida nas 3 categorias, compensado com o facto de que a população não tem que percorrer longas distâncias para encontrar a US mais próxima (com o menor raio teórico de acção comparativamente a outras províncias).

Tabela 4. Recursos humanos comunitários para a saúde, 2017

Província	Recursos Humanos: Agentes Comunitários de Saúde activos		
	Activista voluntário/100000Hab	APE/100000Hab	TMT/100000Hab
Niassa	5	9	32
Cabo Delgado	15	14	73
Nampula	12	9	24
Zambézia	13	26	14
Tete	10	5	1
Manica	11	7	4
Sofala	14	5	5
Inhambane	17	16	49
Gaza	16	8	10
Maputo Prov.	8	4	6
Maputo Cid.	4	0	1
Nacional	12	11	19

Fonte: Base de dados PNCT

DOTS NAS UNIDADES SANITÁRIAS E DOTS NA COMUNIDADE

DOTS INSTITUCIONAL

O DOTS-Institucional é um pacote de actividade da estratégia DOT que visa oferecer serviços de busca de casos de tuberculose e tratar correctamente de acordo com as normas nacionais. Faz parte destas actividades, o rastreio da tuberculose em todas as portas de entrada da US e áreas de espera e oferta dos serviços de cuidados e tratamento dos pacientes diagnosticados e seus contactos.

RASTREIO DA TUBERCULOSE

Todas as unidades sanitárias (U.S.) do país têm a capacidade para fazerem o DOTS (rastreio e tratamento da Tuberculose). Tal capacidade implica 100% de cobertura a nível nacional. No entanto, muitas unidades sanitárias do país, sobretudo as localizadas fora das sedes distritais, ainda apresentam fraquezas no rastreio e diagnóstico da TB. Tais fraquezas estão relacionadas com a falta de Laboratórios nestas unidades sanitárias e também com exiguidade de recursos humanos. Uma outra fraqueza assinalável é a grande mobilidade de pessoal, fazendo com que muito do pessoal treinado em matéria de TB incluindo fixação de lâminas, pouco tempo depois, já não se encontre no seu local de trabalho onde previamente se encontravam afectos, devido a transferências, continuação de estudos ou desvinculamento do sistema.

A adopção do Xpert MTB Rif em 2016, como o teste de eleição para o diagnóstico da TB nas Unidades Sanitárias com máquina de GeneXpert no país, ou seja, como o primeiro teste a ser realizado ao paciente presuntivo de TB contribuiu substancialmente para o aumento de casos bacteriologicamente confirmados. No entanto, a baciloscopia continua sendo o exame de diagnóstico na maioria das USs do país devido ainda a fraca cobertura de máquinas de GeneXpert no país e, é teste padrão ouro para o controlo do tratamento de todos os pacientes.

Portanto, o número de testes de baciloscopias e testes moleculares através o GeneXpert realizadas, dão uma estimativa do índice de suspeita e rastreio de TB no país. Apesar dos esforços feitos na introdução de novas ferramentas de diagnóstico, nem todas as províncias tem registado progressos na proporção de casos de TB diagnosticados laboratorialmente, contudo, de forma geral houve um aumento do número de casos suspeitos de TB submetidos a testes laboratoriais no país e contribuíram de forma significativa as províncias de Nampula, Sofala e Inhambane. No entanto a Cidade de Maputo foi a que registou um declínio no rastreio de casos.

A província de Nampula (com um aumento de 41%) é um bom exemplo de que muitas províncias podem aumentar muito o nível de suspeita, com implicações directas no aumento da detecção de casos. O número de pacientes submetidos ao exame bacteriológico no país evoluiu em 21% de 2016 para 2017, passando de 233 386 para 282 582 pacientes.

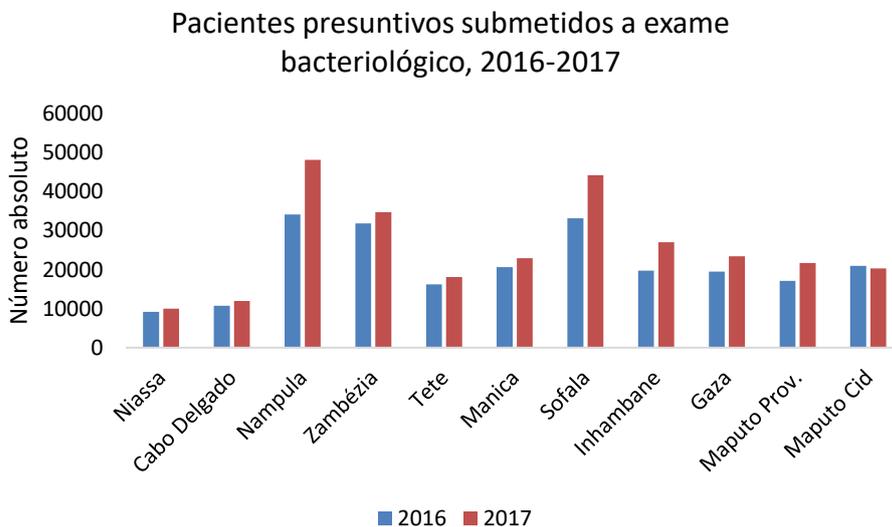


Gráfico 1. Evolução do número de pacientes submetidos a exame bacteriológico (lâminas e genXpert) por província, 2016-2017

Comparando o número de consultas externas, vemos que a nossa percentagem de despiste é ainda muito baixa. Muitos pacientes passam por nossas USs e apenas uma pequena fracção deles são efectivamente rastreados para TB através de exames bacteriológicos. Obviamente que o teste tuberculínico e o rastreio clínico (não laboratorial) tem ocorrido mas o número de exames bacteriológico nos presuntivos na tabela abaixo mostra que tal rastreio (essencialmente o rastreio clínico) ainda não é tão eficaz. Se assim não fosse, teríamos um número maior de pacientes elegíveis para serem submetidos a um exame bacteriológico para o despiste da TB. A taxa de despiste da TB no país situou-se em 0,7% com relação ao número de consultas realizadas em todo país.

A taxa de positividade entre os pacientes que foram submetidos ao exame bacteriológico variou entre 7 a 14%, sendo que a taxa nacional foi de 11%. Registou-se maior positividade na província da zambézia e a menor na província de Inhambane.

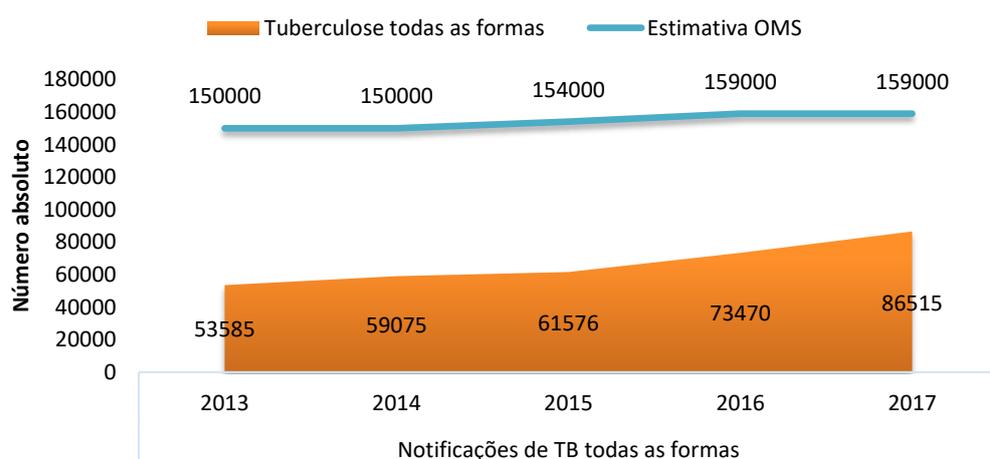
Tabela 5. Rastreio de TB por província, 2017

Província	Cons. Externa	Presuntivos testados*	% despiste	Bacteriologia positiva	Positividade
Niassa	2363259	10033	0,4%	711	7,1%
Cabo Delgado	3282136	11956	0,4%	1660	13,9%
Nampula	6141861	48128	0,8%	6357	13,2%
Zambézia	5078541	34708	0,7%	4990	14,4%
Tete	3176429	18112	0,6%	1758	9,7%
Manica	3580383	22969	0,6%	3412	14,9%
Sofala	4136665	44237	1,1%	4947	11,2%
Inhambane	2887457	27015	0,9%	1188	4,4%
Gaza	3659735	23393	0,6%	1907	8,2%
Prov. Maputo	2061980	21744	1,1%	2303	10,6%
Cid. Maputo	1908351	20287	1,1%	2820	13,9%
Nacional	38276797	282582	0,7%	32053	11,3%

*inclue baciloscopias e genexpert **Fonte:**PNCT/SISMA

NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE

A notificação de casos de Tuberculose no país tem vindo a aumentar de forma estável e significativa nos últimos anos. Este aumento surge como resultado de vários esforços coordenados no sentido de aumentar a detecção de casos através de maior intervenção comunitária e uso de testes moleculares (mais sensíveis) como é o caso do genXpert para o diagnóstico da TB.

**Gráfico 2.** Evolução de casos notificados PNCT/OMS

Embora tais números representem uma evolução significativa, ainda continuamos longe de alcançar os números estimados pela OMS, que se refere a uma incidência estimada de 159 mil casos em 2016, correspondendo a uma taxa de incidência de TB acima dos 500 casos por cada 100 000 habitantes. no país para o rastreio e diagnóstico dos casos.

Muitas razões podem estar a concorrer para esta grande lacuna e uma delas é claramente o fraco rastreio clínico por parte dos provedores de saúde aliado a fraca rede laboratorial. De 2015 a 2017, o número de casos diagnosticados e notificados cresceu em 40.5%. A taxa de notificação nacional acompanha a mesma tendência de crescimento, tendo durante o período supracitado crescido em 35%. Em 2017 Moçambique notificou 86515 casos de tuberculose, correspondendo a uma taxa de notificação de 319 casos em cada 100 000 habitantes.

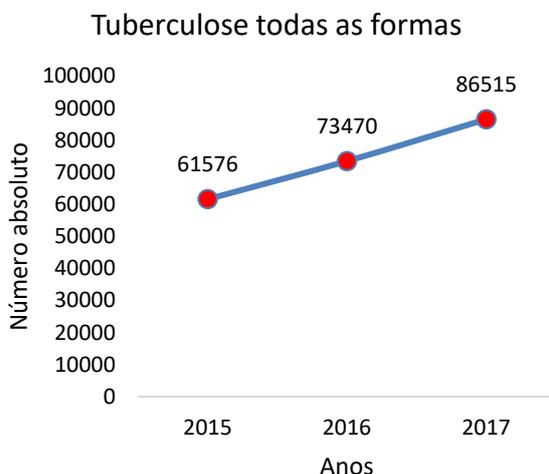


Gráfico 4. Tendência de casos notificados de TB no país, 2015-2013

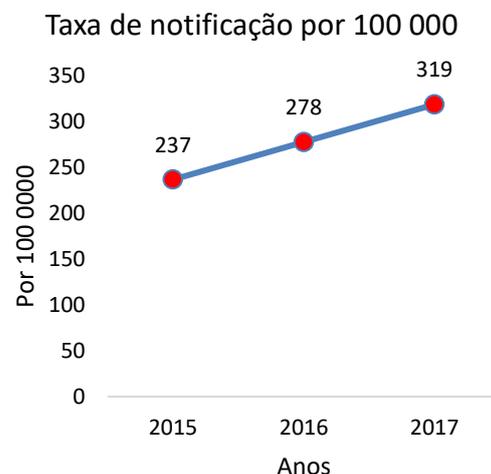


Gráfico 3. Tendência da taxa de notificação de TB no país, 2015-2013

Notificação por província

No geral todas as províncias aumentaram o número de casos diagnosticados e notificados com a exceção de Província e Cidade de Maputo que tiveram um crescimento negativo com relação ao realizado no ano anterior. .

No entanto, a província de Nampula destaca-se como a que mais evoluiu na notificação de casos, tendo crescido em 40% do ano 2016 para 2017, seguido da Província da Zambézia e Inhambane, ambos com evolução de 30%.

A província da Zambézia foi a que registou maior número de pacientes com TB em 2017, seguidos da província de Nampula e Sofala com 16.123, 12.117 e 10.742 casos respectivamente.

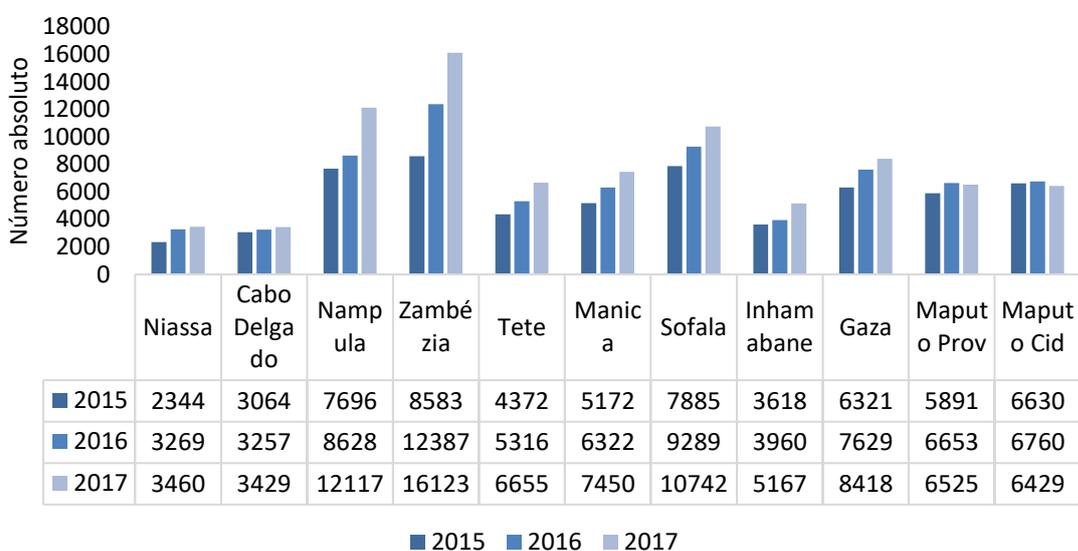


Gráfico 5. Tendência de notificação de casos de TB todas formas por província, 2015-2017

Em termos de taxa de notificação, a província de Gaza é a que possui maior taxa, seguido da cidade de Maputo e província de Sofala com 573,505 e 499 respectivamente por cada 100 000 habitantes. Portanto estas são as províncias mais afectadas pela doença, considerando o número de casos por população.

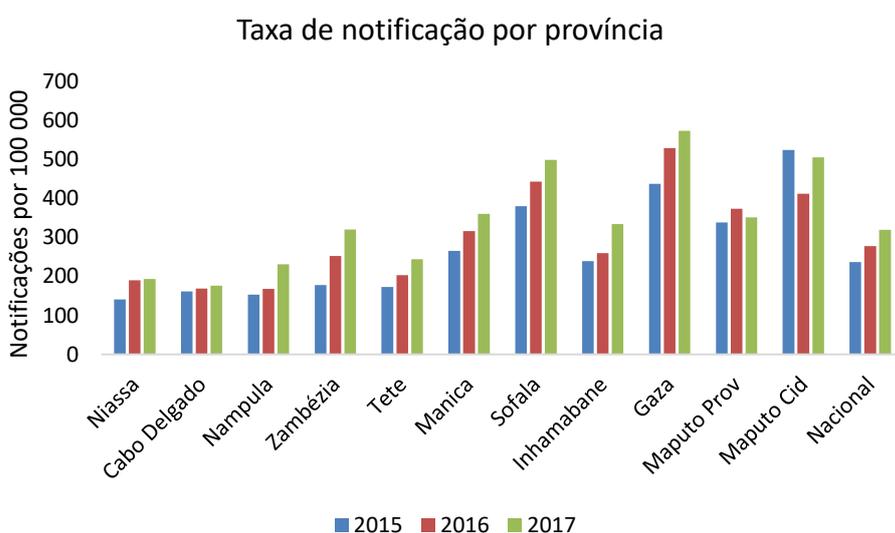


Gráfico 6. Tendência de taxa de notificação de casos de TB todas formas por província, 2015-2017

QUALIDADE DE DESPISTE

Em termos de qualidade do despiste de TB, a tendência dos últimos anos é a de reduzir a proporção de casos de TB bacteriologicamente confirmados, ou seja, vamos tendo cada vez mais casos clinicamente diagnosticados em detrimento de casos confirmados por Laboratório. Em 2017 a proporção de casos de TB confirmados por Laboratório foi de 37% apenas, contra 41% do ano anterior. Estas proporções revelam que a nossa qualidade de despiste ainda é fraca e que a rede laboratorial precisa de ser reforçada no país.

Em termos absolutos, só a notificação de TB extra-pulmonar (TBE) teve uma evolução negativa quando comparamos 6263 casos de 2017 contra 6962 casos de 2016.

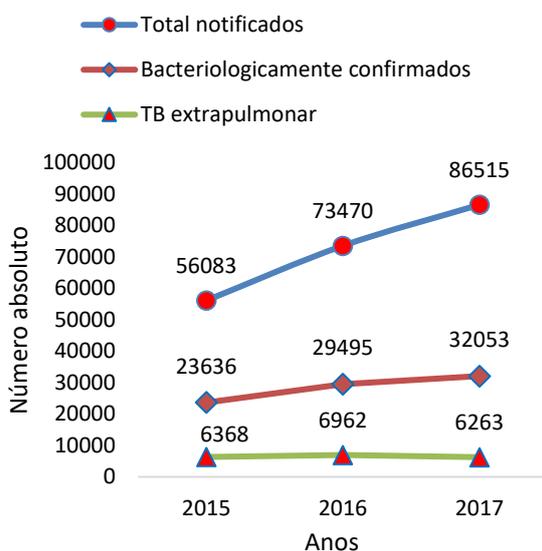


Gráfico 8. Qualidade do despiste: evolução da notificação de casos para as diferentes categorias de TB

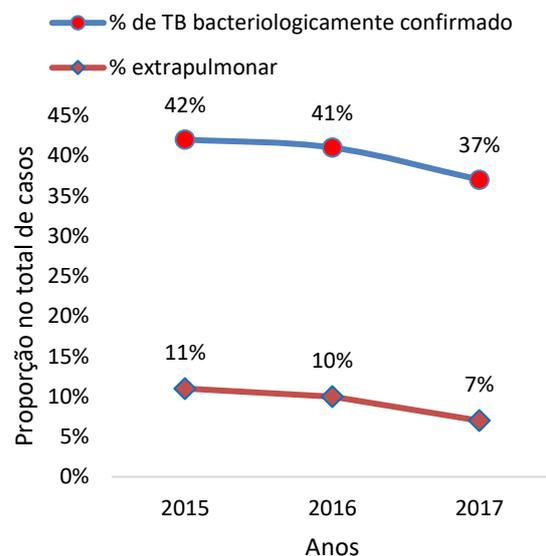


Gráfico 7. Qualidade do despiste: evolução da notificação de casos para as diferentes categorias de TB

Na avaliação por província, a Província de Nampula tem a melhor qualidade de despiste. Apesar de ser a província que mais cresceu em termos de notificação de casos, 52% do total de casos foram bacteriologicamente confirmados. A província com a menor proporção de casos bacteriologicamente confirmados foi a província de Niassa com 21%, seguido das províncias de Inhambane e Gaza com 23% cada.

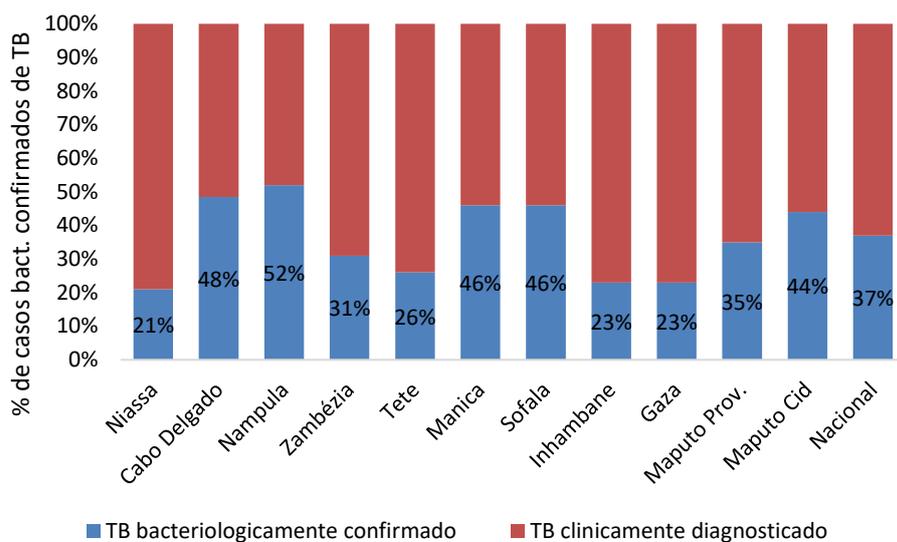


Gráfico 9. Relação entre casos bacteriologicamente confirmados e clinicamente diagnosticados por província, 2017

Distribuição de casos de TB por Sexo e Faixa Etária

A maior parte dos casos de TB em 2017 foi em indivíduos do sexo masculino (53%). Na distribuição por faixa etária não há diferença entre os sexos. A maior parte dos casos se regista em indivíduos de idade igual ou superior a 15 anos, 87% para ambos os sexos.

Distribuição de TB todas formas por sexo

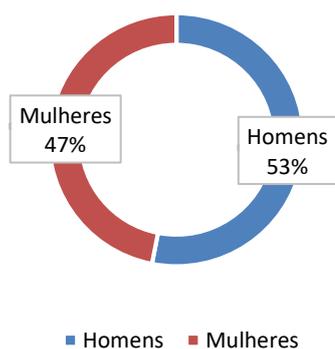


Gráfico 10. Distribuição de casos de TB todas formas por sexo, 2017

Distribuição da faixa etária por sexo

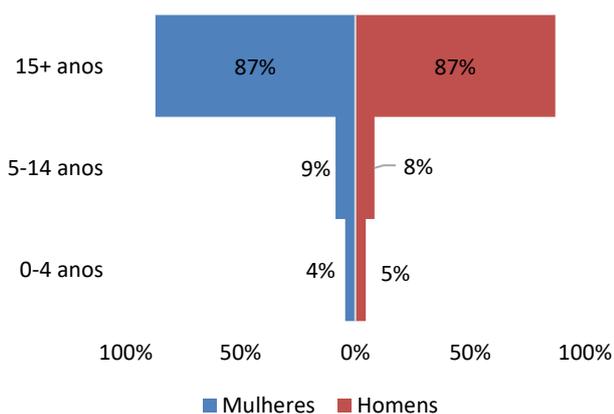


Gráfico 11. Distribuição de casos de TB todas formas por sexo e faixa etária, 2017

TUBERCULOSE INFANTIL

Em 2017 foram notificados 11198 crianças (≤ 14 anos) com TB no país. Este número representa uma evolução de 21% comparativamente ao ano anterior. A proporção de crianças no total de casos notificados foi de 13%, à semelhança do ano anterior.

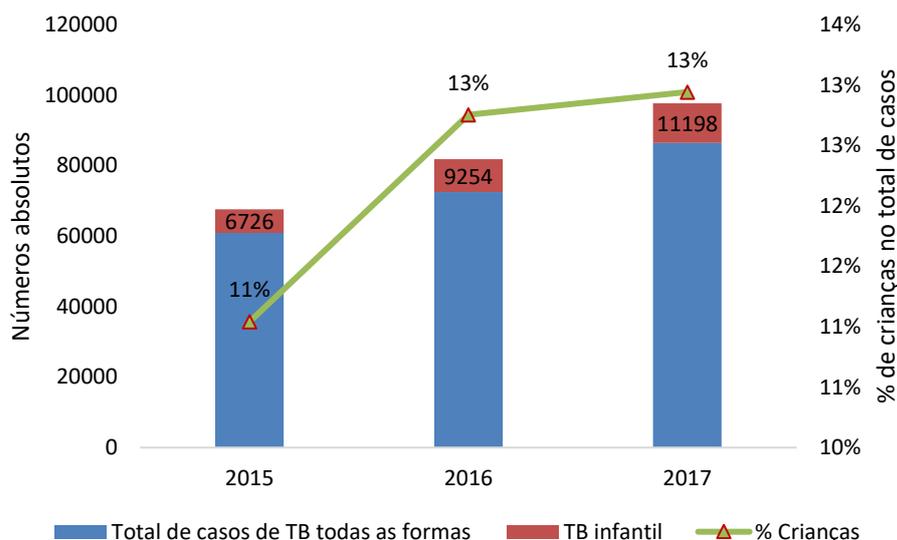


Gráfico 12. Evolução de casos de TB infantil no país, 2015-2017

A província de Niassa teve uma proporção de crianças diagnosticadas com TB de 23%, muito acima do valor máximo esperado (15%) de acordo com as estimativas da OMS. Esta informação é preocupante, pois, a província de Niassa foi a que menos casos reportou, e destes poucos, maioritariamente foram clinicamente diagnosticados, esperando-se que o risco de transmissão da doença fosse baixo. Contudo, supõem-se que houve um envolvimento dos clínicos no controlo da TB. A cidade de Maputo teve a proporção mais baixa, 7%, o que é mais preocupante ainda, pois, esta é uma das cidades com grande densidade populacional por Km². O risco de transmissão é alto, incluindo as formas resistentes da doença aliado a disponibilidade de mais profissionais da saúde qualificados, esperando-se por isso que mais casos fossem diagnosticados.

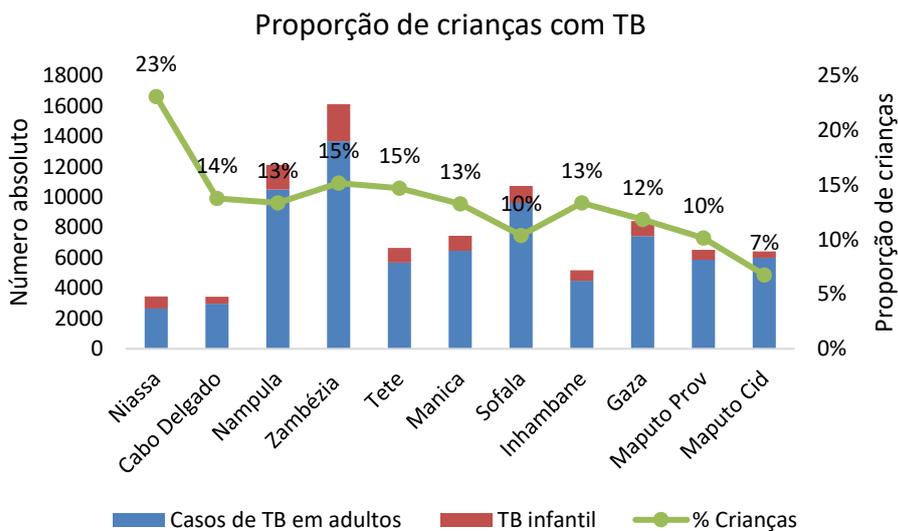


Gráfico 13. Proporção de TB infantil por província, 2017

Em termos de evolução por província, no geral houve um aumento no diagnóstico e notificação de crianças. As províncias da Zambézia, Nampula e Tete foram as que registaram maior aumento respectivamente. No entanto, algumas províncias como são os casos de Cabo Delgado, Sofala e Cidade de Maputo reduziram o número de notificações em 2017 quando comparado com o ano anterior. Tal redução por parte de algumas províncias, compromete os esforços que estão a ser desenvolvidos no sentido de aumentar a detecção de casos existentes e cortar a cadeia de transmissão da doença nas comunidades.

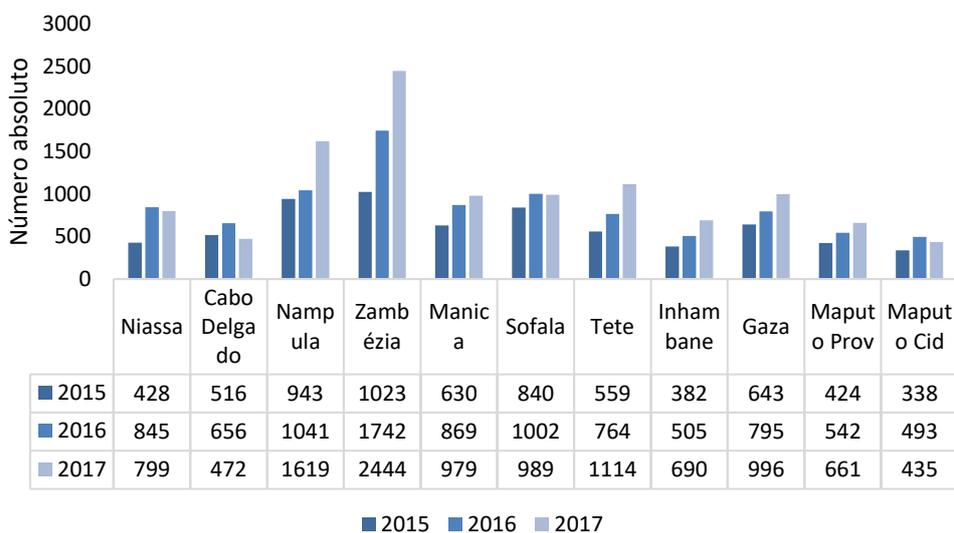


Gráfico 14. Evolução da notificação de TB infantil por província, 2015-2017

Quimioprofilaxia com Isoniazida

O número de crianças menores de 5 anos que fazem profilaxia com isoniazida tem aumentando nos últimos anos, sendo que de 2016 a 2017 a evolução foi de 33%. Estes resultados reflectem o aumento no rastreio de contactos, que é uma das principais estratégias de prevenção e aumento da detecção de casos de TB.

Tabela 6. Quimioprofilaxia com isoniazida, 2015-2017

	2015	2016	2017
Crianças em Quimioprofilaxia	18495	19634	26087

Fonte: Base de Dados do PNCT

Índice de cumprimento de metas de TBI e Profilaxia com Isoniazida

Com relação ao cumprimento de metas, no geral, as províncias tiveram um desempenho satisfatório. Contudo, a província e Cidade de Maputo tiveram um desempenho não satisfatório e estiveram muito abaixo da meta estabelecida pelo programa. Em contra partida, a província do Niassa foi muito além do esperado para a proporção de casos infantis que é de 15% e este resultado é igualmente preocupante e merece uma atenção especial por parte das autoridades locais de saúde, no sentido de apurar as razões de tão grande extrapolação. A província do Niassa tem mais crianças a iniciar tratamento de TB e menos crianças a fazerem quimioprofilaxia com Isoniazida, levantando a possibilidade de uma grande transmissibilidade da doença.

Tabela 7. Índice de cumprimento de metas de TBI e cobertura de quimioprofilaxia com isoniazida

Província	Notificação de Casos TBI			Quimioprofilaxia com Isoniazida (<5anos)		
	Meta_2017	Notificação	I.C.	Meta_2017	Realizado	I.C.
Niassa	585	799	137%	2203	760	35%
Cabo Delgado	581	472	81%	1919	1041	54%
Nampula	1538	1619	105%	4559	4158	91%
Zambézia	2544	2444	96%	5377	6135	114%
Tete	945	979	104%	3721	2976	80%
Manica	1128	989	88%	3568	1590	45%
Sofala	1648	1114	68%	4617	4278	93%
Inhambane	705	690	98%	1182	635	54%
Gaza	1350	996	74%	2468	1774	72%
Maputo Prov.	1178	661	56%	1518	1503	99%
Maputo Cid.	1189	435	37%	1834	1237	68%
Nacional	13391	11198	84%	32967	26087	79%

Fonte: Base de Dados do PNCT

DOTS COMUNITÁRIO

Os casos de TB referidos a partir das comunidades tem estado a aumentar a cada ano. Nos últimos três anos o seu aumento foi substancial, passando dos 9% em 2015 para 25% em 2017. Tal aumento representa uma evolução muito acima de 100%. Contribuiu para este resultado o investimento que se fez nos últimos anos, na formação dos PMTs na matéria de Tuberculose no sentido de melhorar a sensibilidade do rastreio nas comunidades e envolvimento de diferentes parceiros de implementação das actividades comunitárias e no reforço do sistema de referenciamento das amostras para minimizar a lacuna da fraca rede laboratorial verificada nas USs periféricas.

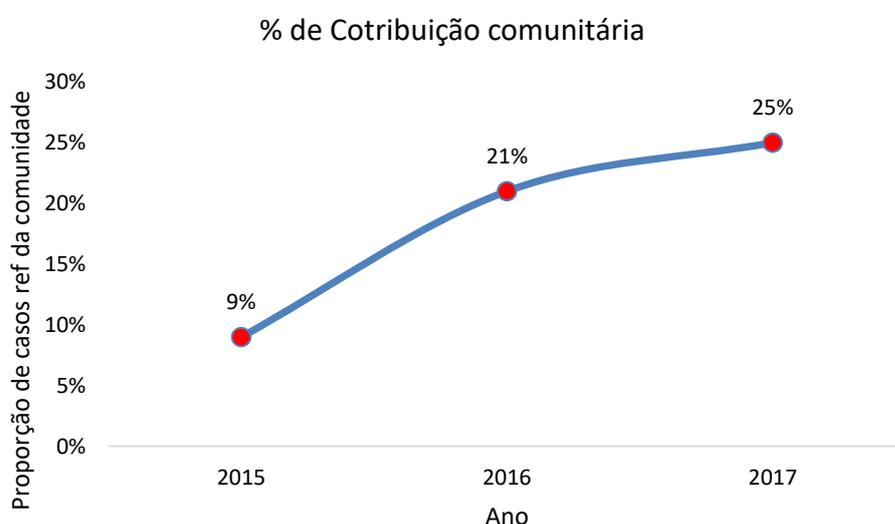


Gráfico 15. Evolução da contribuição proporcional de referências da comunidade no total de casos notificados, 2015-2017

As províncias de Nampula, Zambézia e Sofala são as que mais cresceram em termos de número de pacientes referidos a partir da comunidade. As províncias de Niassa, Cabo Delgado e Cidade de Maputo têm uma fraca contribuição comunitária devido a falta de parceiro comunitário que apoie nas actividades, nestas províncias. Excluindo a Cidade de Maputo em que os pacientes não têm que percorrer longas distâncias para encontrarem um U.S., as províncias de Niassa e Cabo Delgado apresentam um grande potencial de crescimento de contribuição comunitária e por via disse aumentar substancialmente a detecção de casos de TB.

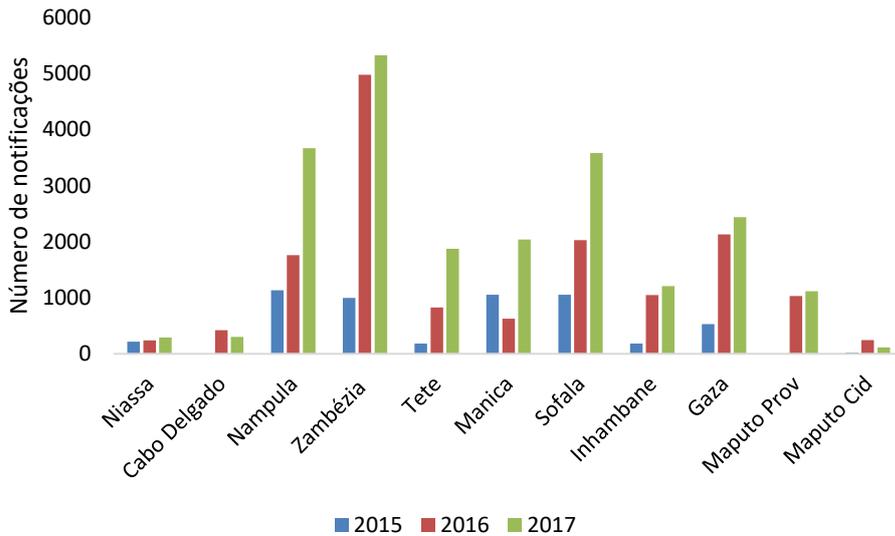


Gráfico 16. Evolução de casos de TB referidos a partir da comunidade, 2015-2017

Em termos proporcionais, as províncias de Zambézia, Sofala e Nampula, lideram a lista de províncias que maior contributo tiveram das actividades de rastreio comunitário, acompanhadas de perto por outras províncias maioritariamente da região centro do país.

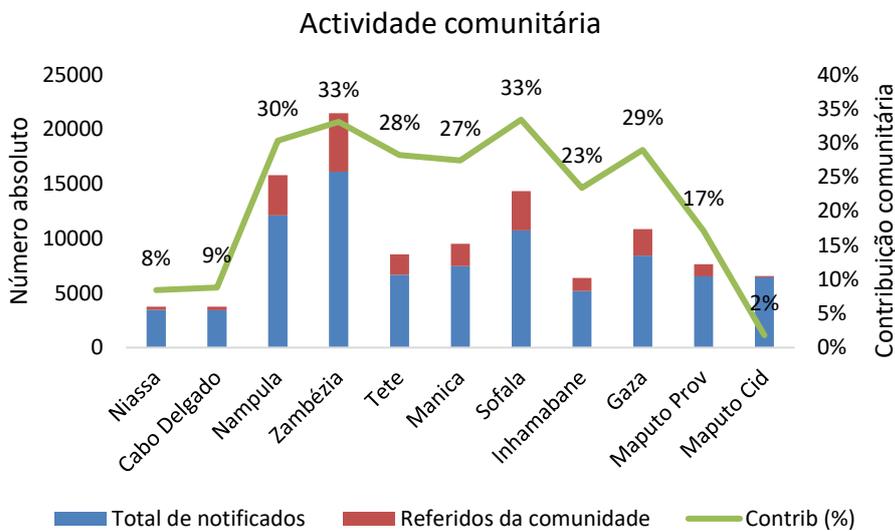


Gráfico 17. Proporção de casos de TB referidos a partir da comunidade do total de casos em 2017

Os agentes comunitários que fazem o rastreio e referência de casos de TB são os voluntários, os agentes polivalentes de saúde (APE) e os praticantes de medicina tradicional (PMT). Os voluntários de forma geral são os que mais casos referem para as U.S.s, seguidos por APEs e por fim os PMT.

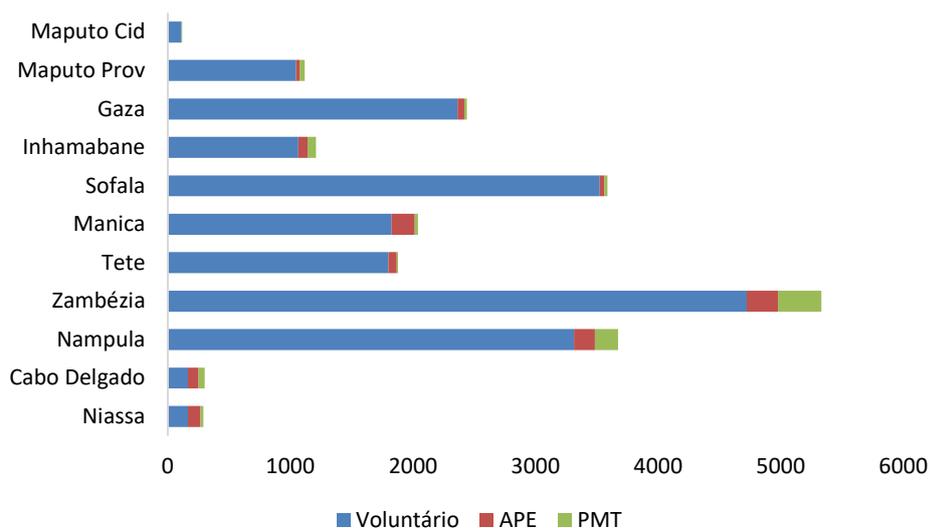


Gráfico 18. Proporção de casos de TB referidos da comunidade por cada categoria de agente comunitário em 2017

TUBERCULOSE EM GRUPOS DE ALTO RISCO

O PNCT definiu os principais grupos de alto risco a serem monitorados rotineiramente. Esses grupos são: Prisioneiros, trabalhadores de saúde, mineiros e ex-mineiros.

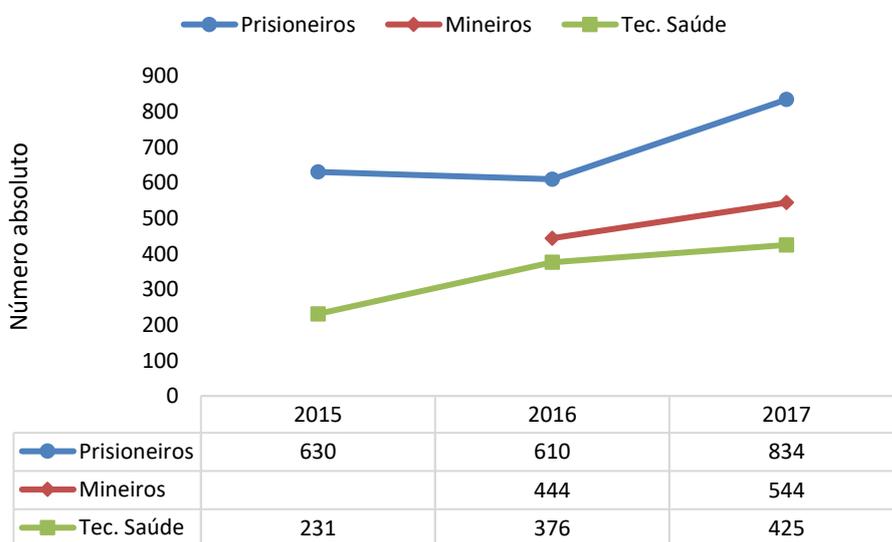


Gráfico 19. Evolução de casos de TB em grupos de alto risco, 2015-2017

De forma geral, nos últimos três anos, tem aumentado ligeiramente o número de casos notificados de TB todas formas nas populações de alto risco. No entanto, eles em conjunto ainda representam uma pequeníssima fracção de casos de TB no total de notificados. Em 2017, o total

de casos somando os três grupos supramencionados foi de 2.123, representando 2.5% do total de casos notificados no mesmo ano.

Tabela 8. Distribuição de casos de TB todas as formas em grupos de alto risco, 2017

Província	Téc. Saúde	Prisioneiros	Mineiros
Niassa	10	34	1
Cabo Delgado	15	36	13
Nampula	64	170	5
Zambézia	73	71	13
Tete	43	110	21
Manica	65	100	59
Sofala	54	148	11
Inhambane	15	40	134
Gaza	29	33	239
Maputo Prov.	25	80	33
Maputo Cid.	32	12	15
Total	425	834	544

RESULTADOS DO TRATAMENTO NA TB SENSÍVEL

A taxa de sucesso de tratamento da coorte de pacientes de 2016 foi de 90%. No entanto há uma grande variação da taxa de sucesso de tratamento entre as várias províncias do país, indo desde 83% na Cidade de Maputo a 96% na província de Manica.

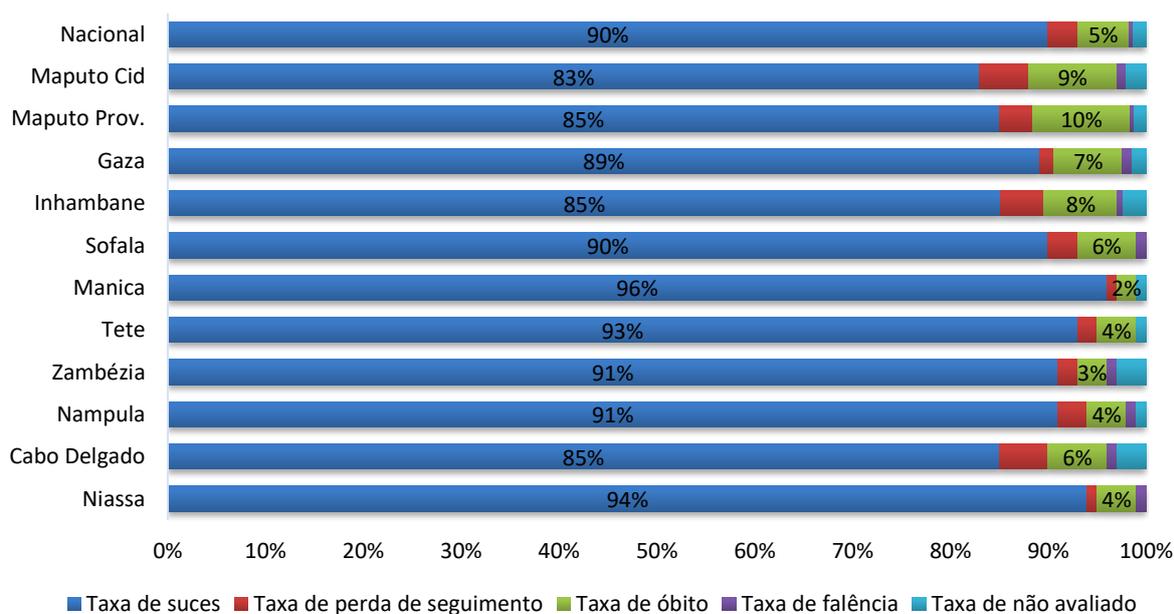


Gráfico 20. Resultado de tratamento de doentes de TB sensível, coorte de 2016

Com relação a mortalidade por TB, a taxa nacional foi de 5%. Algumas províncias apresentam taxas de mortalidade muito acima da taxa nacional, tais como a Província e Cidade de Maputo com 10% e 9% respectivamente. A província de Manica destaca-se igualmente como tendo a taxa de mortalidade mais baixa do país em 2017.

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/HIV

As actividades colaborativas TB/HIV foram definidas pela OMS com o objectivo de reduzir impacto do HIV nos pacientes com TB e controlar a TB nos pacientes seropositivos e devem ser implementadas pelos dois programas. No programa da Tuberculose implementa-se a paragem Única, que é uma estratégia que permite melhorar oferta de cuidados e tratamento aos pacientes que tenha a dupla infecção TB/HIV no mesmo gabinete de consulta. As principais intervenções feitas nestes serviços são o aconselhamento e testagem (ATS) para o HIV a todos os pacientes que desconhecem o seu sero-estado, oferta de tratamento preventivo com o Cotrimoxazol (TPC) e início do tratamento antiretroviral (TARV) para todos os pacientes co-infectados TB/HIV.

Nos últimos anos, o desempenho das actividades colaborativas tem melhorado, com particular ênfase para o número de pacientes que inicia o TARV. Em 2017, a taxa de pacientes em TARV foi de 95%.

De igual forma, embora a testagem para o HIV não seja obrigatória no país, a taxa de testagem para o HIV é satisfatório. Em 2017, 97% dos pacientes registados no sector da TB foram testados para HIV ou conheciam o seu estado serológico. Este número revela uma ligeira melhoria em relação ao registado no ano passado.

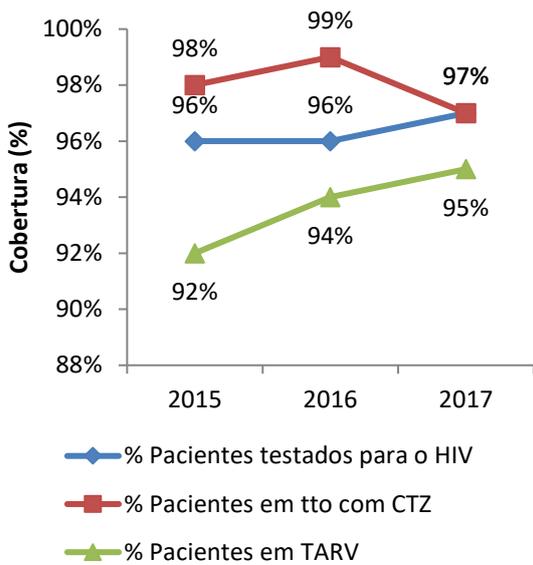


Gráfico 22. Tendência nacional do desempenho dos principais indicadores TBHIV, 2015-2017

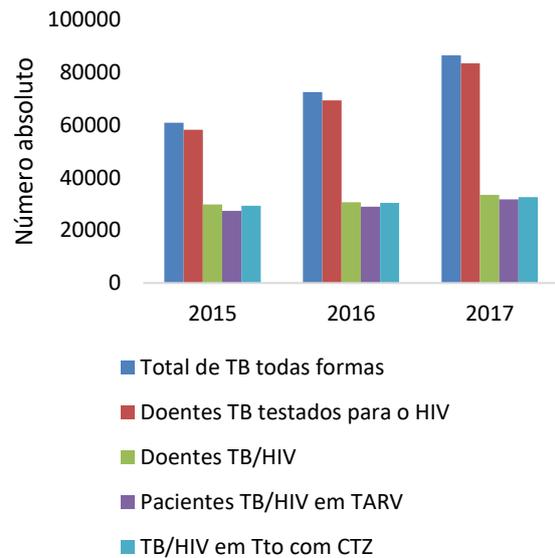


Gráfico 21. Tendência nacional do desempenho dos principais indicadores TBHIV, 2015-2017

Iniciar o TARV em todos os pacientes TB/HIV é uma prioridade no país. A OMS recomenda que todos os pacientes Co-infectados sejam submetidos ao TARV independentemente do seu CD4, contudo, existem pequenos critérios pré-definidos para reduzir a provável interação medicamentosa ou desenvolvimento de efeitos adversos graves, isto é, o TARV deve ser iniciado pelo menos duas semanas após o início de tratamento com tuberculose. Em 2017 o país testou para o HIV 83424 pacientes, e destes, 33514 (40%) tiveram resultado positivo.

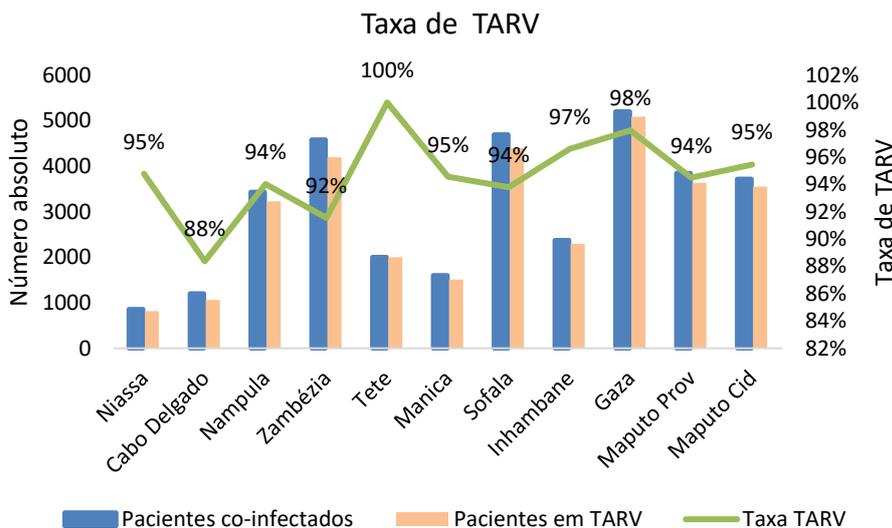


Gráfico 23. Taxa de TARV por província, 2017

Dos pacientes TB/HIV, 31790 iniciaram TARV ao nível do país, representando uma taxa de 95%. No entanto, a taxa de TARV varia de uma província para outra. Gaza foi a província com

a taxa de TARV mais alta (98%) e a província de Cabo Delgado foi a que teve a menor taxa (88%), muito abaixo da média nacional.

Índice de cumprimento, actividades TB/HIV da responsabilidade da TB

Discrição (destacar pacientes testados dentro do Sector), tabela.

Tabela 9. Índice de cumprimento das actividades TB/HIV do sector da TB, 2017

Províncias	Pacientes testados para HIV		Pacientes TB/HIV	Pacientes em TARV		Pacientes em TPC	
	Meta	Realizado	Taxa	Meta	Realizado	Meta	Realizado
Niassa	95%	100%	25%	94%	95%	98%	98%
C. Delgado	95%	90%	39%	94%	88%	98%	98%
Nampula	95%	100%	28%	94%	94%	98%	93%
Zambézia	95%	87%	32%	94%	92%	98%	91%
Tete	95%	100%	29%	94%	100%	98%	100%
Manica	95%	93%	23%	94%	95%	98%	98%
Sofala	95%	99%	44%	94%	94%	98%	98%
Inhambane	95%	100%	46%	94%	97%	98%	100%
Gaza	95%	100%	62%	94%	98%	98%	100%
Maputo P.	95%	95%	62%	94%	94%	98%	99%
Maputo C.	95%	99%	59%	94%	95%	98%	99%
Nacional	95%	97%	40%	94%	95%	98%	97%

Fonte: Base de dados do PNCT

Índice de cumprimento, actividades TB/HIV da responsabilidade do ITS-HIV/SIDA

Analisando os dados de rastreio TB desagregados por província, nota-se que somente as províncias de Cabo Delgado (90%) e Maputo Província (93%) conseguiram alcançar a meta recomendada de 90% para o rastreio de TB na última consulta. As províncias com pior desempenho são as de Sofala (46%) e Gaza (57%), isto mostra uma fragilidade que o sector de HIV tem naquelas províncias na implementação das actividades.

Em relação a provisão do TPI, sete províncias, nomeadamente Tete, Sofala, Inhambane, Gaza, Maputo Província e Maputo Cidade conseguiram atingir a meta de 45%. De referir que a definição deste indicador como reportado pelo sistema de M&A sai do padrão normalmente usado, sendo capturados para o numerador todos os pacientes que iniciaram TPI durante o período em análise, independente de terem sido inscritos dentro do período em análise ou antes, ao invés de capturar apenas os pacientes inscritos no período e que iniciaram TPI, pois o denominador são apenas pacientes novos inscritos.

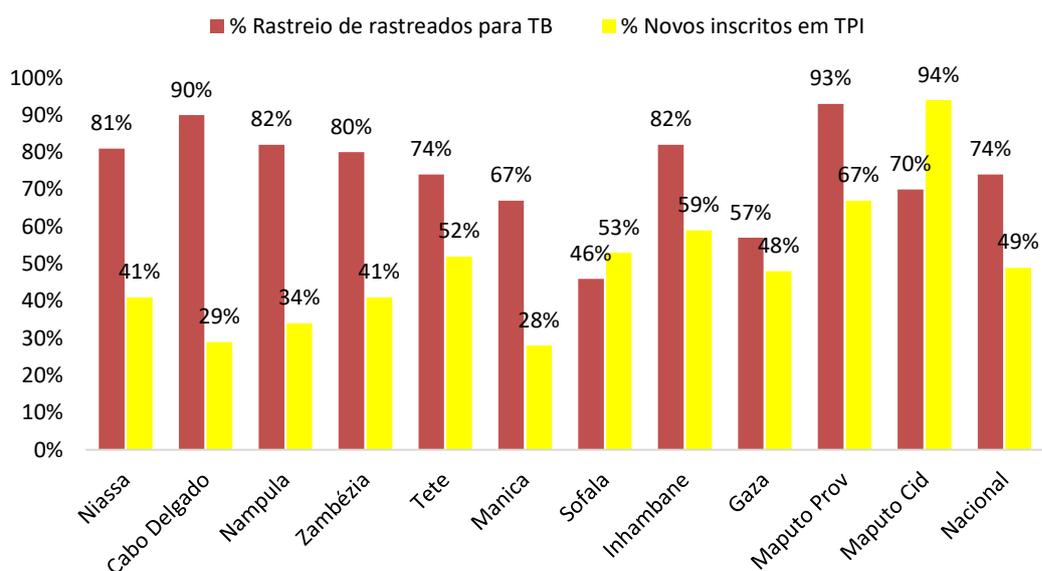


Gráfico 24. Percentagem de PLHIV rastreados para TB e percentagem de novos inscritos que iniciaram TPI.

TUBERCULOSE RESISTENTE

Notificação de casos de TB-Resistente

O diagnóstico e notificação de casos de TB resistente a drogas tem aumentado anualmente. Em 2017 foram notificados 943 casos de TB resistente contra 911 casos do ano anterior, um aumento ligeiro de 3.5%. Apesar do esforço em aumentar a notificação destes casos, a realização ficou muito aquém da meta estabelecida de 1520 casos. Portanto, há ainda um longo caminho a percorrer para o aumento da detecção de casos de TB-MDR para níveis satisfatórios. Uma das estratégias é a expansão contínua das máquinas Xpert/MTB-Rif pelo país.

Com relação ao início de tratamento nos pacientes com TB-MR, ainda regista-se muita discrepância entre os pacientes diagnosticados e aqueles que iniciam tratamento. Dos pacientes TB-MR notificados, 95% iniciaram tratamento com medicamentos de 2a Linha.

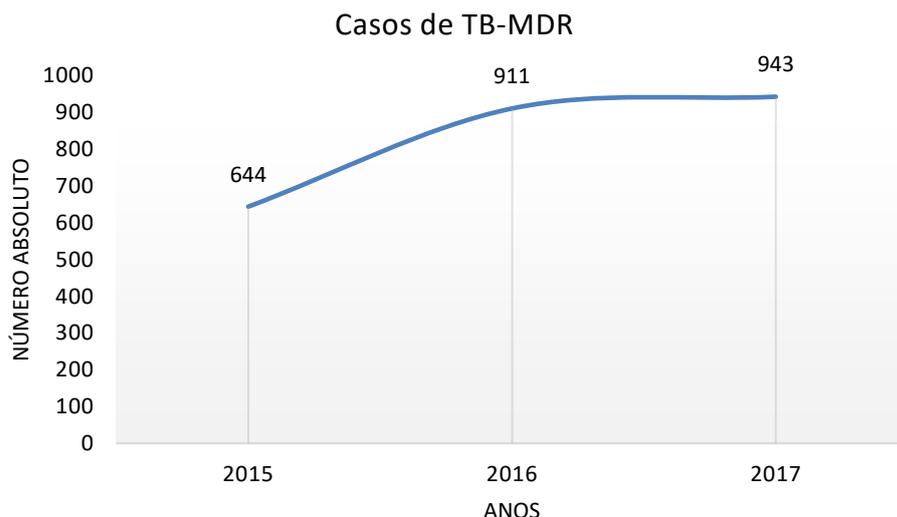


Gráfico 25. Tendência de casos de TB resistente diagnosticados no país, 2015-2017

As províncias da Zambézia, Sofala, Gaza, Maputo Província e Cidade, são 5 províncias que respondem em conjunto por 69% dos casos de TB resistente no país. A Cidade de Maputo destacou-se por ser a que mais notificou casos de TB-MDR no país em 2017, à semelhança do ano anterior.

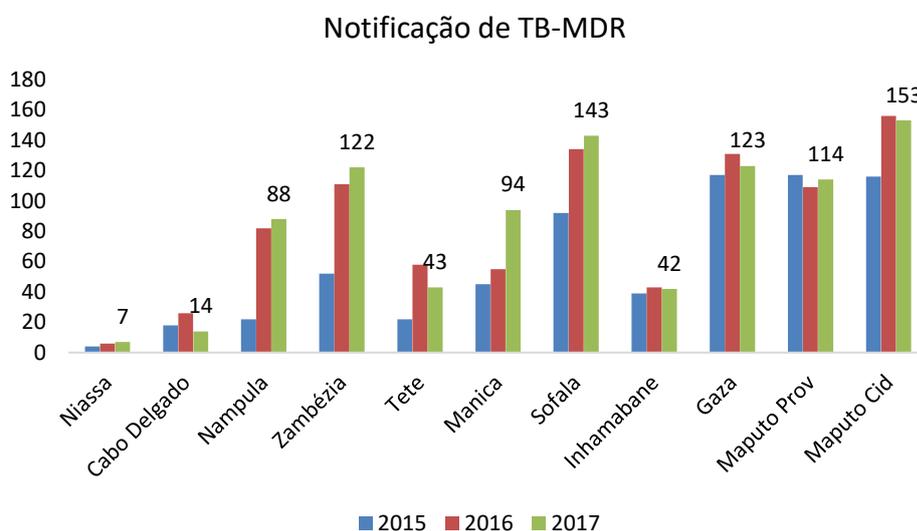


Gráfico 26. Tendência de casos de TB resistente diagnosticados no país por província, 2015-2017

Segundo a ficha de rastreio de TB resistente, foram diagnosticados com resistência a rifampicina 1046 pacientes, contudo, foram notificados somente 943 casos. Há necessidade de

se melhorar o preenchimento dos resumos mensal e trimestral e realizar reuniões de análise de dados suficientemente profundas para eliminar esse tipo de erros.

Tabela 10. Amostras enviadas para genxpert e número de pacientes Rif detectados

Província	Nr de pacientes presuntivos com amostras enviadas para Gxpert			Nr de pacientes Gxpert Rif Detectado			Taxa de positividade
	Novos	Retratamentos	Total	Novos	Retratamentos	Total	
Niassa	3838	180	4018	6	0	6	0,1%
Cabo Delgado	1879	153	2032	18	25	43	2,1%
Nampula	12325	1219	13544	46	32	78	0,6%
Zambézia	4679	1513	6192	81	38	119	1,9%
Tete	3595	262	3857	39	3	42	1,1%
Manica	7139	341	7480	39	11	50	0,7%
Sofala	8051	838	8889	70	32	102	1,1%
Inhambane	7976	270	8246	26	5	31	0,4%
Gaza	11525	1826	13351	85	32	117	0,9%
Maputo Prov	8722	543	9265	129	19	148	1,6%
Maputo Cid	8941	339	9280	148	31	179	1,9%
Total	78670	7484	86154	687	228	915	1,1%

Fonte: Base de dados do PNCT

A partir do 2o semestre de 2017 o Laboratório Nacional de Referência de Tuberculose (LNRT) iniciou a técnica LPA (*line probe assay*) para os medicamentos de 2ª linha, facto este que, encurtou o tempo entre a suspeita e o diagnóstico de TB XR. Foram notificados 31 pacientes, com maior predominância no sul do país.

Tabela 11. Casos de TB-MR/RR diagnosticados no LNRT versus casos notificados

Província	Total de TB-MR	TB-MR Notific. 2017	Iniciou Tratamento	LNRT Casos TB-XR	TB-XR Notific. 2017
Niassa	0	7	7	0	1
C. Delgado	0	14	14	0	0
Nampula	0	88	87	0	1
Zambézia	10	122	111	0	2
Tete	3	43	29	0	0
Manica	13	94	92	0	0
Sofala	8	143	135	0	0
Inhambane	24	42	41	2	2
Gaza	20	123	123	2	4
Maputo P.	70	114	102	6	5
Maputo C.	121	153	153	3	16
Total	269*	943	894	13	31

*78 casos sem registo de proveniência

Fonte:LNRT/ Base de dados do PNCT

Só a cidade de Maputo sozinha notificou mais de 50% dos casos. No entanto, esta cifra nacional ainda está muito abaixo do esperado pela OMS na qual estima que 9% de todos casos de TB MR sejam TB XR. Contudo, há um esforço de se aumentar a capacidade de testagem no país para potenciar o diagnóstico de TB XR no país.

Distribuição dos casos de TB Resistente por Faixa Etária

Dos 943 casos notificados de TB-MR, 43 casos foram em crianças menores de 15 anos, correspondendo a uma percentage de aproximadamente 5%.

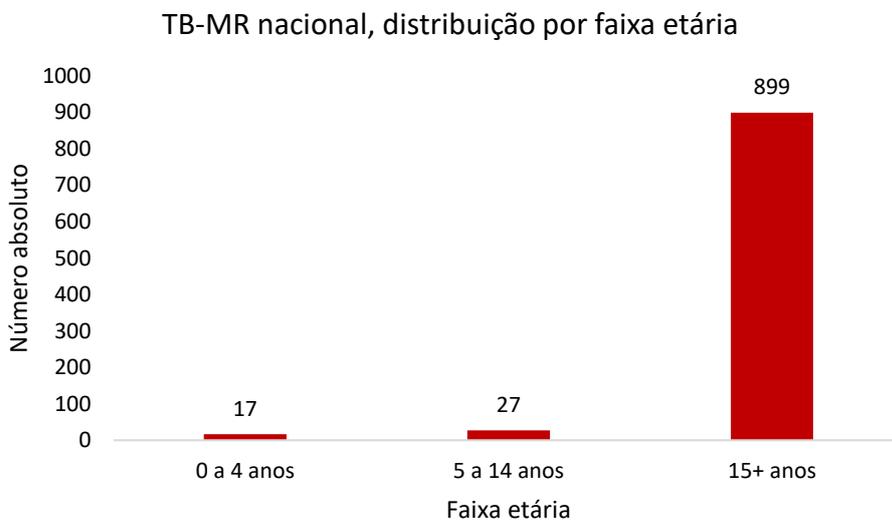


Gráfico 27. Distribuição dos casos de TB-MR por faixa etária, nacional, 2017

Actividades colaborativas TB-MR/HIV

Dos pacientes com TB-MR registados em 2017, 865 pacientes se beneficiaram da testagem para o HIV, correspondendo a uma taxa de testagem de 92%. A taxa de co-infecção TB/HIV nestes pacientes foi de 56%. Quase todos eles receberam tratamento profilático com Cotrimoxazol (TPC) chegando a 99% e de igual modo a grande maioria deles iniciou com o tratamento anti-retroviral para o HIV. O ideal é que todos estes pacientes fossem testados para o HIV e que conhecessem todos o seu estado serológico para o HIV, visto que a mortalidade é maior nos pacientes TB-MR e tal condição pode ser agravada pela existência da co-infecção.

Actividades colaborativas TB-MR/HIV

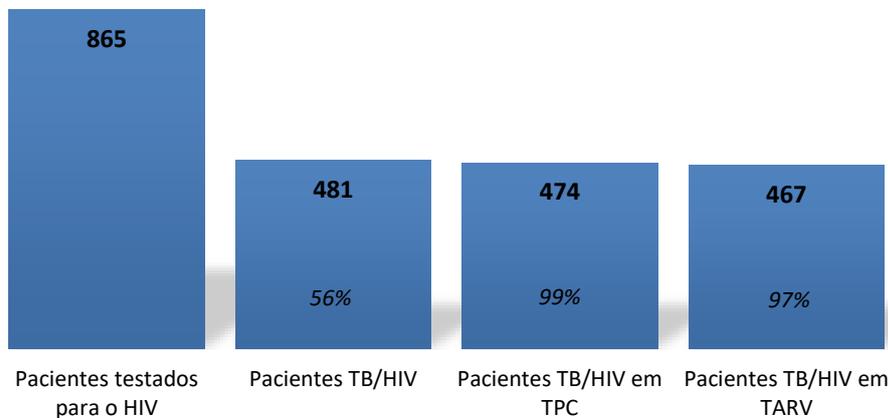


Gráfico 28. Atividades colaborativas TB-MR/HIV nacional, 2017

Resultado intermediário de tratamento TB-MR/RR

Este é um indicador de qualidade, e, de acordo com os números apresentados, cerca de metade dos pacientes não tem resultados de cultura que é um exame fundamental para o controlo do tratamento e decisão clínica em relação ao regime e continuidade do tratamento.

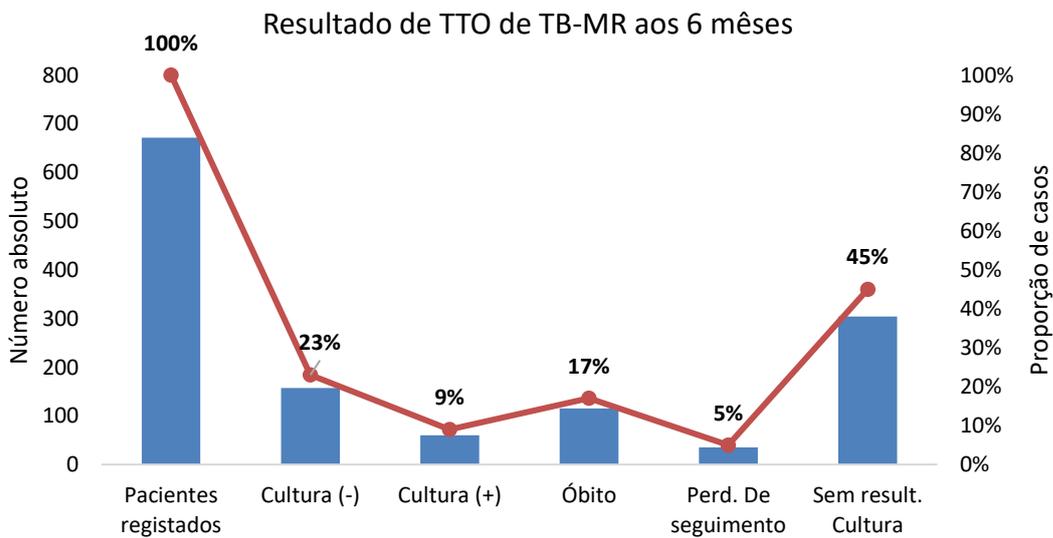


Gráfico 29. Resultado intermediário (6 meses) de tratamento de TB-MR, coorte 2016

Então há necessidade de engajamento de todos os profissionais de saúde para a melhoria do referenciamento de amostras, que vai desde a colheita até ao transporte e recepção pelo laboratório de referência.

Resultado Final de tratamento TB-MR/RR

Este é o culminar de todas as intervenções e de acordo com as recomendações da OMS o país precisa de imprimir novas dinâmicas para mudar o cenário. A introdução dos regimes curtos para o tratamenmto da TB MR, introdução de novos medicamentos, aliada a melhoria do seguimento clínico do doente podem ser algumas das iniciativas que o PNCT precisa de assumir e implementar o mais rápido possível.

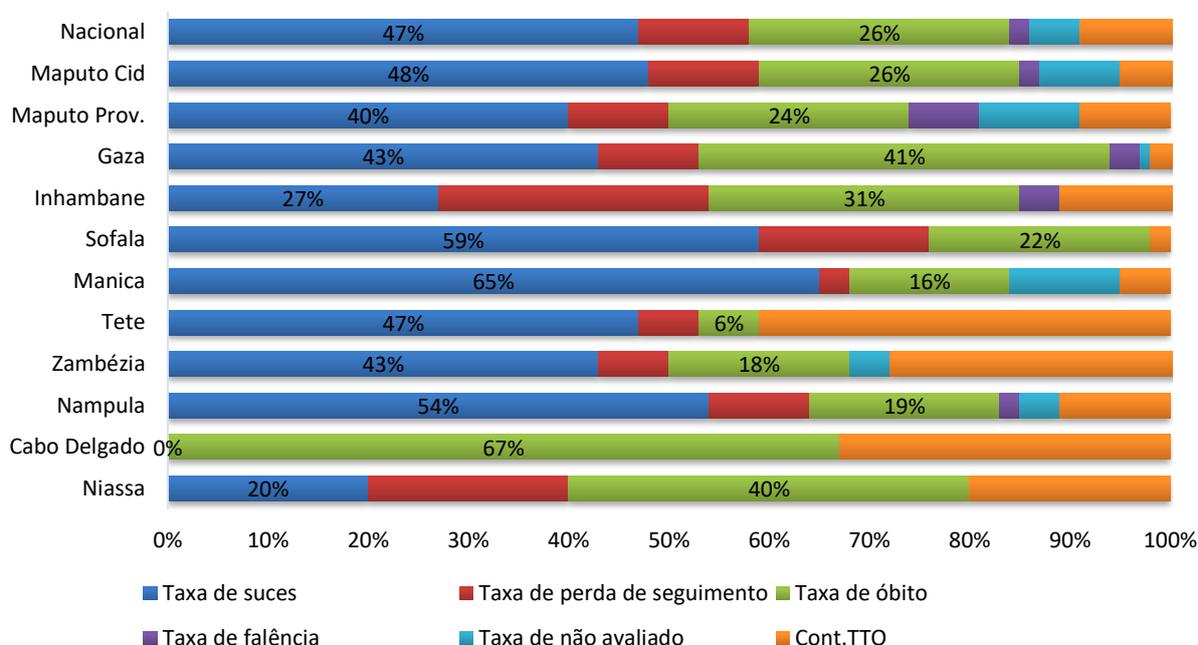


Gráfico 30. Resultado de tratamento de pacientes TB-MDR, coorte de 2015

Índice de cumprimento das metas TB-Resistente, 2017

Em termos de cumprimento de metas para a notificação de casos de TB-MR, apenas a província de Manica está próximo de alcançar a mesma com 97%. O restante das províncias estiveram muito abaixo do esperado, com particular destaque para a província de Niassa e Cabo Delgado com um cumprimento de 23% e 34% respectivamente.

Tabela 12. Índice de cumprimento de metas TB-MR/RR, 2017

Província	Notificação de Casos			Taxa de Sucesso de tratamento		
	Meta	Realizado	IC	Meta	Realizado	IC
Niassa	30	7	23%	65%	20%	31%
C. Delgado	41	14	34%	65%	0%	0%
Nampula	130	88	68%	65%	54%	83%
Zambézia	164	122	74%	65%	43%	66%
Tete	86	43	50%	65%	47%	72%
Manica	97	94	97%	65%	65%	100%
Sofala	202	143	71%	65%	59%	91%
Inhambane	67	42	63%	65%	27%	42%
Gaza	218	123	56%	65%	43%	66%
Maputo P.	224	114	51%	65%	40%	62%
Maputo C.	261	153	59%	65%	48%	74%
Nacional	1520	943	62%	65%	47%	72%

Fonte: Base de dados do PNCT

Índice de cumprimento das metas TB-XR, 2017

Para TB-XR, o país notificou um total de 39 casos dos 88 casos estipulados como meta para o ano de 2017. Em termos de índice de cumprimento, apenas a Cidade de Maputo alcançou a meta com 133%. Portanto, muitas províncias não notificaram nenhum caso de extrema resistência, com particular destaque para a província de Sofala, que, apesar de ser uma das províncias com o maior número de casos de TB-MR no país, não conseguiu detectar um único caso de TB extremamente resistente.

Tabela 13. Índice de cumprimento de metas TB XR, 2017

Província	Notificação de casos		
	Meta	Realizado	IC
Niassa	2	1	50%
Cabo Delgado	2	0	0%
Nampula	9	1	11%
Zambézia	11	2	18%
Tete	5	0	0%
Manica	6	0	0%
Sofala	10	0	0%
Inhambane	6	2	33%
Gaza	13	4	33%
Maputo Prov.	12	5	42%
Maputo Cid.	12	16	133%
Nacional	88	31	35%

Fonte: Base de dados do PNCT

Outras realizações:

1. Em referência a outras áreas de TB-Resistente muito foi feito no ano 2017. O PNCT já iniciou a implementação dos novos fármacos para TB-Resistente, incluído Bedaquilina, Delamanida, Clofazamina, Linezolida, além do facto de ter disponível medicamentos para iniciar os regimes de curta duração (RCD) a partir do 1º semestre de 2018.
2. O PNCT estabeleceu novo comité terapêutico para discussão de casos clínicos de doentes com TB-Resistente para determinar a elegibilidade para estes novos fármacos. Até agora mais de 60 pessoas estão em tratamento com regimes com Bedaquilina e/ou Delamanida no país.
3. O LNRT de Maputo iniciou em 2017 a realização do LPA de 2ª linha, facto esse que permitiu que houvesse um aumento acentuado do número de casos de TB XR;
4. Para facilitar o controlo e uso de todos testes para TB-resistência o PNCT, junto com DCL elaboraram um contracto nacional de conectividade para reunir todos resultados de GeneXpert, LPA e cultura com TSA numa única base de dados.
5. Aquisição de 50 audiómetros e 250 lâmpadas ultravioleta.
6. Finalização do guião clínico programático.

GESTÃO DE MEDICAMENTOS

Durante o ano em curso não se verificaram rupturas de stock dos medicamentos para o tratamento da tuberculose sensível a nível central, as quantidades solicitadas pelas províncias foram enviadas na totalidade. Para os medicamentos para o tratamento da Tuberculose resistente não tivemos rupturas de stock, excepto para a cicloserina no primeiro trimestre de 2017. Vide o gráfico abaixo.

A actividade de gestão de medicamentos esta em processo de passagem para a Central de Medicamentos e Artigos, desde o primeiro trimestre de 2017 que os planos de distribuição foram feitos no sector de distribuição da CMAM.

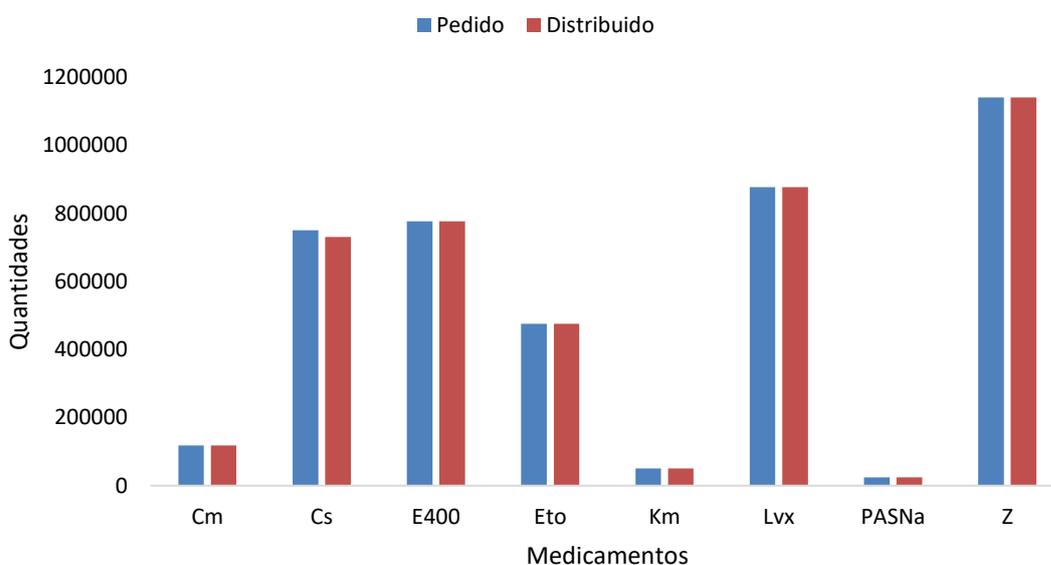


Gráfico 31. Quantidade anual de medicamentos solicitados pelas províncias e quantidades enviadas, 2017

Cm-capreomicina, **Cs**- cicloserina, **E400**- etambutol, **Eto**-etionamida, **Km**- kanamicina, **PASNa** –para aminosalicilato sódico, **z**-pirazenamida

MONITORIA E AVALIAÇÃO

Nível nacional

Das 8 actividades planificadas no Plano Económico e Social (PES) de 2017, todas foram cumpridas em 100%, com a excepção da actividade relacionada com construção de enfermarias para os pacientes com TB. No entanto, os concursos públicos já foram lançados para o feito e o início das construções passam para o ano de 2018.

Destacam-se para o período em análise, o início do Inquérito Nacional de Prevalência com o seu lançamento oficial em Dezembro de 2017, para além do notável crescimento da notificação de TB todas as formas, superando em 1000 casos a meta anual prevista.

Tabela 14. Grau de cumprimento do PES 2017, nível Central

Actividade	Meta	Alcançado	Grau de cumprimento
Aumentar a taxa de notificação de TB todas as formas de 233 em 2014 para 321 em 2017 por 100000 hab	85460	86515	100%
Aumentar a contribuição de actores comunitários para o rastreio/diagnóstico da TB de 9% em 2014 para 13% em 2017	13%	25%	100%
Aumentar a cobertura TARV em pacientes TB/HIV notificados pelo PNCT dos 81% em 2014 para 94% em 2017	94%	95%	100%
Treinar clínicos em matéria de TB infantil (incluindo o manejo da TBMDR)	34	97	100%
Transporte de amostras de expectoração para o diagnóstico da TB	7800	7861	100%
Fazer visita de supervisão às províncias	16	21	100%
Iniciar o estudo de prevalência da TB	1	1	100%
Construir enfermarias para pacientes com TB	5	0	0%

Fonte: Base de dados do PNCT

Nível Provincial

Em termos de indicadores do PES 2017, no geral as províncias tiveram um bom desempenho. Na notificação de casos de TB todas as formas, embora à nível nacional se tenha cumprido com a meta, a Província e a Cidade de Maputo tiveram um incumprimento de menos de 90%. A província de Nampula foi a melhor neste indicador.

Tabela 15. Índice de cumprimento do PES 2017, províncias

Província	TB Todas as formas			TB/HIV em TARV		
	Meta	Realizado	I.C.	Meta	Realizado	I.C.
Niassa	3735	3460	93%	94%	95%	101%
Cabo Delgado	3710	3429	92%	94%	88%	94%
Nampula	9817	12117	123%	94%	94%	100%
Zambézia	16237	16123	99%	94%	92%	98%
Tete	6029	6655	110%	94%	100%	106%
Manica	7197	7450	104%	94%	95%	101%
Sofala	10517	10742	102%	94%	94%	100%
Inhambane	4502	5167	115%	94%	97%	103%
Gaza	8613	8418	98%	94%	98%	104%
Maputo Prov.	7517	6525	87%	94%	94%	100%
Maputo Cid.	7586	6429	85%	94%	95%	101%
Nacional	85460	86515	101%	94%	95%	101%

Fonte: Base de dados do PNCT

Na cobertura TARV em pacientes co-infectados TB/HIV, todas as províncias conseguiram alcançar as suas metas, com exceção das províncias de Cabo Delgado e Zambézia com um índice de cumprimento de 94% e 98% respectivamente.

FORMAÇÕES

No geral, durante o ano de 2017, houve formações em todas as províncias. As formações cobriram as necessidades de várias categorias profissionais e também de agentes comunitários. As categorias que mais se beneficiaram de formação no Serviço Nacional de Saúde, foram as de nível médio e nível básico.

Tabela 16. Número de participantes das formações realizadas a nível das províncias

Províncias	Técnicos		Voluntários	PMT	Laboratório
	Superior	Med/Bas			
Niassa	25	563	29	562	2
C. Delgado	39	538	246	94	2
Nampula	33	511	896	347	4
Zambézia	4	523	720	199	24
Tete	3	263	1354	25	23
Manica	28	849	260	38	3
Sofala	10	170	129	20	3
Inhambane	22	512	314	418	24
Gaza	127	1241	469	47	23
Maputo Prov.	28	953	525	568	3
C. Maputo	5	307	252	1	6
Nacional	324	6430	5194	2319	117

Fonte: Base de dados do PNCT

Com relação a técnicos superiores, a província de Gaza foi a que mais formou o pessoal deste nível e a província de Tete foi a que menos formou. Com relação a voluntários, a província de Tete formou 1354 voluntários em todo o ano, sendo a que mais formou.

Alguns técnicos se beneficiaram também de treinos internacionais, com enfoque para a gestão de TB e TB-MR.

Tabela 17. Número de participantes em treinos internacionais

Área	Gestão de TB	TB-HIV	TB-MR	TBI
Nível Central	0	0	1	0
Províncias	4	0	0	0

Fonte: Base de dados do PNCT

DESAFIOS

Sistema de Saúde

- Escassez de Recursos Humanos, aliado a elevada rotatividade dos mesmos, principalmente ao nível distrital;
- Fraco sistema de referenciamento de amostras;
- Falta de transporte para os supervisores distritais.

DOTS

- Fraco rastreio de TB nas Unidades Sanitárias (incluindo contactos);
- Fragilidade na capacidade dos técnicos em fazer diagnóstico das formas Extra-pulmonares.

TB em Grupos de Alto Risco (GAR)

- Carência de guião de orientação para GAR adaptado para o contexto moçambicano;
- Inexistência de mapeamento para GAR.

TB Resistente

- Fraco rastreio e notificação de casos confirmados por GeneXpert;
- Diagnóstico atempado e início precoce de tratamento;
- Fraca capacidade de apoio ao paciente em tratamento (psicossocial e nutricional);
- Incorrecto preenchimento dos instrumentos de notificação, PNCT R5 P1 e P2.

Monitoria e Avaliação

- Carência de pessoal ao nível Central;
- Consolidação do SISMA;
- Implementação efectiva do “Módulo de TB” (SIS-TB) usando Tablets.

Laboratórios

- Expansão laboratorial;
- Consolidar os sistemas electrónicos de informação laboratorial e a interoperabilidade com outros sistemas;
- Expansão do sistema de Avaliação Externa de Qualidade e melhoria da coordenação entre os diferentes intervenientes.

Medicamentos

- Preenchimento não acurado do modelo PNCT 11;
- Envio não atempado do modelo PNCT11 para efeitos de planificação;
- Prescrição correcta de medicamentos de acordo com as diferentes linhas e regimes de tratamento.

PERSPECTIVAS

1. Melhorar o quadro de recursos humanos, pelo menos dois técnicos a tempo inteiro a nível distrital e assessores de TB-MR em cada província com grande peso de TB-MR;
2. Introduzir transporte de amostras por correio a nível distrital;
3. Disponibilizar motorizadas aos supervisores distritais;
4. Expansão das actividades comunitárias;
5. Elaborar guião e massificar campanhas de rastreio em GAR;
6. Melhorar a capacidade para confirmação bacteriológica de TB;
7. Finalizar e reproduzir o manual de TB-MR e o PMDT;
8. Desenvolver plano de Monitoria e Avaliação;
9. Rever os instrumentos de recolha de informação;
10. Abandono do sistema Excel para a notificação de casos;
11. Melhorar a capacidade de verificação da qualidade de dados a todos os níveis;
12. Melhorar o controlo do cumprimento das linhas de tratamento aprovadas através de uma melhor notificação e supervisões;
13. Efectivação de visitas de supervisão integrada DIS e Programas.