



**República de Cabo Verde**

**Ministério da Saúde**

**Direcção-Geral da Saúde**

**Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose e Lepra**

**PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE LUTA CONTRA A  
TUBERCULOSE**

**2007 - 2011**

Praia, Março 2007

# ÍNDICE

<b>1. RESUMO</b>	<b>3</b>
<b>2. INTRODUÇÃO</b>	<b>4</b>
<b>3. JUSTIFICAÇÃO DO PLANO ESTRATÉGICO</b>	<b>6</b>
<b>3.1. Caracterização geral do País</b>	<b>6</b>
<b>3.2. Análise sumária da Tuberculose em Cabo Verde</b>	<b>9</b>
3.2.1 Situação epidemiológica da Tuberculose	9
3.2.2. Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose	12
3.2.3 Diagnóstico e tratamento da Tuberculose	12
3.2.4 Prevenção, sistema de informação, formação e supervisão	14
<b>4. PLANO ESTRATÉGICO DO PROGRAMA NACIONAL DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE 2007-2011</b>	<b>16</b>
<b>4.1. Objectivos</b>	<b>16</b>
<b>4.2. Principais Indicadores do Plano</b>	<b>17</b>
4.2.1. De impacto	17
4.2.2. De gestão	17
<b>4.3. Estratégias</b>	<b>17</b>
4.3.1. Reforço do sistema de saúde para apoiar a expansão e a qualidade da estratégia DOT	18
4.3.2. Reforço do envolvimento das comunidades e dos profissionais de saúde nos cuidados à tuberculose	19
<b>4.4 Financiamento do plano</b>	<b>19</b>
4.5. Equipa que elaborou este documento	20
4.6. Documentos consultados	21
4.7. Abreviaturas	21
<b>5. PLANO DE ACÇÃO 2007-2011</b>	<b>22</b>
<b>5.1. Reforço do sistema de saúde para apoiar a expansão e a qualidade da estratégia DOT</b>	<b>23</b>
5.1.1. Reforço da capacitação dos recursos humanos na gestão do programa	23
5.1.2. Reforço da capacidade diagnóstica e de tratamento	24
5.1.3. Garantia de um abastecimento regular em medicamentos antibacilares e em reagente e materiais de laboratório	27
5.1.4. Reforço da vigilância epidemiológica incluindo a vigilância da resistência aos antibacilares	28
5.1.5. Reforço da supervisão, monitorização e avaliação	30
5.1.6 Mobilização de recursos	31
<b>5.2. Reforço do envolvimento das comunidades e dos profissionais de saúde nos cuidados à tuberculose</b>	<b>32</b>
5.2.1. Desenvolvimento de intervenções no domínio de IEC	32
5.2.2. Mobilização de parcerias nacionais para a luta contra a tuberculose	34
5.2.3. Reforço da colaboração intra e intersectorial	36
<b>6. Anexos</b>	<b>39</b>

## **1. RESUMO**

O problema da tuberculose preocupa as autoridades cabo-verdianas, que têm procurado ao longo dos anos implementar um programa eficaz de luta contra a doença.

Nos últimos 10 anos, a incidência da Tuberculose tem-se mantido estacionária oscilando à volta de 60 casos novos por 100.000 habitantes.

De modo geral a mortalidade por Tuberculose no mesmo período tem vindo a diminuir paulatinamente em todos os concelhos.

A estratégia DOT, mundialmente aceite como a abordagem mais eficaz para o controlo da tuberculose, foi adoptada e introduzida progressivamente em Cabo Verde a partir de 1996.

Em Janeiro de 2002 foi elaborado o primeiro Plano Estratégico de Luta contra a Tuberculose, que orientou durante 5 anos as actividades do programa. A necessidade de elaboração de um novo plano estratégico prende-se com o facto de se pretender dotar o país com um plano que reflecta a situação actual em termos epidemiológicos e de acordo com as capacidades nacionais para fazer face à endemia tuberculosa em Cabo Verde.

Baseando-se nas orientações estratégicas da OMS para a região Africana, o país identificou dois grandes eixos estratégicos para o período de implementação do plano:

1. reforço do sistema de saúde para apoiar a expansão e a qualidade da estratégia DOT;
2. reforço do envolvimento das comunidades e dos profissionais de saúde nos cuidados à tuberculose.

## 2. INTRODUÇÃO

A tuberculose afecta cerca de um terço da população mundial e continua a constituir um importante problema de saúde pública como causa de morbilidade e de mortalidade, apesar de ser possível a sua prevenção e cura.

Estima-se que cerca de 8 milhões de pessoas no mundo desenvolvem a doença anualmente sendo ela responsável por 2 milhões de mortes cada ano. Dos seiscentos milhões de habitantes da região africana duzentos milhões estão infectados, embora uma grande parte seja constituída por portadores saudáveis. Segundo estimativas da OMS, em 1999 cerca de 20% dos casos de tuberculose em todo o mundo ocorriam na Região Africana.

A agravar a situação relativamente à tuberculose destaca-se epidemia de VIH/SIDA, que traz novos desafios como a co-infecção tuberculose/VIH e as formas resistentes aos medicamentos, o que, associado à pobreza, tem contribuído cada vez mais para agravar a situação a nível mundial, com destaque para os países em vias de desenvolvimento.

Uma estimativa da OMS publicada em 1999 prevê para Cabo Verde um risco anual de infecção tuberculosa de 1,5% o que corresponderia a uma média anual de 600 a 700 casos novos,<sup>1</sup>

No entanto uma média de duzentos e setenta casos novos de tuberculose, todas as formas, são notificados anualmente em Cabo Verde, desde 2003. A taxa de detecção, tendo em conta a estimativa da OMS, tem oscilado nos últimos cinco anos entre 31 e 39%, apesar dos esforços para a sua melhoria.

Em 2002 a União Internacional Contra a Tuberculose e das Doenças Respiratórias realizou uma missão de avaliação do Programa que após a análise da situação concluiu que com efeito a maioria dos casos de Tuberculose estão a ser detectados e diagnosticados tendo em conta que Cabo Verde apresenta características diferentes da maioria dos outros países Africanos, nomeadamente no respeitante ao acesso aos Serviços de Saúde, ao nível de pobreza (inferior ao da maioria dos outros países africanos), e a baixa prevalência do VIH; por essas razões o risco de infecção tal como calculado não serviria para Cabo Verde sendo a taxa de detecção superior a cinquenta por cento.

A vacinação com BCG, o diagnóstico e o tratamento são garantidos gratuitamente pelo Governo.

Em 2004 a candidatura de Cabo Verde ao fornecimento de medicamentos antituberculosos por GDF (Global Drug Facility - ramo de Stop TB) foi aceite e a partir de 2005 os medicamentos têm sido fornecidos ao programa com regularidade por essa organização, gratuitamente por um período de três anos, mediante avaliação anual. No fim dos três anos o Governo poderá vir a comprar os medicamentos antituberculosos através de GDF, por preço muito inferior ao do mercado normal.

Desde 2004, no âmbito do enquadramento da Tuberculose como infecção oportunista o PNLT tem contado com a parceria do Programa de Luta contra a Sida.

---

<sup>1</sup> DyeC, Scheele P, Pathinia V, Raviglione Mc. Global Burden of Tuberculosis. Estimate incidence, prevalence and mortality by country, JAMA 1999, 282, 7:677-689

A epidemia de VIH/SIDA que também afecta o país, e a pobreza que infelizmente atinge uma percentagem elevada da população cabo-verdiana (36% em 2003 segundo o INE), contribuem para agravar as condições favoráveis à persistência da endemia tuberculosa. Contudo, ainda não se constatou um impacto do VIH/Sida na incidência da tuberculose tendo em conta a evolução do número de casos novos e da mortalidade nos últimos 10 anos.

Convém definir estratégias a longo prazo devidamente estruturadas para o combate eficaz à tuberculose no âmbito da luta mundial contra essa doença, tendo em consideração o seu peso na morbilidade e na mortalidade a nível nacional, regional e global.

É neste contexto que se situa o presente Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Tuberculose (PENTB), que apresenta as estratégias nacionais para fazer face a essa doença nos próximos 5 anos.

O presente PENTB, para o período de 2007-2011, está dividido em três partes. A primeira é dedicada aos dados gerais do país e à análise da situação; a segunda inclui as políticas para a luta contra a tuberculose nos próximos 5 anos (objectivos e estratégias, indicadores, mecanismos de monitorização e avaliação). Na terceira parte está incluído o plano de acção para os próximos cinco anos, traduzindo as políticas definidas.

O Plano Estratégico está orçado em 142,877 milhões de escudos cabo-verdianos, a serem financiados com verbas do OGE atribuídas ao Ministério da Saúde para a luta antituberculosa e com fundos extra-orçamentais a serem mobilizados junto da cooperação internacional através dos parceiros da Saúde.

O PENTB foi validado a 22/ 03/2007, na cidade da Praia, por representantes das estruturas do Ministério da Saúde e seus principais parceiros no domínio da luta contra a doença, particularmente da Tuberculose e Sida.

Completam o Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Tuberculose o Guia técnico da Tuberculose (editado em 2005) e o Guia de supervisão a ser revisto e adoptado.

### 3. JUSTIFICAÇÃO DO PLANO ESTRATÉGICO

#### 3.1. Dados gerais sobre o país

Situado entre o Atlântico Norte e Atlântico Sul, a cerca de 500 km a oeste de Dakar no Senegal, Cabo Verde é constituído por dez ilhas, sendo nove habitadas, e tem uma superfície de 4033 km<sup>2</sup>. Ex-colónia portuguesa, ascendeu à Independência em 1975.

Em 2000, a população foi recenseada em 434.625 habitantes, sendo 210.234 homens e 224.392 mulheres. Com uma forte concentração no meio urbano (53,7%) e uma densidade de 111 habitantes por km<sup>2</sup>, a sua taxa de crescimento demográfico foi estimada em 2,4% ao ano no período de 1990 a 2000. A ilha de Santiago é a mais povoada, concentrando cerca de 54% da população. Praia, a capital, conta com uma população de 106.348 habitantes, ou seja, cerca de um quarto da população do País. O número de emigrantes cabo-verdianos ultrapassa a população residente, resultando de uma emigração que data de há mais de um século e continua até aos nossos dias, agora a um ritmo menor.

A população cabo-verdiana encontra-se em transição demográfica. De acordo com os dados do IDSR II, o índice sintético de fecundidade (ISF) passou de 7,1 filhos por mulher (em 1979-80) para 2,9 filhos por mulher (em 2005); a taxa bruta de mortalidade está em redução, de 11 óbitos por mil habitantes durante a década 1960 passou para 10 por mil durante a década 1970, para 8 por mil na década 1980, e para 5,6 óbitos por mil em 2000. Paralelamente, a mortalidade infantil baixou de 49 por mil em 1992/1995 para 32,5 por mil no período 1996-2000 e para 21,1 por mil em 2004<sup>2</sup>. É igualmente favorável a evolução da esperança de vida à nascença, que aumentou de 56,3 anos em 1970, para 68,4 em 1990 e 71 anos em 2000.

A proporção da população com menos de 15 anos reduziu-se ligeiramente, passando de 47,2% em 1970 para 42,3% em 2000. Pelo contrário, a proporção da população com idade entre 15 e 30 anos aumentou, passando de 21,1% em 1970 para 33% em 2000. O peso relativo das pessoas com idade entre os 30 e 59 anos tem-se estabilizado, em particular pouco depois da queda observada em 1980, em consequência de movimentos migratórios. O grupo etário com mais de 70 anos aumentou, passando de 3,3% em 1970 para 4,2% em 2000.

A economia cabo-verdiana é uma das raras da região sub-sahariana que conheceu um crescimento significativo no decurso da década de 1990, com uma taxa média em termos reais de 6,1% ao ano e de 5% entre 2001 e 2003. O PIB real por habitante passou de 902 US dólares, em 1990, para 1420 US dólares em 2002.

O indicador de desenvolvimento humano (IDH) passou de 0,587 em 1990 para 0,631 em 1995 e 0,670 em 2002. Apesar destes avanços em matéria de desenvolvimento humano, Cabo Verde continua sendo um país vulnerável, tanto pela fraqueza e instabilidade da sua pluviometria como pela dependência da ajuda pública ao desenvolvimento (APD), das importações de combustíveis e de produtos alimentares. A ajuda pública ao desenvolvimento, que em 2001 era de 13,5% do PIB, representou 24,1% e 23,3% do PIB, respectivamente em 1998 e em 1999, e muito mais durante a década de 1990. A esta forte dependência da ajuda pública ao desenvolvimento juntam-se as transferências provenientes da emigração, que representam pouco mais de 10% do PIB, nestes últimos anos.

No entanto, Cabo Verde pode ser considerado como um dos países menos endividados da África sub-sahariana com uma dívida externa de 331 milhões de dólares em 2001 representando 61% do PIB e um serviço da dívida em percentagem das exportações de 13%

---

<sup>2</sup> Política Nacional de Saúde – versão zero, 2006

ao longo do mesmo ano. Embora a dívida externa seja pouco pesada relativamente a outros países africanos, poderia revelar-se pouco sustentável no caso de abrandamento da actividade económica e do recurso excessivo a créditos não concessionais.

Cabo Verde está na fase da sua graduação dos PMA e em 2008 entrará para o grupo dos países de rendimento médio.

### 3.1.1 PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

O perfil epidemiológico de Cabo Verde, em fase de transição, mostra que as doenças não transmissíveis tendem a superar, em frequência e gravidade, as doenças infecto-contagiosas, representando novos desafios para o Serviço Nacional de Saúde [3].

As taxas de mortalidade indicam um recuo progressivo, situando-se, em 2004 em 5,4 por mil para a mortalidade geral; em 21,1 por mil nados vivos para a mortalidade infantil, em 25,2 por mil para a mortalidade entre os menores de 5 anos e em 28 por mil nascimentos para a mortalidade perinatal. A mortalidade materna, com valores oscilantes entre 5 e 11 óbitos por ano, situava-se em 2004 em 36,9 por cem mil nascidos vivos.

A tuberculose, com taxas de incidência relativamente elevadas, à volta de 60 por cem mil habitantes [4], embora aquém dos 150 teoricamente previsíveis pela OMS, constitui ainda um problema de saúde da população, sobretudo pela influência da epidemia do VIH/SIDA.

A lepra, que teve uma expressão relativamente importante no passado e em algumas ilhas, tendo-se assinalado “*uma prevalência à volta de 1200 casos nos finais dos anos setenta*” chegou a uma situação “*de eliminação como problema de saúde pública*”, apesar de alguns casos remanescentes [3].

As infecções respiratórias agudas, e as doenças diarreicas agudas apresentam ainda uma frequência elevada, e a sua importância deriva, sobretudo, da repercussão na morbidade entre as crianças.

A infecção pelo VIH/SIDA é outro problema de saúde pública em Cabo Verde, tendo sido considerada como “*uma epidemia generalizada, de fraca prevalência*”, à volta dos 0,8% em 2005.

As doenças potencialmente epidémicas e preveníveis pela vacinação deixaram de constituir preocupação de saúde pública. Houve, desde a independência, duas epidemias de poliomielite, uma em 1986 e outra no ano 2000, não se tendo notificado mais caso algum desde então. A última epidemia de sarampo foi assinalada em 1997 [8.584 casos]. A coqueluche manifesta-se em surtos esporádicos e difteria desapareceu, de há muito, dos boletins nosológicos de Cabo Verde. O Programa Nacional de Saúde Reprodutiva propôs-se reforçar a Programa Alargado de Vacinação com a introdução da vacina contra a poliomielite injectável assim como a vacina contra o hemophilus.

O paludismo é de baixa endemicidade, ocorrendo predominantemente na Ilha de Santiago; registaram-se na última década menos de cem casos por ano, entre autóctones e importados. As taxas de incidência variaram entre 0,1‰ em 1997 e 0,14‰ no ano 2005 [5]. No entanto,

---

[3] – Indicadores de saúde in “Plano Nacional de Desenvolvimento 2002 – 2005” GEP. Ministério da Saúde

[4] – Programa Nacional de Tuberculose e Lepra. Dezembro 2004.

[5] – Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento. Relatório de Seguimento 2003.

projectos em curso de melhoria das bacias hidrográficas, como a construção de barragens, podem trazer novos riscos no controlo desta doença.

Embora exista em certas ilhas o *Aedes aegypti*, vector da febre-amarela, nenhum caso foi notificado no país nos últimos 100 anos.

A última epidemia de cólera em Cabo Verde teve lugar em 1995 com 12.955 casos.

Estudos da década passada, sobre certas doenças não transmissíveis, dão um panorama, ainda que incompleto, da sua frequência.

Um inquérito transversal sobre a prevalência da cegueira [6], realizado em 1998, revelou a existência de mais de 3.000 invisuais [0,76% da população] e de mais de 15.000 pessoas em risco, por uma baixa da visão bilateral ou mesmo perda de visão unilateral. Entre as causas, a catarata dita senil, ocupa o 1º lugar, o glaucoma de ângulo aberto posiciona-se em 2º lugar e as opacidades da córnea não tracomatosas e as retinopatias vasculares estão em 3º lugar.

A saúde buco-dentária, revelou-se um problema importante de saúde pública, quer porque a cárie dentária é disseminada, sobretudo entre as crianças em idade escolar, quer pela elevada “prevalência das periodontopatias, afectando quase todos os grupos etários e camadas sociais” sem contar, obviamente, com manifestações orais de doenças sistémicas e traumatismos maxilofaciais [7].

O primeiro estudo epidemiológico das doenças alérgicas realizado nas ilhas de Sal em 1993 e S. Vicente, em 1994 [8] revelou uma prevalência da atopia entre 6% a 11,9% e de asma em torno de 11%, entre crianças de idade escolar.

Um “Levantamento Estatístico e Estudo Epidemiológico dos Transtornos Mentais em Cabo Verde nos anos 1988 e 1989”[9] apontou para as perturbações da saúde mental, *uma prevalência de 4,3 por 1.000 habitantes, sobretudo entre a população de 21 a 40 anos*, configurando-se como um problema de saúde pública.

Dois inquéritos transversais sobre a toxicodependência entre adolescentes no ensino secundário, realizado um em 1998 em S. Vicente e outro, mais abrangente, em 2005 [10], indicam que as drogas lícitas [tabaco, álcool, tranquilizantes, etc.] são as mais consumidas. Entre as ilícitas a “padjinha” ocupa o primeiro lugar, enquanto que o uso de outras é muito pouco frequente.

Mais situações de doenças não transmissíveis, de que não se fizeram ainda estudos epidemiológicos, têm um peso considerável na nosologia dos hospitais, constituindo desafios a tomar em consideração. Contam-se entre elas as doenças cardiovasculares incluindo a hipertensão arterial e os acidentes vasculares cerebrais, os tumores, a insuficiência renal crónica, a diabetes, os traumatismos.

A situação alimentar e nutricional constitui uma preocupação do Serviço Nacional de Saúde, a resolver com a definição das intervenções indispensáveis no quadro duma acção

---

[6] – Inquérito Nacional de prevalência e causas de Deficiências visuais. Monteiro, M LS; Inocêncio, F; Shemann, J-F; Ministério da Saúde. Divisão de Epidemiologia e Investigação. Praia 1998

[7]- Programa Nacional de Saúde Oral (Plano Estratégico). Carla Duarte. Praia Outubro de 1998

[8]- Epidemiologia das doenças alérgicas em Cabo Verde. Maria do Céu Teixeira. Maio 2005.

[9]- Catherine Barreau, Psicóloga clínica, José Barba, Psiquiatra. Dezembro 1990

[10] -“A Saúde e estilo de vida dos adolescentes cabo-verdianos frequentando o ensino secundário” de parceria entre o Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, a Faculdade da Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa e a Associação para a solidariedade e Desenvolvimento Zé Moniz



intersectorial. Alguns estudos [11] apontam uma situação nutricional entre crianças menores de cinco anos, sobretudo em relação à forma crónica que diminui dois pontos percentuais entre 1994 e 2002, enquanto que a forma aguda mostra tendência para se estabilizar em torno dos 6% .

Estudos de 1996 referentes às carências em micro nutrientes em menores de 5 anos revelaram uma prevalência da anemia ferripriva em 70% e uma hipovitaminose A em 2%. Outro estudo transversal em crianças de idade entre 6 e 12 anos, no mesmo ano, revelou uma carência de iodo ligeira em todo o país e uma prevalência de bócio endémico da ordem dos 25,5% [12]. Entre as grávidas, a anemia rondava os 42% num estudo feito em 1992. Os dados do IDSR II revelaram uma melhoria nas taxas de anemia nas crianças menores de cinco anos entre 1996 e 2005, de 70,4 para 52,1% enquanto que nas mulheres grávidas a taxa de prevalência não sofreu alterações significativas entre 1992 e 2005. (42 para 43,2%).

O aleitamento materno exclusivo até aos 4 meses foi estimado em apenas 4% dos lactentes, em 1996 [10] IDSR ; no entanto deve ter-se em conta que o aleitamento materno não exclusivo em Cabo Verde é praticado até aos 15 meses pela grande maioria das mulheres. Actualmente a duração mediana do aleitamento materno exclusivo para as crianças até seis meses de idade em 2005 é de 4,3 meses (IDSR II)

## **3.2 Análise sumária da situação da tuberculose em Cabo Verde**

### **3.2.1 Situação epidemiológica da Tuberculose**

Cerca de duzentos e setenta casos novos de tuberculose, todas as formas, são notificados anualmente em Cabo Verde, desde 2003. Nesse ano a incidência foi de 65,51 casos por 100.000 habitantes e em 2005 de 57,93 (Anexo 1).

Tendo em conta o consenso publicado pela OMS em 1999 em que o risco anual de infecção tuberculosa em Cabo verde é estimado em 1,5%, espera-se em Cabo Verde uma média anual variando entre 600 e 700 casos;<sup>13</sup> a ser assim que a taxa de detecção continua baixa, à volta de um terço dos casos.

Dos novos casos registados no ano 2005, a Tuberculose com baciloscopia positiva representava 64,5% dos casos de Tuberculose Pulmonar e 55,4% de todas as formas de tuberculose. As formas Extrapulmonares constituem 15,5% do total.

Não estão disponíveis dados que nos permitam analisar, com rigor, a evolução da incidência da tuberculose nos concelhos, mas o quadro seguinte sugere algumas reflexões: nos últimos anos, a incidência tem sido elevada na Praia, Santa Cruz e Tarrafal, que ultrapassam a média nacional. Na Boavista, Mosteiros e Porto Novo desenha-se uma melhoria da situação e nos restantes concelhos mantém-se um patamar endémico perto da média nacional.

---

[11] - Plano Nacional de Nutrição. A. P. Delgado, A. Dupret R, F. N. Ramos, A. S. Diaz. Ministério da Saúde e Promoção Social. Praia 1996

[12] - Enquête nationale sur la carence en iode et 9la consommation du sel au Cap Vert. MSPS/OMS. Septembre 1997

<sup>13</sup> DyeC, Scheele P, Pathinia V, Raviglione Mc. Global Burden of Tuberculosis. Estimate incidence, prevalence and mortality by country, JAMA 1999, 282, 7:677-689

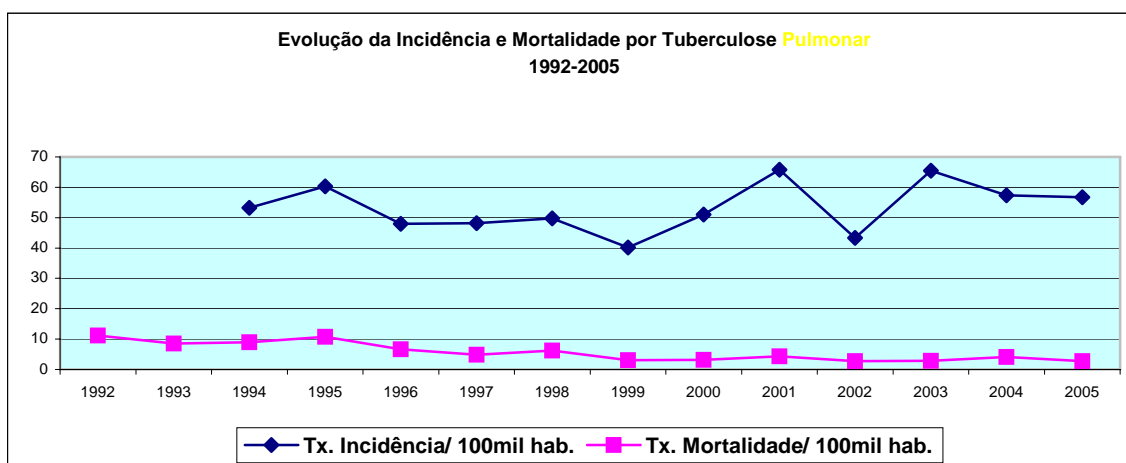
Concelho	2001		2004	2005
Rib. Grande	50,5		<b>159,9</b>	31,9
Paúl	0,0		34,8	34,6
Porto Novo	40,1		39,1	27,7
São Vicente	<b>55,2</b>		46,6	45,7
São Nicolau	0,0		22,3	<b>89,7</b>
Sal	45,4		17,5	39,5
Boa Vista	22,7		0,0	0,0
Maio	28,8		<b>54,2</b>	39,8
Praia	<b>116,3</b>		<b>71,6</b>	<b>72,0</b>
S. Domingos	44,5		21,7	36,0
Santa Cruz	23,7		<b>72,9</b>	<b>60,6</b>
Sta Catarina	25,4		25,9	23,6
São Miguel			0,0	17,6
Tarrafal	31,6		<b>64,4</b>	<b>48,1</b>
Mosteiros			0,0	0,0
São Filipe	34,5		<b>53,1</b>	<b>53,0</b>
Brava	14,8		30,4	ND
CABO VERDE	55,3		52,8	47,7

Fonte: GEPC

Quadro 1. incidência da tuberculose nos concelhos

De modo geral a mortalidade por Tuberculose tem vindo a diminuir paulatinamente nos últimos dez anos em todos os concelhos.

O numero de óbitos por Tuberculose foi, em media, de 31 de 1992 a 1998 e de 15 de 1999 a 2005, mostrando uma tendência para redução na ordem dos 50%. (Anexo 1)



Fonte: Gráfico representativo da evolução da incidência e Mortalidade por TB - GEPC- MS -

### Tuberculose e VIH/SIDA

A taxa de prevalência da infecção pelo VIH, em 2005, de acordo com o Segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR II) era de 0.8%, sendo de 1,1 % para o sexo

masculino e de 0,4% para o sexo feminino. Comparativamente, por domínio de estudo, Praia urbana apresenta a prevalência mais elevada (1,7%). Por regiões, a de Sotavento é a mais afectada com 1,1% contra 0,1% para a região de Barlavento.

Desde o registo do primeiro caso de infecção pelo VIH em 1986 até 30 de Setembro de 2006 foram registados 1940 pessoas infectadas com o VIH sendo 906 do sexo masculino e 983 do sexo feminino; 1002 desenvolveram a doença SIDA (51,6%) com 493 óbitos até 31 de Dezembro de 2005. As principais formas de transmissão da infecção são a transmissão sexual (mais de 80 %), seguido de transmissão vertical (aproximadamente 10%), e uso de drogas à volta de 6-7%.

Das doenças definidoras de Sida diagnosticadas em Cabo Verde a tuberculose é a quarta doença mais comum registando-se 14 casos (9,9%) de co-infecção em 2005.

Não se regista um impacto evidente do VIH/Sida na incidência da tuberculose tendo em conta a evolução do número de casos novos e da mortalidade nos últimos 10 anos.

No que se refere à co-infecção VIH/Sida, de acordo com os dados do Programa Sida constatou-se que foram registados nos 2 últimos anos (2005 e 2006) 14 e 8 casos.

### **3.2.2 PROGRAMA NACIONAL DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE**

#### **3.2.2.1 ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA**

##### **Estrutura do Programa**

O PNLT está integrado no Serviço das Doenças Transmissíveis e Meio Ambiente, dependente da Direcção Geral da Saúde. É a unidade central que coordena a luta antituberculosa em todo o país, responsável pela planificação, a implementação e a avaliação das actividades do plano nacional. A coordenação nacional do PNLT é garantida por um Director e conta com a colaboração do Serviço de Vigilância Epidemiológica, do Programa de Luta contra a SIDA, da Rede Nacional de Laboratórios e do Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário entre outros departamentos do Ministério da Saúde.

A nível concelhio o Delegado de Saúde é o responsável pela luta antituberculosa. A este título, deve organizar as actividades de formação do pessoal da saúde; o abastecimento em medicamentos antituberculosos e em reagentes de laboratório; a recolha e a análise dos dados sobre a despiagem os resultados do tratamento; e assegurar a supervisão e a gestão do programa no concelho.

Normalmente existe em cada Delegacia de Saúde um médico que é o ponto focal e que coordena directamente a execução do programa.

A esse nível, as actividades de luta antituberculosa estão integradas nas actividades de rotina dos serviços de saúde de base: centros de saúde e postos sanitários. O diagnóstico e o atendimento dos casos de tuberculose, constituem partes integrantes do pacote mínimo de actividades (PMA) das delegacias de saúde.

Os hospitais regionais e centrais, enquanto estruturas de referência, participam também nas actividades de despiagem, tratamento e hospitalização dos casos graves de tuberculose.

No guião do PNLT (Maio 2002) propôs-se um nível intermédio coordenado pelos delegados de saúde da Praia e de São Vicente que não chegou a ser implementado.

A articulação com o sector privado é fraca, o que acarreta um diagnóstico tardio e atraso no início da terapêutica.

### **Financiamento do programa**

A luta contra a Tuberculose é assumida pelo Governo de Cabo Verde através do OGE (salários, infra-estruturas, reagentes e medicamentos). No entanto não existe um orçamento próprio do programa, que conta com o apoio financeiro e técnico de parceiros multi e bilaterais essencialmente para as actividades de supervisão, formação, avaliação e IEC. Nos últimos 3 anos o abastecimento em medicamentos tem sido garantido pela GDF (Global Drug Facility).

### **Funcionamento**

Actualmente existem 17 delegacias de saúde em todo o país, algumas das quais abrangendo mais de um concelho; casos das delegacias de saúde da Praia (concelho da Praia e Ribeira Grande de Santiago), de Santa Cruz (concelhos de Santa Cruz e São Lourenço dos Órgãos) de São Filipe (Concelhos de São Filipe e Santa Catarina do Fogo), de São Nicolau (Ribeira Brava e Tarrafal) e de S. Catarina (S. Catarina e Picos).

Em 2006 foi criada a Região Sanitária de Santiago Norte que abrange os Concelhos de Santa Catarina, São Salvador do Mundo, Santa Cruz, São Lourenço dos Órgãos, Tarrafal e São Miguel que deve entrar em funcionamento a partir de 2007.

A vacinação com BCG, o diagnóstico e o tratamento são gratuitos.

A Estratégia DOT foi introduzida em todas as estruturas de saúde mas faltam dados sobre a sua aplicação efectiva à totalidade da população-alvo.

## **3.2.3. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

### **3.2.3.1 Diagnóstico**

#### **Deteção de casos**

Todos os doentes com sintomatologia respiratória de evolução superior a 15 dias são considerados suspeitos de tuberculose pulmonar devendo por isso ser submetidos a exame de expectoração para pesquisa de BK.

A despistagem activa nos contactantes de pacientes tuberculosos faz-se de forma regular.

Como já foi referido a taxa de detecção de casos novos BK positivo ainda se encontra abaixo dos valores estimados.

#### **Diagnóstico laboratorial**

A baciloscopia é realizada em quase todas as delegacias de saúde exceptuando-se S. Domingos, S. Miguel, Paúl, S. Cruz e Mosteiros.

Têm-se verificado alguns problemas nos laboratórios tais como inexistência de controlo de qualidade, registo deficiente dos exames e rotura de stock de consumíveis.

Não se realiza no país a cultura do bacilo da Tuberculose nem testes de sensibilidade.

A última reciclagem em microscopia foi realizada em 2004.

#### **Diagnóstico radiológico**

A radiologia é realizada em todas as ilhas exceptuando as de Boavista e Brava. Contudo o serviço nem sempre é regular devido a problemas de manutenção, falta de consumíveis e de recursos humanos.

### **3.2.3.2 Tratamento da Tuberculose**

Os esquemas terapêuticos em uso são de curta duração, constantes do guião do PNLT (Maio, 2002); seguem as orientações da UICTMR e são os seguintes:

- 2 RHZE/6EH
  - Casos novos de tuberculose pulmonar BK positivo;
  - Casos graves de tuberculose extrapulmonar (meningite, tuberculose osteo-articular, pericardite, tuberculose genito-urinária) - casos graves de tuberculose pulmonar BK negativo como por exemplo a tuberculose miliar.
  - casos de tuberculose VIH positivo
  
- 2 RHZSE/1RHZE/5R3H3E3
  - casos de retratamento
  
- 2 RHZ/4 RH (crianças) ou 6 EH (adultos)
  - casos de primo-infecções patentes
  - TEP não graves (pleural, ganglionar periférica e as outras localizações viscerais)
  - TP BK negativo com lesões pulmonares limitadas

Desde 2º semestre de 2005 que são utilizadas combinações RHZE (150 mg + 75 mg + 400 mg + 275 mg) e HE (400mg + 150mg) de modo a facilitar a adesão do doente ao tratamento

A notificação e avaliação dos resultados do tratamento dos casos de doentes com tuberculose pulmonar BK+ passaram a ser feitas com regularidade a partir de 2004. De acordo com os dados desse ano (quadro 2), a taxa de cura foi de 71% e a de abandono de 13,2%. Esta última é elevada e tem-se registado sobretudo nos doentes etílicos e nos toxicodependentes

No entanto há necessidade de se fazer o registo do resultado de tratamento dos casos de Tuberculose todas as formas.

O tratamento dos casos crónicos/resistentes está normatizado mas o programa tem dificuldades na sua gestão devido sobretudo ao custo dos medicamentos. Por outro lado a resistência do Bacilo de Koch aos antibacilares não está documentada devido à impossibilidade de realização de cultura.

<b>Total 2004</b>		<b>BK+ NOVO</b>						
<b>Delegacia de Saúde</b>	<b>BK+ reg</b>	<b>Curado</b>	<b>Completo</b>	<b>Fracasso</b>	<b>Óbito</b>	<b>Abandono</b>	<b>Transferido</b>	<b>Total</b>
<b>Praia</b>	57	33	7	1	2	12	2	57
<b>S. Dom</b>	3	0	1	0	0	2	0	3
<b>Sta.CRUZ</b>	18	14	1	0	1	2	0	18
<b>S.Catarina</b>	5	2	0	0	0	0	0	2
<b>Tarrafal</b>	7	2	3	0	1	1	0	7
<b>S. Miguel</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Maio</b>	2	2	0	0	0	0	0	2
<b>S Filipe</b>	12	2	6	0	0	0	0	8
<b>Mosteiros</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Brava</b>	1	0	1	0	0	0	0	1
<b>S. Vicente</b>	20	14	0	0	2	2	2	20
<b>Porto Novo</b>	6	2	4	0	0	0	0	6
<b>Ribeira Grande</b>	33	14	8	0	3	1	1	27
<b>Paúl</b>	2	2	0	0	0	0	0	2
<b>São Nicolau</b>	1	0	1	0	0	0	0	1
<b>Sal</b>	2	1	0	0	0	1	0	2
<b>Boa vista</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	169	88	32	1	9	21	5	156

Quadro 2. Resultado de tratamento de casos novos BK + em 2004

\*\* Nota: desconhece-se resultados de tratamento de 6 doentes da Ribeira Grande; 3 doentes de Santa Cruz; 3 doentes de Santa Catarina; 4 doentes de São Filipe; doentes da Brava

### **3.2. 4. PREVENÇÃO, SISTEMA DE INFORMAÇÃO, FORMAÇÃO E SUPERVISÃO**

#### **Prevenção**

A vacinação BCG é aplicada ao nascer e a cobertura tem-se situado nos últimos 5 anos acima de 80%.

A quimioprofilaxia é realizada nas crianças com idade inferior a 5 anos contactantes de doentes com tuberculose pulmonar BK positivo.

#### **Informação/Educação Comunicação:**

As actividades de educação e sensibilização são feitas junto dos doentes e seus familiares de forma rotineira pelo pessoal de saúde durante as consultas. Anualmente por ocasião da comemoração do dia mundial da tuberculose, são realizadas campanhas dirigidas à população em geral, quer nas estruturas da saúde pela distribuição de folhetos e afixação de cartazes, quer ao nível dos meios de comunicação social – rádio, televisão e imprensa escrita.

No entanto estas actividades devem ser contínuas ao longo do ano

### **Sistema de informação**

A notificação e a retroinformação são deficientes. Apesar de a taxa de notificação ter sido de 85% em 2005 nota-se que grande parte das delegacias continuam a enviar as notificações com um certo atraso.

Constata-se alguma insuficiência no tratamento e análise dos dados a nível das Delegacias de Saúde.

### **Formação**

Nos últimos dois anos não se realizaram acções de formação de âmbito alargado para o pessoal afecto ao programa, apesar de se ter constatado insuficiências nas áreas de gestão do programa, qualidade do diagnóstico e tratamento.

Existe o guião do programa de luta antituberculosa, mas verifica-se que as disposições frequentemente não são cumpridas devido a uma divulgação e formação específica pouco efectivas sobre o conteúdo do documento.

### **Supervisão**

O guião de supervisão elaborado em 2003 não tem tido implementação e seguimento efectivos.

As visitas de supervisão são realizadas com periodicidade irregular pelo director do PNLT, algumas vezes conjuntamente com a Responsável da Rede Nacional de Laboratórios.

Para o efeito tem sido utilizada uma grelha elaborada em 2004 incluindo componentes de laboratório e gestão do programa.

No seguimento das visitas de supervisão efectuadas com regularidade aceitável em 2004 e 2005 verificou-se melhoria considerável em alguns aspectos, nomeadamente na gestão a nível das delegacias de saúde.

### **Suportes de informação do programa**

A recolha dos dados epidemiológicos e de gestão do programa é feita através de formulários próprios que são enviados trimestralmente do nível local para o central. Nestes estão incluídos: o formulário do relatório trimestral dos casos detectados; o formulário do resultado do tratamento dos doentes com Tuberculose Pulmonar com baciloscopia positiva (TP BK+) registados 12 meses antes; e o formulário da requisição de medicamentos que é feita de acordo com o número de casos notificados.

### **Conclusões:**

Apesar dos constrangimentos encontrados pode-se considerar positiva a avaliação do programa, que pode ser demonstrada nalguns aspectos da gestão do programa, nomeadamente através de:

- Taxa de detecção de casos BK+ passou de 59% em 2003 para 68% em 2005
- Taxa de sucesso situou-se em 72,1% em 2005
- Aumento do número de visitas de supervisão
- Melhoria da recolha de dados sobre os resultados de tratamento
- Melhoria do abastecimento de medicamentos

No entanto persistem alguns problemas que seria importante resolver:

- Deficiente notificação e retroinformação;
- Resistência do Bacilo de Koch aos antibacilares não documentada devido à não realização de cultura.
- Inexistência de controlo de qualidade dos laboratórios.
- Insuficiências no plano técnico e de gestão do programa;
- Funcionamento irregular dos serviços de radiologia nalgumas ilhas;
- Insuficiente supervisão
- Deficiente conhecimento sobre a aplicação e seguimento do guião
- Recursos humanos e financeiros insuficientes
- Insuficiente informação à população
- Alcoolismo e toxicodependência
- Deficiente planificação dos recursos humanos, que conduz a falta de continuidade das intervenções.

## **4. PLANO ESTRATÉGICO DO PROGRAMA NACIONAL DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE 2007-2011**

### **4.1 OBJECTIVOS**

O PENTB propõe as grandes linhas de acção para a oferta de serviços de saúde de qualidade no âmbito da luta antituberculosa, com vista a atingir os objectivos a seguir mencionados:

Objectivos gerais

- Diminuir a morbilidade e a mortalidade por tuberculose
- Reduzir a transmissão da Tuberculose no país

Objectivos específicos

- Até 2010 curar pelo menos 85% dos casos novos BK positivo, detectados
- Até 2010 despistar 70% dos casos novos BK positivos, esperados anualmente



## 4.2 PRINCIPAIS INDICADORES DO PLANO

Indicadores	De base	2007	2008	2009	2010	2011
<b>4.2.1. De impacto</b>						
Taxa de detecção	38,6%				70%	70%
Taxa de sucesso	72,1%				85%	85%
Taxa abandono	13,2%			9%	5 %	4%
<b>4.2.2. De gestão</b>						
Cobertura DOTS	70%		80%	90%	100%	100%
Relatórios trimestrais completos enviados a tempo	30%	50%	70%	100%	100%	100%
Supervisão realizadas	50%	70%	80%	90%	100%	
Proporção pessoal formado	50%	70%	80%		90%	100%
Acesso à baciloscopia (com material e pessoal capacitado).	75%		85%		100%	

## 4.3. ESTRATÉGIAS

Dois grandes eixos estratégicos são propostos para o período de implementação do plano a saber:

1. *Reforço do sistema de saúde para apoiar a expansão e a qualidade da estratégia DOT*
  - i. Reforço da capacitação dos recursos humanos na gestão do programa
  - ii. Reforço da capacidade diagnóstica
  - iii. Garantia de um abastecimento regular em medicamentos antituberculosos de 1ª e 2ª linha e em reagentes e materiais de laboratório
  - iv. Reforço da vigilância epidemiológica incluindo a vigilância da resistência aos antibacilares
  - v. Reforço da supervisão, monitorização e avaliação
  - vi. Mobilização de recursos
2. *Reforço do envolvimento das comunidades e dos profissionais de saúde nos cuidados à tuberculose*
  - i. Desenvolvimento de intervenções no domínio de IEC
  - ii. Mobilização de parcerias nacionais para a luta contra a tuberculose
  - iii. Reforço da colaboração intra e intersectorial

### **4.3.1. Reforço do sistema de saúde para apoiar a expansão e a qualidade da estratégia DOT**

A melhoria da cobertura pela estratégia DOT é uma meta a atingir pelo PNLT nos próximos cinco anos. Para isso há necessidade de se levar a cabo actividades que permitam reforçar a capacidade de resposta dos serviços de saúde. Assim, as seguintes estratégias e actividades deverão ser implementadas:

#### **1.1 Reforço da capacitação dos recursos humanos na gestão do programa**

- 1.1.1 Rever e validar as directivas técnicas do programa.
- 1.1.2 Formar e reciclar os gestores do programa a diferentes níveis.

#### **1.2 Reforço da capacidade diagnóstica e de tratamento**

- 1.2.1 Formar e reciclar médicos, enfermeiros e agentes sanitários sobre a abordagem do doente com tuberculose.
- 1.2.2 Formar e reciclar técnicos de farmácia e laboratório no diagnóstico da tuberculose
- 1.2.3 Melhorar a adesão do doente ao tratamento.
- 1.2.4 Implementar um sistema de controlo de qualidade interno e externo a nível do laboratório.
- 1.2.5 Implementar a realização de culturas com teste de sensibilidade aos antibióticos.

#### **1.3 Garantia de um abastecimento regular em medicamentos antituberculosos de 1ª e 2ª linha e em reagentes e materiais de laboratório**

- 1.3.1 Prever dotação orçamental para a aquisição de medicamentos antituberculosos, reagentes e materiais de laboratório
- 1.3.2 Estabelecer mecanismos para aquisição de medicamentos de qualidade e a baixo custo.
- 1.3.3 Comprar e distribuir medicamentos, reagentes e materiais de laboratório.

#### **1.4 Reforço da vigilância epidemiológica incluindo a vigilância da resistência aos antibacilares**

- 1.4.1 Melhorar a recolha e notificação atempada dos dados epidemiológicos trimestrais.
- 1.4.2 Implementar a retro informação.
- 1.4.3 Implementar a vigilância da resistência aos antibacilares.
- 1.4.4 Melhorar a análise dos dados a nível das delegacias de saúde.

#### **1.5 Reforço da supervisão, monitorização e avaliação**

- 1.5.1 Rever, validar e implementar o guia de supervisão.
- 1.5.2 Formar e reciclar supervisores.
- 1.5.3 Elaborar e implementar um plano de supervisão.
- 1.5.4 Elaborar relatórios trimestrais e anuais de actividades.
- 1.5.5 Organizar encontros anuais, para balanço de actividades e planificação.
- 1.5.6 Organizar uma avaliação do programa a meio percurso (2009) e no fim do plano estratégico (2011).

#### **1.6 Mobilização de recursos**

- 1.6.1 Fazer advocacia junto dos parceiros nacionais e internacionais.
- 1.6.2 Fazer advocacia junto do governo (Ministério de Saúde, Finanças e Orçamento) para a alocação de fundos ao programa na distribuição interna dos recursos.

#### **4.2.2. Reforço do envolvimento das comunidades e dos profissionais de saúde nos cuidados à tuberculose**

Desenvolvimento de intervenções no domínio de IEC

Reforçar as actividades de sensibilização sobre o programa direccionadas para profissionais de saúde, doentes e suas famílias e grupos comunitários.

Reforçar a IEC ao nível dos hospitais, centros de saúde e postos sanitários dos concelhos.

Intensificar as actividades de sensibilização durante a Jornada Mundial da Tuberculose.

Mobilização de parcerias nacionais para a luta contra a tuberculose

Envolver ONG vocacionadas para a saúde e Associações comunitárias na luta contra a tuberculose.

Criar mecanismos de articulação com o PNL Pobreza e o Ministério do Trabalho e Solidariedade para melhoria das condições sócio-económicas dos doentes mais desfavorecidos.

Reforço da colaboração intra e intersectorial

Reforçar a colaboração entre o Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e o Programa de Luta contra a SIDA nos domínios de IEC, atendimento/aconselhamento dos doentes, supervisão, formação e laboratório.

Reforçar a colaboração entre o Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e o Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário no domínio de IEC.

Reforçar a colaboração entre o Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e a Direcção Geral de Farmácia na gestão dos antibacilares.

Reforçar a colaboração entre o Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e o Serviço de Epidemiologia na vigilância epidemiológica.

Reforçar a colaboração entre o Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e as escolas de formação na área da saúde.

Reforçar a colaboração entre o Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e o programa de Saúde escolar.

#### **4.4. Financiamento do plano estratégico**

##### **4.4.1. Fundos do Governo**

Salário do pessoal

Compra de medicamentos, equipamentos e reagentes

Despesas de funcionamento e logístico

##### **4.4.2 Fundos a mobilizar**

ONG's

#### **4.5. Equipa que elaborou o presente documento**

Jaqueline Manuela Rocha Pereira – Directora Geral da Saúde – Ministério da Saúde

## **Equipa técnica**

António Lima Moreira – Médico Infeciologista/ Direcção Geral de Saúde

Dulce Valadares Dupret – Médico Gastrenterologista / Responsável pelo Centro de Saúde de Achada S.to António, Praia.

Ildo Carvalho – Médico/ Saúde Pública. GEPC - Ministério da Saúde

João de Deus Lisboa Ramos – Médico, Saúde Pública

Jorge Noel Barreto – Infeciologista/ Hospital Dr Agostinho Neto

Maria Alice Dupret – Epidemiologista/ Representação da OMS em Cabo Verde

Maria Filomena S. T. Moniz – Bacteriologista/ Responsável da Rede Nacional de Laboratório

Maria de Lourdes Monteiro – Epidemiologista / Responsável pelo Serviço de Vigilância

Epidemiológica - Ministério da Saúde

Maria da Luz Lima Mendonça – Médica especialista em Medicina do Trabalho/ Directora do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e Lepra

Odete Maria Santos Cardoso da Silva – Pneumologista / Directora Serviço Tisiologia do Hospital Baptista de Sousa, São Vicente.

Também deram a sua contribuição: Drs Manuel Boal- médico - acessor do Sr Ministro da Saúde, Dra Maria José Fonseca – médica do Hospital Dr Agostinho Neto, Dra Conceição Carvalho, médica pediatra e responsável pela supervisão clínica (Ministério da Saúde) e Dra Edith Santos – Directora Geral de Farmácia.

## **4.6. DOCUMENTOS CONSULTADOS**

Relatórios anuais do PNLTL dos anos 2005 e 2006;  
Dados do PNLS- Apresentações do dia 1º de Dezembro de 2006,  
Segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva,  
Plano estratégico Nacional de Luta contra a Sida,

#### **4.7 ABREVIATURAS**

ADF – Fórum de Desenvolvimento de África

ARV – Anti-Retroviral

BCG – Bacilo Calmette Guerin

CCS-SIDA – Comité de Coordenação do Combate à Sida

CNDS – Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário

CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

DOT/(TOD) – Tratamento sob observação directa

GEP – Gabinete de Estudos e Planeamento

IDSR – Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva

IDSR II- Segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva

IEC – Informação, Educação, Comunicação

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

PENTB – Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Tuberculose e Lepra

PIB – Produto Interno Bruto

PNLS – Programa Nacional de Luta contra a Sida

Sida – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

TP – Tuberculose pulmonar

TEP – Tuberculose extra pulmonar

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

UITMR – União Internacional de luta contra a tuberculose e doenças respiratórias –  
(sigla em língua francesa)

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação e Cultura

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

## **5. PLANO DE ACÇÃO 2007-2011**

## PLANO DE ACÇÃO - PROGRAMA DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE 2007-2011 - ESTRATÉGIAS

### 5.1 Reforço do sistema de saúde para apoiar a expansão e a qualidade da estratégia DOT

#### 5.1.1 Reforço da capacitação dos recursos humanos na gestão do programa.

ACTIVIDADES	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL	INDICADORES	CRONOGRAMA	ORÇAMENTO (CONTOS ECV)					
					2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
5.1.1.1 Rever e validar as directivas técnicas do programa	a) Actualização e divulgação periódicas de normas técnicas	PNLT	Normas técnicas actualizadas e publicadas	Anualmente						
	b) Revisão do guião do programa	DGS/PNLT		1 e 2 T/2008-		500				
	c) Validação e edição de guião	DGS/PNLT	Guião revisto e validado	3 T/2008-		1000				
5.1.1.2 Formar e reciclar os gestores do programa a diferentes níveis	a) Formação e reciclagem do responsável do PNLT, no exterior	DGS	Relatórios de formação	3 T/2007, 2009 e 2011	500	400	400		400	
	b) Adaptação do módulo OMS de formação sobre a gestão do programa para os diferentes níveis	DGS/PNLT	Módulo adaptado	2 e 3 T/2007	800					
	c) Organização de cursos anuais sobre gestão do programa para pontos focais delegados de saúde, médicos e enfermeiros afectos ao programa ao nível descentralizado	PNLT	Nº de pessoas formadas	4 T de cada ano	1500	1500	1500	1500	1500	
Subtotal					2800	3400	1900	1500	1900	11.500

## PLANO DE ACÇÃO - PROGRAMA DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE 2007-2011- ESTRATÉGIAS

### 5.1. Reforço do sistema de saúde para apoiar a expansão e a qualidade da estratégia DOT

#### 5.1.2 Reforço da capacidade diagnostica e do tratamento

ACTIVIDADES	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL	INDICADORES	CRONOGRAMA	ORÇAMENTO (CONTOS ECV)					
					2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
5.1.2.1 Formar e reciclar médicos, enfermeiros e agentes sanitários sobre a abordagem do doente com tuberculose; estimular a realização de investigação operacional	a) Revisão e adaptação do programa de formação	PNLT	Programa de formação adoptado	4 T/2007						
	b) Formação e reciclagem de formadores	PNLT	Nº de técnicos formados	1 T/2008 e 2010		750		750		
	c) Organização de cursos locais anuais para médicos, enfermeiros e agentes sanitários	Delegacias de saúde	Nº de pessoas formadas por DS	Anualmente a partir de 2007		750	800	800	850	
	d) Apoiar a realização de trabalhos científicos	PNLT	Trabalhos científicos realizados e publicados							
5.1.2.2 Formar e reciclar técnicos de farmácia e de laboratório	Formação e reciclagem de técnicos de farmácia na gestão dos medicamentos	DGF/PNLT/DS	Nº de técnicos formados	T 2007/09	1500		1500			
	Reciclagem de técnicos de laboratório no diagnóstico da tuberculose	RNL PNLT	Nº de técnicos formados	4 T de 2/2 anos	1500		1500		1500	



<b>5.1.2.3 Melhorar a adesão do doente ao tratamento</b>	<p>a) <b>Formação e motivação dos profissionais de saúde</b></p> <p>b) <b>Difusão de informações claras sobre a doença nas salas de espera dos Hospitais e Estruturas de atenção primária</b></p> <p>c) <b>Definição local de estratégias de abordagem específica a grupos alvo (dependentes de álcool e drogas)</b></p> <p>d) <b>Criação de uma unidade de apoio aos doentes e familiares incluindo onde possível 1 psicólogo e 1 assistente social</b></p>	<p>DS PNLTL</p> <p>DS PNLTL</p> <p>DS PNLTL PSM</p> <p>DS</p>	<p>Nº formações realizadas</p> <p>% estruturas com informações publicitadas</p> <p>Estratégias definidas e implementadas</p> <p>% unidades criadas</p>	<p>Anualmente a partir de 2008</p> <p>Anualmente</p> <p>1T e 2T 2008</p> <p>2008</p>						
----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--

<p><b>5.1.2.4 Implementar um sistema de controlo de qualidade a nível dos laboratórios</b></p>	<p>a) Reforçar o nível central com recrutamento de 1 técnico com qualificação específica  b)Elaboração de normas para o controlo de qualidade nos labo públicos e privados  c) Promoção de legislação para a institucionalização do CQ  d) Aquisição de material para armazenamento e transporte de lâminas  e) Organização do transporte das lâminas e execução do CQ  f) Elaboração de relatório e retro informação</p>	<p>DGS  RNL  DGS/GEPC  RNL  DGF/PNLT  RNL  DS  RNL</p>	<p>Técnico recrutado  Normas publicadas  Ver se existe legislação  Material disponível  Nº de laboratórios implicados no CQ  Relatórios elaborados e enviados</p>	<p>1T 2008  T 2007  Todo ano 2007  3T 2007  Todo ano a partir de -4T 2007  Todo ano a partir de 2008</p>	<p>750</p>	<p>750</p>				
<p><b>5.1.2.5 Implementar a realização de cultura</b></p>	<p>a) Adaptação de espaço para instalação do LNR para a Tuberculose  b) Previsão das necessidades em reagentes, materiais e equipamentos  c) Aquisição dos reagentes, materiais e equipamentos</p>	<p>GEPC  DGS  HAN  RNL  RNL/PNLT</p>	<p>Laboratório em funcionamento  1.Reagentes, materiais e equipamentos disponíveis  2. nº de rotura de stock</p>	<p>2T/3T 2007  Anualmente a partir de 2007  Anualmente a partir de 4º T 2007</p>	<p>7000  750</p>	<p>750</p>	<p>780</p>	<p>800</p>	<p>850</p>	
<p>Subtotal</p>					<p>11500</p>	<p>2250</p>	<p>5330</p>	<p>2350</p>	<p>3200</p>	<p>24630</p>

## PLANO DE ACÇÃO - PROGRAMA DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE 2007-2011- ESTRATÉGIAS

<b>5.1 Reforço do sistema de saúde para apoiar a expansão e a qualidade da estratégia DOT</b>										
<b>5.1.3 Garantia de um abastecimento regular em medicamentos antituberculosos de 1ª e 2ª linha e em reagentes e materiais de laboratório</b>										
ACTIVIDADES	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL	INDICADORES	CRONOGRAMA	ORÇAMENTO (CONTOS ECV)					
					2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
5.1.3.1 Prever dotação orçamental para a aquisição de medicamentos antituberculosos, reagentes e materiais de laboratório	a) Elaboração da Previsão e dotação orçamental das necessidades anuais do programa	PNLT LNR DGF DGRHA	Necessidades previstas e orçamentadas	1T cada ano	1400	1600	1700	1800	1900	
5.1.3.2 Estabelecer mecanismos para aquisição de medicamentos de qualidade e a baixo custo	a) Elaboração de proposta para a aquisição de medicamentos dentro da lista das doenças oportunistas b) Viabilização da compra de medicamentos através de GDF	PNLT DGF LNR  PNLT	1. Medicamentos disponíveis 2. Número de roturas de stock	2T 2007  Anualmente a partir de 2008						
5.1.3.3 Comprar e distribuir, reagentes e materiais de laboratório	a) Previsão das necessidades e compra de reagentes e materiais de laboratório  b) 4 Plaidoyer para fornecimen-to de medicamentos e mobilização de recursos suplementares	DGF/PNLT/R NL	1. Reagentes, materiais e equipamentos disponíveis 2. Número de roturas de stock. Ausência de roturas de stock; recursos suplementares disponíveis	Anualmente  Anualmente	400	400	400	400	400	
Subtotal					1800	2000	2100	2200	2300	10400

## PLANO DE ACÇÃO - PROGRAMA DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE 2007-2011- ESTRATÉGIAS

5.1. Reforço do sistema de saúde para apoiar a expansão e a qualidade da estratégia DOT										
5.1.4 Reforço da vigilância epidemiológica incluindo a vigilância da resistência aos antibacilares										
ACTIVIDADES	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL	INDICADORES	CRONOGRAMA	ORÇAMENTO (MIL ECV)					
					2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
5.1.4.1 Melhorar a recolha e notificação atempada dos dados epidemiológicos trimestrais	a) Capacitação periódica dos técnicos responsáveis pela gestão de dados a nível central e local	SEpidem PNLT	Nº de técnicos formados e nº de formações realizadas	Cada 2 anos a partir de 2008		1000		1000		
	b) Monitorização da notificação completa e atempada	SEpidem PNLT	% de notificação completa % de notificação atempada	Todo o ano						
5.1.4.2 Implementar a retro informação	Elaboração e divulgação de relatórios trimestrais e anuais Colaboração na elaboração do boletim epidemiológico semestral	PNLT  PNLT SEpidem	Relatórios elaborados e divulgados	Trimestralmente  Semestralmente a partir 2007						

5.1.4.3 Implementar a vigilância da resistência antibacteriana aos	a) Elaboração do protocolo para o estudo da vigilância da resistência bacteriana	LNR PNLT S. Epidem	Protocolo implementado	1T 2008						
	b) Organização da recolha, transporte e análise das amostras	LNR S. Epidem DS Hospitais	Nº amostras analisadas/nº casos suspeitos	Todo ano a partir de 1T 2008			80	80	80	
	c) Elaboração e divulgação dos relatórios	LNR PNLT Epidemio	Relatórios divulgados	Anualmente a partir de 2008						
1.4.4 Melhorar a análise dos dados a nível das delegacias de saúde	a) Promoção de visitas periódicas do nível central	PNLT	1.Nº delegacias visitadas 2. nº de visitas por delegacia							
	b) Capacitação dos delegados de saúde pontos focais e gestores de dados	PNLT S. epidem	Nº delegados de saúde e gestores capacitados							
	c) Elaboração e divulgação de relatórios a nível local	DS	Relatórios divulgados por delegacia	Trimestral, todos os anos						
Subtotal					0	1000	80	1080	80	2240

## PLANO DE ACÇÃO - PROGRAMA DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE 2007-2011- ESTRATÉGIAS

5.1. Reforço do sistema de saúde para apoiar a expansão e a qualidade da estratégia DOT										
5.1.5 Reforço da supervisão, monitorização e avaliação										
ACTIVIDADES	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL	INDICADORES	CRONOGRAMA	ORÇAMENTO (MIL ECV)					
					2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
5.1.5.1 Rever, validar e implementar o guia de supervisão	a) revisão e edição do guia de supervisão	PNLT	Guia de supervisão	1 e 2T 2008		500				
	b) implementação do guia de supervisão	PNLT	implementado	2T 2007		200				
5.1.5.2 Formar e reciclar supervisores locais	formação e reciclagem de supervisores	DGS/PNLT	Nº supervisores formados	1 e 2 T 2008		400		400		
5.1.5.3 Elaborar e implementar um plano de supervisão	a) elaboração do plano de supervisão anual	PNLT	Plano de supervisão elaborado	Anualmente						
	b) implementação de visitas de supervisão	DGS/PNLT	Nº visitas realizadas/progr amado	2 vezes/ano /delegacias	800	800	800	800	800	
5.1.5.4Elaborar relatórios trimestrais e anuais de actividades a todos os níveis	a) elaboração e divulgação de relatórios	PNLT	Nº Relatórios divulgados/nº programados	Trimestral e anualmente						
1.5.5 Fazer balanço de actividades e planificação	a) Organização de encontros bianuais	DGS/PNLT/DS /Hospitais	Relatório dos encontros	4 T/2008 e 2010		1600		1600		
1.5.6 Organizar uma avaliação, internacional, do programa a meio percurso (2009) e no fim do plano estratégico (2011)	a) Recrutamento de uma consultoria	DGS/PNLT	Relatório de avaliação	4 T/2009 e 2011			300		400	
Subtotal					800	3500	1100	2800	1200	8400

## PLANO DE ACÇÃO - PROGRAMA DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE 2007-2011- ESTRATÉGIAS

### 5.1. Reforço do sistema de saúde para apoiar a expansão e a qualidade da estratégia DOT

#### 5.1.6 Mobilização de recursos

ACTIVIDADES	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL	INDICADORES	CRONOGRAMA	ORÇAMENTO (CONTOS ECV)					
					2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
5.1.6.1 Fazer advocacia junto dos parceiros nacionais e internacionais	a) realização de reuniões e entrevistas com ONG, empresas, e representações de organismos internacionais	DGS/PNLT	Nº encontros realizados e relatórios	Anualmente a partir de 2008						
5.1.6.2 Fazer advocacia junto do governo (Ministério de Saúde, Finanças e Orçamento) para a alocação de fundos ao programa na distribuição interna dos recursos	a) realização de reuniões de sensibilização com o ministro da Saúde e directores gerais do Ministério da Saúde	DGS/PNLT	Nº encontros realizados e relatórios	Anualmente a partir de 2 T/ 2007						
Subtotal					0	0	0	0	0	0

## PLANO DE ACÇÃO - PROGRAMA DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE 2007-2011- ESTRATÉGIAS

### 5.2. Reforço do envolvimento das comunidades e dos profissionais de saúde nos cuidados à tuberculose

#### 5.2.1. Desenvolvimento de intervenções no domínio de IEC

ACTIVIDADES	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL	INDICADORES	CRONOGRAMA	ORÇAMENTO (CONTOS ECV)					
					2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
5.2.1.2 Reforçar as actividades de sensibilização sobre o programa direccionadas para os profissionais de saúde, os doentes e seus familiares e os grupos comunitários	a) distribuição anual de desdobráveis e cartazes	PNLT CNDS	Nº de desdobráveis de cartazes distribuídos	Anualmente 1T 2007						
	b) Divulgação de desdobráveis e cartazes e actualização PERIÓDICA das imagens e mensagens dos mesmos	PNLT CNDS		Anualmente 1T 2007	50	50	100	100	100	
	c) Produção de spots para TV e rádio sobre a TUB	PNLT CNDS				150		180		
	d) Difusão de spots para TV e rádio	PNLT CNDS	Nº spots difundidos	1 T/2008 e 2010	200	200	250	250	300	
	e) Realização de palestras e reuniões, a nível local, com profissionais de saúde, doentes e familiares e grupos comunitários	PNLT CNDS DS	Nº de palestras e ou reuniões realizadas por grupo alvo	Anualmente 1T Todo o ano 2007	50	50	50	50	50	
	f) Produção de artigos sobre a tuberculose para jornais, páginas electrónicas, revistas	PNLT CNDS	Nº de artigos divulgados	1 T a partir de 2008						
	g) Organização de um Atelier de sensibilização e informação dos jornalistas dos medias sobre a TUB	PNLT CNDS	1. Relatório do atelier 2. Nº de jornalista participantes	2 T 2008		600				



<p>5.2.1.2 Reforçar a IEC ao nível dos hospitais, centros de saúde e postos sanitários dos concelhos</p>	<p>a) Capacitação em IEC/TUB, das equipas responsáveis pelo seguimento dos doentes</p> <p>b) Reprodução de DVD e outro material informativo sobre TUB e sua distribuição a todas as Delegacias e hospitais</p> <p>c) Divulgação de informações sobre tuberculose nas estruturas de saúde</p>	<p>PNLT CNDS DS Hospitais</p> <p>PNLT</p> <p>DS Hospitais</p>	<p>Nº equipas capacitadas</p> <p>Nº de delegacias e hospitais com material</p> <p>Nº de sessões realizadas por estrutura</p>	<p>Anualmente e 4 T</p> <p>e 3 T 2007</p> <p>Todo o ano</p>	50					
<p>5.2.1.3 Intensificar as actividades de sensibilização durante a Jornada Mundial da Tuberculose</p>	<p>a) Promover a comemoração da Jornada Mundial, a nível nacional (central e localmente).</p>	<p>PNLT CNDS DSaúde Hospitais</p>	<p>Relatório das actividades elaborado</p>	<p>1 T anualmente</p>						
<p>Subtotal</p>					350	1050	400	580	450	2830

## PLANO DE ACÇÃO - PROGRAMA DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE 2007-2011- ESTRATÉGIAS

### 5.2. Reforço do envolvimento das comunidades e dos profissionais de saúde nos cuidados à tuberculose

#### 5.2.2 Mobilização de parcerias nacionais para a luta contra a tuberculose

ACTIVIDADES	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL	INDICADORES	CRONOGRAMA	ORÇAMENTO (MIL ECV)					
					2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
5.2.2.1 Envolver ONG vocacionadas para a saúde e Associações comunitárias na luta contra a Tuberculose	a) Identificação de ONG e Associações comunitárias a nível nacional e local	PNLT CNDS DS	Lista de ONG e associações identificadas e capacitadas	2T 2007	50					
	b) Elaboração de um programa de capacitação	PNLT CNDS ONG A. C.		4T 2007						
	c) Capacitação dos membros das ONG e Associações comunitárias	PNLT CNDS DS		Anualmente a partir de 2008	200	200	200	200		
	d) Elaboração e implementação de programa de acção a nível local	DS ONG A. C.	Plano de acção implementado	A partir de 2008						
	e) Estabelecimento de protocolos com Cruz Vermelha, Caritas, para apoio aos doentes mais desfavorecidos	PNLP DS	Protocolos estabelecidos Nº doentes abrangidos	A partir de 2008						

5.2.2.2 Criar mecanismos de articulação e colaboração com o PNL Pobreza, Ministério do Trabalho e Solidariedade e Câmaras Municipais	a) Estabelecimento de protocolos com o Programa de Luta contra a Pobreza para apoio aos doentes mais desfavorecidos	DGS PNLT DS	Protocolos estabelecidos Nº doentes abrangidos							
	b) Estabelecimento de protocolos com as Câmaras Municipais dos concelhos com maior número de casos para apoio na abordagem social dos doentes mais desfavorecidos	DGS PNLT DS	Protocolos estabelecidos Nº doentes abrangidos							
	c) Estabelecimento de protocolos com o Ministério do Trabalho e Solidariedade para apoio na abordagem social dos doentes	DGS PNLT	Protocolos estabelecidos Nº doentes abrangidos							
Subtotal					50	200	200	200	200	850

## PLANO DE ACÇÃO - PROGRAMA DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE 2007-2011- ESTRATÉGIAS

### 5.2. Reforço do envolvimento das comunidades e dos profissionais de saúde nos cuidados à tuberculose

#### 5.2.3. Reforço da colaboração intra e intersectorial

ACTIVIDADES	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL	INDICADORES	CRONOGRAMA	ORÇAMENTO (MIL ECV)					
					2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
5.2.3.1 Reforçar a colaboração entre o Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e o Programa de Luta contra a SIDA nos domínios de IEC, atendimento/aconselhamento dos doentes, supervisão, formação e laboratório	a) Inclusão de módulos de formação sobre atendimento aconselhamento em TUB nos cursos de formação sobre VIH/SIDA e vice-versa	PNLT PLS/Polos CNDS	Módulos de formação incluídos	A partir de 2008						
	b) Inclusão de actividades de sensibilização sobre a TUB nas campanhas sobre o VIH/SIDA e vice-versa	PNLT PLS CNDS	Relatórios das campanhas	A partir de 2007	800					
	c) Realização de acções integradas de formação e supervisão	PNLT PLS RNL	Nº de formação e supervisão integradas realizadas/programa das	Anualmente a partir de 2007		800	900	900	900	
	d) Aquisição de medicamentos antituberculosos	DGF PNLT PLS	Nº rotura stock (medicamentos PLS)	Anualmente partir de 2008	9153	11083	14409	18731	24351	
	e) Aquisição de reagentes para estudo da resistência aos antibacilares	DGF PNLT PLS RNL	Reagentes disponíveis	Anualmente partir de 2008						

<p>5.2.3.2 Reforçar a colaboração entre o Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e o Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário no domínio de IEC</p>	<p>a) Participação na elaboração e implementação de um plano anual conjunto no domínio de IEC.</p> <p>Participação nas reuniões de balanço organizadas pelo CNDS.</p> <p>c) Participação na avaliação do impacto das acções de IEC</p>	<p>CNDS PNLT</p> <p>PNLT</p> <p>CNDS PNLT INE</p>	<p>Plano implementado</p> <p>Nº de reuniões/nº programado</p>	<p>A partir de 2008</p> <p>Anualmente a partir de 2007</p> <p>A partir de 2008</p>						
<p>5.2.3.3 Reforçar a colaboração entre o Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose, Direcção Geral de Farmácia e Rede Nacional de Laboratórios, na gestão dos antibacilares, reagentes e consumíveis</p>	<p>.3.1 Realização de previsões conjuntas dos antibacilares, reagentes, consumíveis e equipamentos</p> <p>9.3.2 Realização de encontros semestrais entre o PNLT e os Depósitos de Medicamentos para balanço.</p>	<p>DGF RNL PNLT</p> <p>PNLT Depósitos</p>	<p>Previsão elaborada</p> <p>Nº reuniões realizadas/nº programadas</p>	<p>Anualmente a partir de 2007</p> <p>Anualmente a partir de 2007</p>						
<p>5.2.3.4 Reforçar a colaboração entre o Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e o Serviço de Epidemiologia na vigilância epidemiológica</p>	<p>a) Participação nas acções de formação</p> <p>b) Participação na supervisão e avaliação da vigilância da Tuberculose</p> <p>c) Participação na monitorização dos relatórios de gestão e notificação</p>	<p>S. Epidem PNLT</p> <p>S. Epidem PNLT</p> <p>S. Epidem PNLT</p>	<p>Nº de formações conjuntas realizadas</p> <p>Nº de visitas de supervisão e avaliação conjuntas realizadas</p> <p>Taxa de totalidade e pontualidade dos relatórios</p>	<p>Anualmente a partir de 2007</p> <p>Anualmente a partir de 2007</p> <p>Anualmente a partir de 2007</p>						

5.2.3.5 Reforçar a colaboração entre o Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e as escolas de formação na área da saúde	a) Elaboração de uma proposta ao MS sobre uniformização do ensino da Tuberculose nas escolas de enfermagem	DGS GEPC PNLT	Proposta apresentada	3 T 2007						
5.2.3.6 Reforçar a colaboração entre o Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e o programa de Saúde escolar	a) Elaboração de uma proposta para inclusão da Tuberculose nos currícula do ensino	DGS GEPC PNLT	Proposta apresentada	3 T 2007						
Subtotal					9953	11883	15309	19631	25251	82027

TOTAL Geral:

**142877 contos**

## ANEXOS

### Casos de Tuberculose registados no ano de 2005

Delegacias de Saúde	Total de casos	Baciloscopia Positiva				Baciloscopia Negativa		Tuberculose Extra Pulmonar
		Casos Novos	Recaídas	Fracassos	TT. Após Abandono	<15 Anos	> 15 Anos	
Praia	129	50	8	1	7	6	33	24
S. Domingos	5	3	0	0	0	0	2	0
Santa Cruz	26	9	0	0	0	2	11	4
Santa Catarina	14	8	1	0	0	0	5	0
Tarrafal	13	7	0	0	1	0	3	2
S. Miguel	4	2	0	0	1	0	1	0
Maio	6	2	1	0	0	0	1	2
S. Filipe	27	9	4	1	1	1	5	6
Mosteiros	0	0	0	0	0	0	0	0
Brava	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
S. Vicente	41	18	4	0	0	0	16	3
S. Nicolau	12	9	0	0	0	0	3	0
Sal	8	6	0	0	0	1	0	1
Boa Vista	0	0	0	0	0	0	0	0
Ribeira Grande	9	7	1	1	0	0	0	0
Porto Novo	6	2	0	0	0	0	3	1
Paúl	5	3	2	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>305</b>	<b>135</b>	<b>21</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>83</b>	<b>43</b>

Fonte: Relatórios trimestrais das Delegacias de Saúde

ND: Dados não disponíveis

1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
40	31	33	42	26	20	26	13	14	19	16	13	19	13

ANEXO 1 - Evolução do número de óbitos por Tuberculose: 1992-2005

Fonte: GEPC- Ministério da Saúde

Quadro com a evolução novos da Tuberculose nos últimos 11 anos.

Ano	Número	População	Incidência/100.000
1994	200	276.000	53.2
1995	233	386.185	60.3
1996	190	396.172	48
1997	196	406.514	48.2
1998	208	417.200	49.8
1999	172	428.227	40.16
2000	222	434.625	51
2001	291	442.450	65.77
2002	195	446.000	43.33
2003	302	460.000	65.65
2004	269	467.233	57.57
2005	271	478.163	57.67
2006	252	487.120	51.63

Fonte

1. 1989: Relatório de avaliação do projecto da Tuberculose em Cabo Verde; Cooperação Luxemburguesa; Janeiro de 2000; Dr. Franz Schleiser, citando o Dr. Lomba de Moraes - Director do programa na altura.
2. 1994 a 1996 e 1999 a 2000: Boletim epidemiológico, Ministério da Saúde.
3. 2001 a 2005 : dados do programa Nacional de Luta contra a tuberculose