



República de Angola
Ministério da saúde
Programa Nacional de Controlo
da Tuberculose

RELATÓRIO 2015

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA TUBERCULOSE - ANGOLA

Luanda, Agosto de 2016

RESUMO

O presente Relatório 2015, reflecte as intervenções de controlo da Tuberculose em Angola lideradas pelo Ministério da Saúde (MINSA) através do Programa Nacional de controlo da Tuberculose (PNCT) e implementadas nas 18 Províncias. Os grandes desafios atingidos foram:

⇒ **Melhorar a nível municipal a estratégia DOTS-I (Diagnóstico e tratamento observado a nível Institucional), assegurando o acesso ao diagnóstico e uso de novas tecnologias (iLED, GENEXPERT, cultura).**

- Reforço da rede de laboratório de baciloscopia com a dotação de 42 microscópios de imunofluorescência iLED e 24 microscópios ópticos Olympus;
- Expansão da rede de Unidades de Diagnóstico e Tratamento (UDT com laboratório de baciloscopia) de 101 para 136 UDT.
- Rede de UDT em 111 municípios (68% de cobertura municipal, alguns municípios com mais de uma UDT).
- Expansão da rede de Unidades de Tratamento (UT) de 92 para 147 UT, o que significa que 5% das US do país integradas no controlo da TB (actualmente rede de 2.905 US)
- Reforço da rede de diagnóstico da TB-MR em 10 novas províncias através do início da implantação de Genexpert (de 1 Genexpert existente para uma rede de 10 novos Genexpert), 4 laboratórios de cultura, 3 câmaras de segurança biológicas e reagentes para a preparação de meios de cultura sólidos Ogawa Kudoh em 6 províncias;

⇒ **Reforçar a capacidade institucional e resposta nacional para o controlo da TB;**

- Melhoria no desempenho da resposta provincial de combate à TB: 5 províncias com desempenho regular: Benguela, Bié, K-Norte; Moxico e Uíge. Em 13 províncias ainda baixo desempenho;
- Reforço de 10 províncias com Oficiais de Programas (OPP-TB);
- Parceiros com Programa de controlo da TB funcional: OIM desenvolve projecto para as Prissões e Mineiros; ESSO-Angola com programa da TB; ICAP com projecto em Luanda de controlo da coinfeção TB/VIH; em 5 províncias de maior prevalência da TB prevê-se com financiamento do FG-NC a implementação do DOTS-C;

- O 64% de cumprimento das actividades planificadas, as mais relevantes:
 - Refrescagem sobre normas de gestão da TB com participação de 18 supervisores de programas e 10 OPP-TB;
 - Formação de 90 técnicos de laboratório sobre técnicas de diagnóstico da TB;
 - Formação de 105 médicos em gestão da TB, TB/VIH e TB-MR;
 - Formação de 200 Enfermeiros (as) em gestão da TB, sistema de informação e logística da TB;
 - Encontros municipais nas 18 províncias sobre análise da situação da TB com participação de 75 pontos focais municipais (52% de participação);
 - Supervisões formativas periódicas na rede de UDT/UT com ênfase na revisão de dados, análise da informação, monitoria do tratamento supervisionado, busca activa de faltosos e controlo dos contactos;

⇒ **Metas atingidas no Projecto Ronda 9-FG (previstas até Agosto/16);**

- Previsto a final do Projecto 412 serviços de TB, actualmente funcional 283 serviços de TB (68,6% cumprimento).
- Previsto 257 laboratórios de BK, actualmente 136 laboratorios de BK em funcionamento nas UDT (54% cumprimento)
- Programas de TB nas prissoes, previsto 18 prissões que notificam ao programas de TB, actualmente apenas 2 prissões notificam periodicamente;

As lições aprendidas e metas atingidas são analisadas no Relatório 2015 e representam o esforço do Governo e o trabalho coordenado das equipas técnicas do PNCT e parcerias. As intervenções respondem às linhas estratégicas do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, o Plano Estratégico Nacional da TB e orientações internacionais contidas no Plano STOP TB, todas estas acções estão a contribuir em Angola a melhorar o controlo da TB dentro dos princípios da qualidade das prestações com ênfase no tratamento directamente observado, o seguimento dos doentes em tratamento a nível institucional e comunitário.

Luanda, Agosto 2016

RELATÓRIO 2015

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA TUBERCULOSE

I. INTRODUÇÃO

Em Angola, a situação epidemiológica da Tuberculose (TB) é preocupante, com variações nas diferentes regiões do país devido à multiples factores que se agravam pela (i) limitada adesão ao tratamento, (ii) altas taxas de abandonos, (iii) difícil acesso aos grupos vulneráveis, (iv) aumento da infecção TB/VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana), (v) existência de cepas resistentes aos fármacos antituberculosos, (vi) desigualdades sociais, pobreza e discriminação, que fazem da Tuberculose uma doença de difícil controlo.

Esta situação é considerada um reto para o Programa Nacional de controlo da Tuberculose (PNCT), cujas linhas de acção encontram-se no Plano Estratégico Nacional (PEN-TB 2013-2017).

O PEN-TB visa principalmente:

- Expandir a rede de UDT/UT
- Reforçar a rede de Laboratórios com uso de novas tecnologias (iLED, GeneXpert e meios de cultura);
- Reforçar o Tratamento directamente observado (TDO) na rede de serviços de TB institucional (DOTS-I) e comunitário (DOTS-C).
- Melhorar o seguimento dos doentes em tratamento, o controlo de contactos e sintomáticos respiratório.
- Contar com um sistema de informação, logística de medicamentos e reagentes atempado e de qualidade.

A informação contida no actual Relatório 2015¹ é o resultado alcançado pelo PNCT em Angola. As intervenções planificadas encontram-se no Plano de acção 2015 que foi elaborado em base às linhas estratégicas do PEN-TB 2013-2017 o qual responde ao Plano de Desenvolvimento

¹ O actual relatório 2015, foi finalizado em Julho 2016, devido a que o levantamento da rede de serviços da TB finalizou em Maio/2016 e a coorte foi analisada tardiamente.

Sanitário que prioriza o reforço a municipalização do controlo da TB e à estratégia mundial “STOP TB” para alcançar os objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) de reduzir a morbimortalidade devida a Tuberculose.

O controlo da TB em Angola é complexa, a resposta nacional contou com apoio do Governo, que considerou a TB uma “prioridade nacional” implícita nas linhas estratégicas do Plano de Desenvolvimento Sanitário e dos Planos Operacionais Provinciais.

Nos últimos anos, o PNCT alcançou a expansão do controlo da TB a nível Municipal, actualmente 68% dos municípios sedes contam com acções de vigilância epidemiológica e melhor capacidade de resposta na gestão da TB, TB-MR e TB/VIH, mais ainda persistem grandes desafios como ser:

- Expandir e melhorar a nível municipal a estratégia DOTS-I (Diagnostico e Tratamento Observado a nível Institucional) através das Unidades de Diagnostico e Tratamento (UDT com laboratório de baciloscopia de escarro) e as Unidades de tratamento (UT);
- Assegurar que a rede de UDT/UT realize o TDO (tratamento directamente observado) com standardização do esquema de curta duração na rede de serviços de TB (UDT/UT, nos Hospitais Sanatórios (HS) e Dispensário da Tuberculose (DAT));
- Padronizar a assistência da TB e gestão de casos complicados de TB/VIH e TB-MR, nos Hospitais Provinciais, Municipal, Hospitais Sanatórios (HS) e DATS (Dispensários da TB);
- Melhorar o seguimento, acompanhamento dos casos em tratamento, busca activa de faltosos na rede de serviços da TB, com vista ao aumento das Taxas de cura, redução de abandonos, de retratamentos e/ou fracassos.
- Expandir a rede de diagnóstico da TB integrado à rede de Unidades Sanitárias (US) através da baciloscopia de escarro, uso novas tecnologia como ser diagnóstico através de microscopia ILED, Genexpert e/ou meios de cultura sólida e líquida;
- Melhorar o seguimento dos doentes em tratamento, reduzindo abandonos, retratamento e/ou fracassos;
- Reforço no controlo atempado da TB-MR e coinfeção TB/VIH;

- Melhorar a capacidade de gestão através de formações e supervisão em serviço assegurando cumprimento de normas e análise da informação para a tomada de decisões.
- Contar com um sistema de informação computarizado, oportuno, ágil e com dados confiáveis para a análise e tomada de decisões nos diferentes níveis;
- Melhorar a logística de medicamentos e reagentes acreditados e sem rotura de stock, reforçando a coordenação com CECOMA e supervisionando o bom uso dos insumos nos diferentes níveis;
- Dinamizar a estratégia DOTS-C em municípios pilotos que contrinuíam ao sucesso de tratamento, diminuição dos abandonos, busca activa de faltosos, encaminhamento de contactos e sintomáticos respiratórios (SR), assim como acções de IEC na comunidade.
- Promover a coordenação das parcerias (PPMIX) no controlo da TB e das infeções a nível nosocomial,
- Estimular pesquisas operacionais que aportem orientações e novas estratégias que reforcem e melhorem o controlo da TB no país.

II. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TB

Neste relatório, para análise das taxas foi utilizada a partir de 2015 as projecções estimadas do Censo 2014 realizado em Angola, tomando em conta o crescimento vegetativo anual (INE 2014), estes dados populacionais estão também contidos na Nota Conceptual (NC) 2016-2017 apresentado ao Fundo Global.

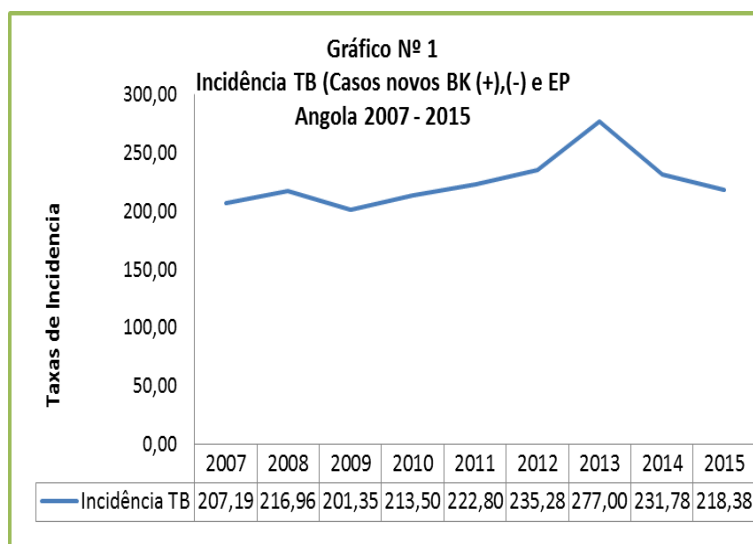
Nos Relatório de anos anteriores utilizaram-se estimativas da população que encontram-se no PEN-TB 2013 – 2017.

Quadro N° 1
Projecções das populações por idades
Angola 2007- 2015

Grupo de idade	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*	2018*
População Total	20.609.294	21.267.300	21.955.773	25.060.068	25.918.498	26.721.971	27.550.353
Menores de 10 anos	7.055.623	7.259.725	7.479.798	8.581.416	8.847.440	9.121.711	9.404.484
De 10 a 14 anos	2.706.912	2.786.448	2.868.417	3.293.743	3.395.849	3.501.121	3.609.655
De 15 a 49 anos	9.006.800	9.330.590	9.665.175	11.029.299	11.371.207	11.723.715	12.087.150
Maiores de 50 anos	1.839.959	1.890.537	1.942.383	2.234.724	2.304.001	2.375.425	2.449.063

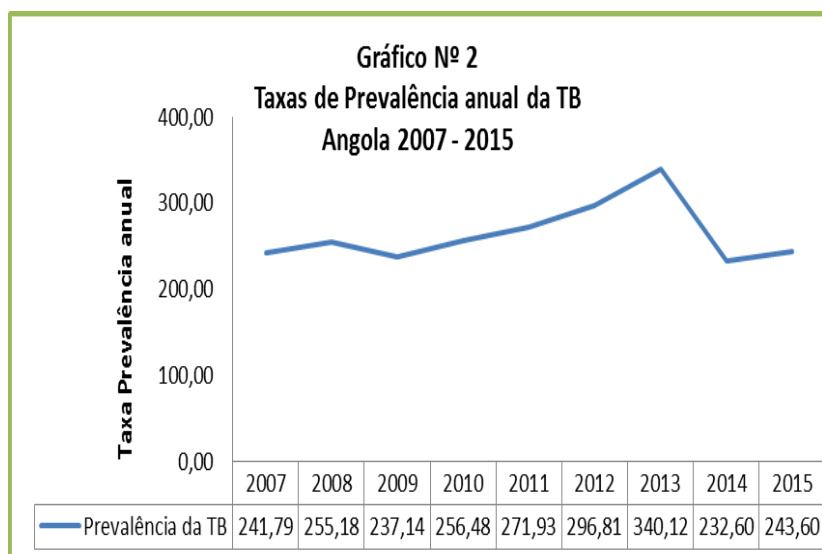
*Projecção baseada no CENSO 2014 e no crescimento vegetativo anual 2,7%.

2.1 Taxas de Incidência, Prevalência da TB - 2015



No gráfico N° 1, observa-se a Taxa de incidência da Tuberculose (Casos novos BK +, BK - e EP), cujo pico máximo foi alcançado em 2013, sofrendo uma decida

na incidência anual da TB, para 2015 a Taxa de Incidência foi de 218,3 x 100.000 habitantes².



A prevalência da TB todas as formas (gráfico Nº 2), alcançou o máximo em 2013.

A prevalência estimada em 2015 foi de 243,6 x 100.000 habitantes³, observando-se uma decida de 10% na notificação de casos em

comparação ao ano anterior.

2.2 Notificação da TB todas as formas de 2017 a 2015

No seguinte quadro Nº2, vemos a notificação da TB todas as formas ao longo dos anos.

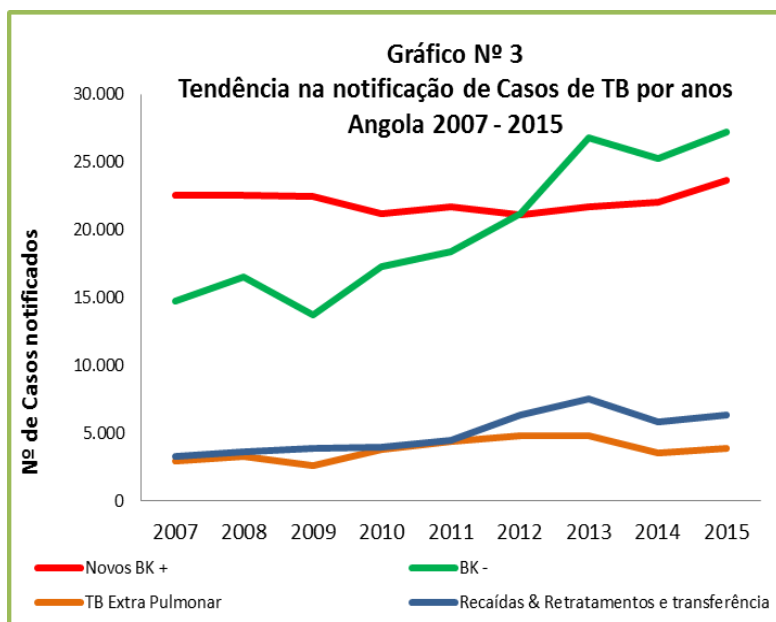
Quadro Nº 2
Casos de Tuberculose em todas as formas
Notificados em Angola 2007-2015*

Ano	Casos Novos BK+	Casos Novos BK-	TB Extra Pulmonar	Recaídas, Retratamentos, outros já tratados (BK desconhecida)	TOTAL
2007	22.562	14.733	2.911	3.317	43.523
2008	22.562	16.490	3.297	3.584	45.933
2009	22.488	13.755	2.580	3.863	42.686
2010	21.145	17.285	3.780	3.956	46.166
2011	21.703	18.401	4.399	4.444	48.947
2012	23.679	21.226	4.776	6.300	53.426
2013	21.661	26.758	4.835	7553	60.807
2014	22.046	25.282	3.562	5.826	56.716
2015	23.643	27.202	3.894	6.321	61.060

Fonte: Relatório anual PNCT * Casos em retratamento que inclui outros casos já tratados

², Utilizada estimativas da população baseada no Censo Nacional de 2014, cuja população estimada de 25.139.183 habitantes.

³ Utilizada estimativas da população, baseada no Censo Nacional de 2014 (população estimada 25.139.183)

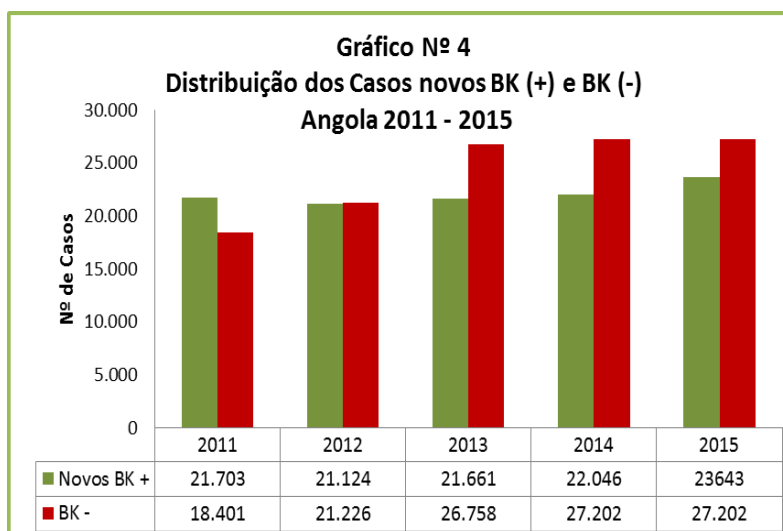


A seguir vemos a Tendência na notificação da TB ao longo dos anos (gráfico Nº 3), observa-se nos últimos anos aumento dos BK (-) vs BK (+).

A tendência dos retratamentos vs EP mostra uma diferença pouco significativa, mais a existência de aumento nos

Retratamentos (envolve fracassos, recaídas, reaparecidos e outros já tratados) podem estar a camuflar a existência de casos TB-MR no país.

2.3 Notificação BK (+) vs BK(-) em 2015

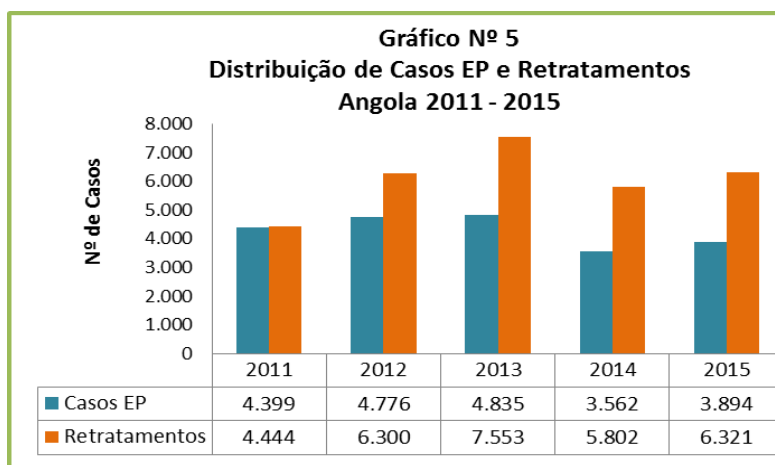


Análise comparativa ao longo do tempo dos casos BK (+) e BK (-), observa-se no gráfico Nº 4, vemos que foi sempre maior a notificação dos BK (-) em comparação aos BK (+).

Em 2015, a notificação de BK (-) foi maior em 4% em comparação aos BK (+), isto significa que o diagnóstico da TB é principalmente clínico ou por Rx. Esta situação é um desafio para o PNCT reverter a relação BK(+)/BK(-).

As normas da OMS indicam que 60% do total de casos devem ser BK (+); e que os BK (-) não devem ultrapassar 30% do total de casos.

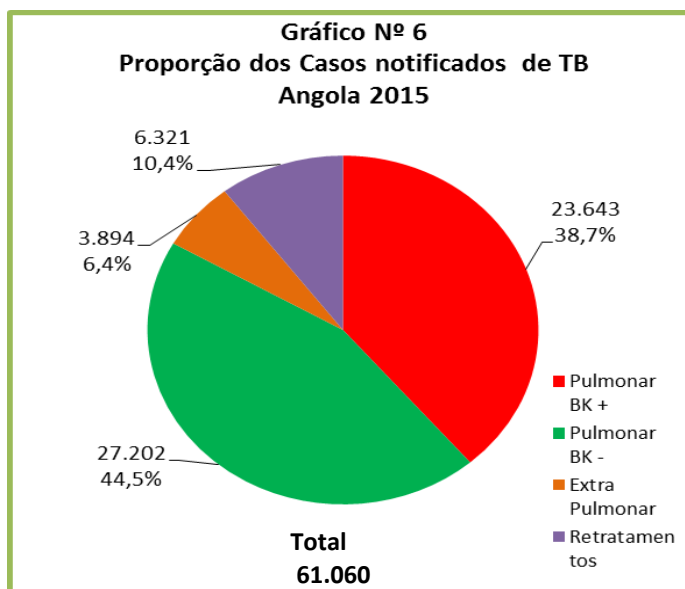
2.4 Notificação EP vs Retratamentos em 2015



A seguir (gráfico Nº 5), temos a relação no tempo da notificação de EP (extrapulmonar) e Retratamentos. Vemos que existe maior notificação de Retratamentos (fracassos, recaídas, retratamentos e outros já tratados), esta

situação indica que os serviços de TB não realizam acompanhamento e seguimento dos casos em tratamento, a busca activa dos faltosos, situação que pode agravar com aumento de casos de TB-MR e/ou coinfectados TB/VIH.

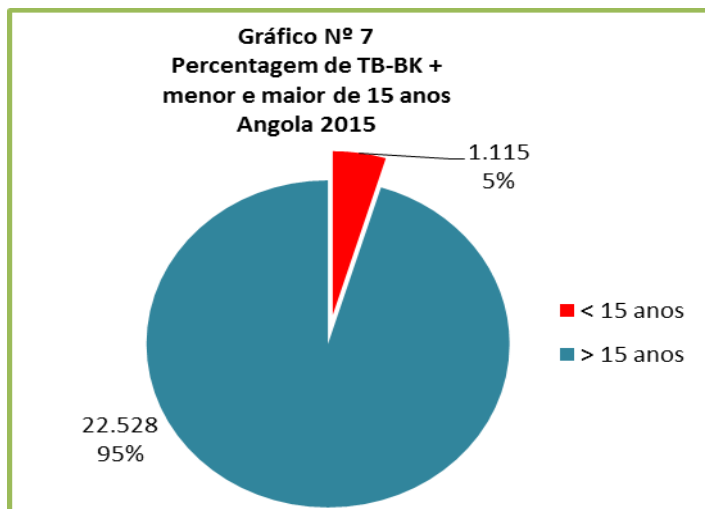
2.5 Distribuição de casos TB (todas as formas) em 2015



Em 2015, foi notificado um total de **61.060** casos de TB todas as formas (gráfico Nº 6). Vemos que 44% da casuística foram BK (-); o 38% BK (+); 10% Retratamento e 6% Extrapulmonar.

Esta situação é um grande desafio, já que deve mudar a relação BK (+)/BK (-) e baixar os retratamentos porque nos está a mostrar que a rede de diagnóstico através da baciloscopia de escarro não funciona e que as normas de TDO (tratamento directamente observado) a nível institucional não se cumpre.

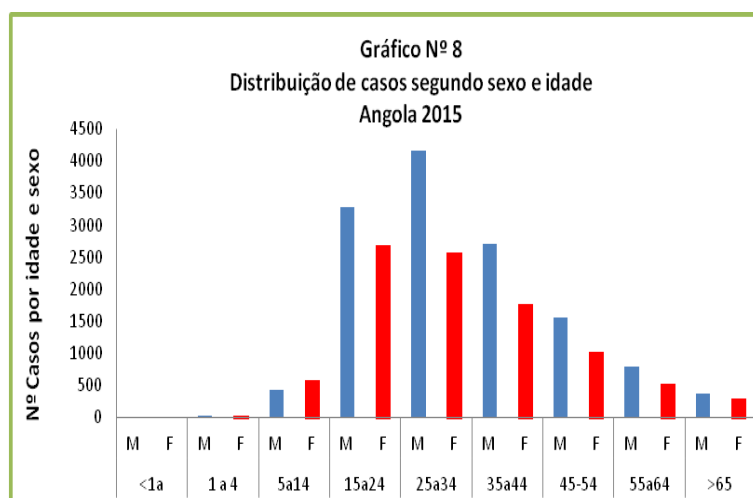
2.6 Notificação de BK (+) em menores e maiores de 15 anos de 2015



Em 2015 foi notificado um total de 23.643 casos de TB-BK (+) dos quais 5% (1.115 casos) foram em menores de 15 anos e 95% (22.528 caso) em maiores de 15 anos.

As províncias de Luanda, Benguela, Huila e Namibe, continuam a notificar maior número de BK (+) em menores de 15 anos.

2,7 Distribuição por idade e sexo da TB todas as formas



A distribuição dos casos de TB por idade e sexo em 2015 (gráfico Nº 8), vemos que 29% da casuística nacional está na faixa etária dos 25 à 34 anos, seguido de 22% nas idades de 15 a 24 anos e 19% nos 35 a 44 anos.

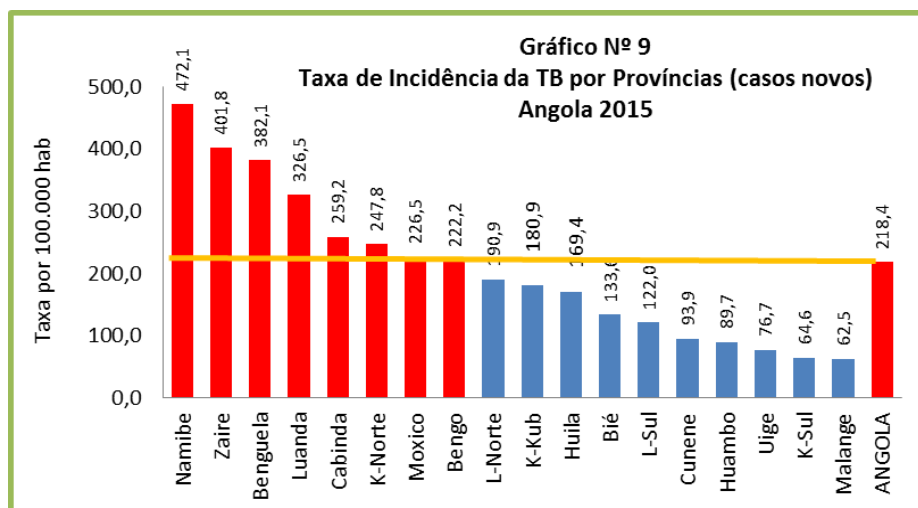
A faixa etária menos atingida pela TB foram os menores dos quatro anos e maiores de 65 anos.

Relativamente à distribuição por sexo, vemos que 56% do total dos casos correspondem ao sexo masculino em relação com 44% para o sexo feminino, sendo a relação H/M de 1.2/1.

2.8 Notificação por províncias em 2015

2.8.1 Tx Incidência por províncias casos novos: BK (+), BK (-) e EP em 2015.

Em 2015, a notificação dos **Casos Novos** de TB (BK +; BK – e EP), foi de **54.739 casos** que correspondem a 89,6% do total dos casos notificados.



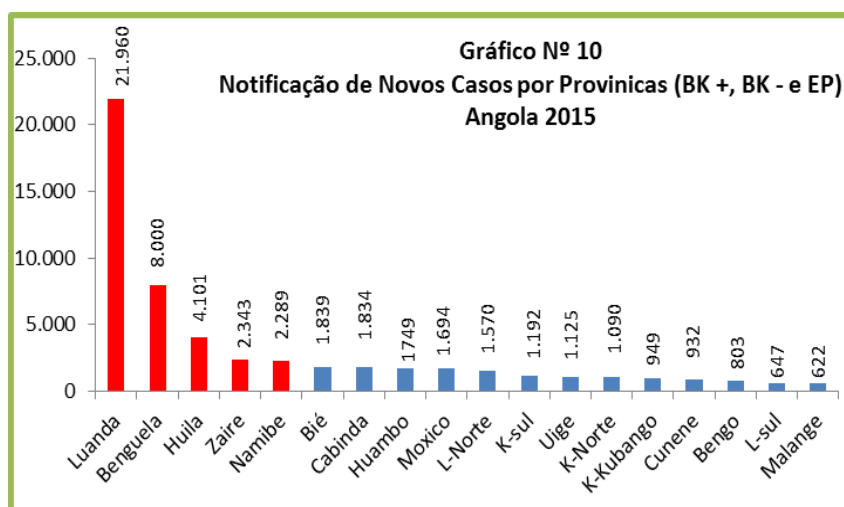
No gráfico a seguir (Nº 9), analisamos a Taxa de incidência (casos novos Bk (+), (-) e EP) por províncias para 2015⁴. Vemos que em 8

províncias as **Taxas de Incidência** são superior à **media nacional de 218 x 100.000 hab**, nomeadamente as províncias de Namibe, Zaire, Benguela, Luanda, Cabinda, K-Norte, Moxico e Bengo.

Esta situação deve motivar à reflexão das autoridades provinciais e municipais para priorizar o programa da TB, é importante horizontalizar o controlo da TB em toda a rede de Unidades Sanitárias, deve existir um serviço de TB onde fora detectado um caso da TB.

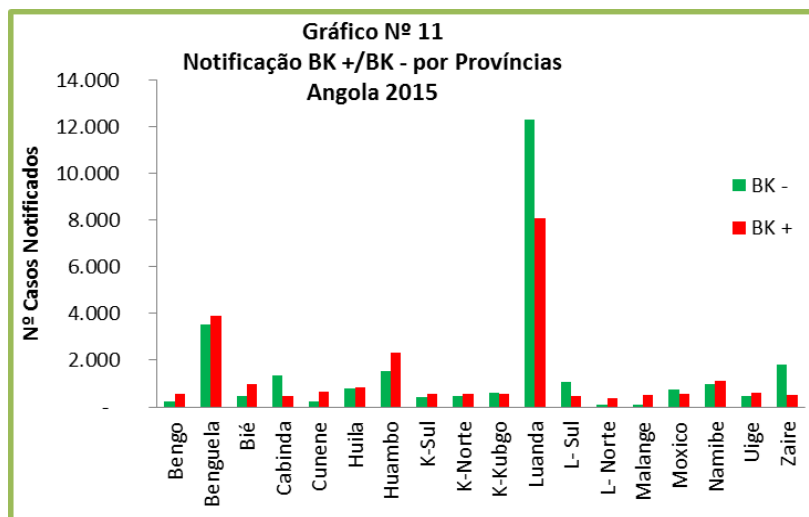
⁴ Incidência da TB 2014 foi calculada com a estimativa da população realizada pelo INE em 2011, para 2015 as taxas foram estimadas com a população do Censo (estima-se 25.139.183 hab).

2.8.2 Notificação por Províncias de Casos Novos de TB em 2015



Em 2015 à **notificação de Novos Casos** de TB alcançou **54.739** (BK +; BK - e EP). No gráfico Nº 10, vemos que Luanda notificou 21.960 casos novos (40% do total nacional); seguidos de

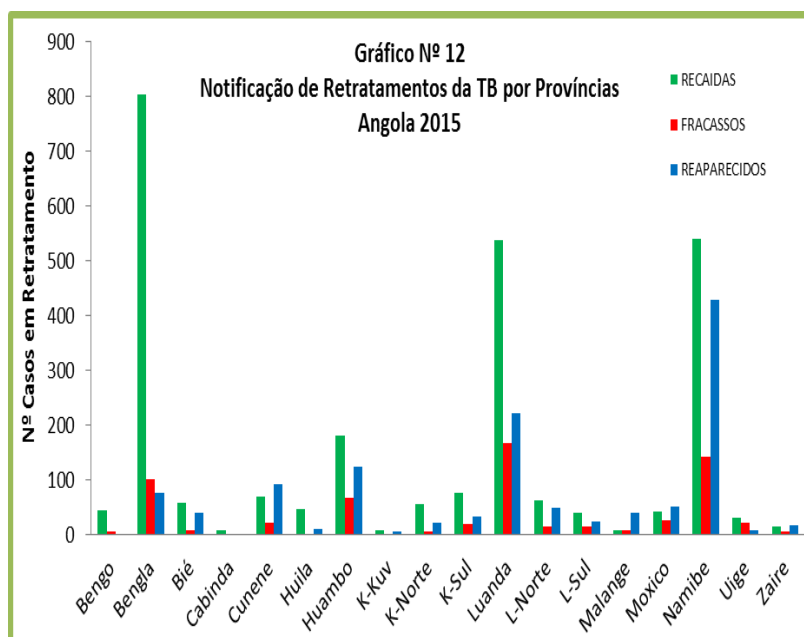
Benguela, Huila, Zaire e Namibe. Quer dizer, que estas 5 províncias notificaram 73% do total dos Casos Novos de TB e o 27% restante foi notificado pelas restantes 13 províncias.



Análise da notificação **de BK(+) e BK(-)** em 2015, mostra que as províncias que reportam maior número de BK (-) são Luanda, Cabinda, L-Sul,

Moxico e Zaire, quer dizer que existe baixo desempenho destas províncias, já que estão a diagnosticar a TB através da clínica ou por Rx.⁵

⁵ As normas indicam que a notificação de BK (-) não deve ultrapassar 30% e que o diagnóstico deve ser principalmente através da baciloscopia de escarro



Análise da notificação de Retratamentos (Recaída, fracassos, reaparecidos e outros já tratados), mostram que 12 províncias reportaram maior número de “Recaídas” e são: Bengo, Benguela, Luanda, Namibe, Moxico, Huambo K-

Norte, K-Sul, L-Norte, L-Sul, Uíge e Zaire.

As províncias com maior “Fracassos e Recaídas” são: Benguela, Cunene, Huambo, K-Sul, Luanda, Namibe e Uíge.

Indicador de Baixo desempenho:

- Rede de serviços de TB que não cumprem com o TDO (tratamento directamente observado);
- Maior notificação de BK (-) vs BK (+);
- Maior notificação de retratamentos (fracassos, recaídas e reaparecidos);
- Altas Taxa de abandono ao tratamento, de não avaliados e/ou perdidos na CAT1 e CAT2;
- Baixas Taxas de sucesso no tratamento da CAT1 e CAT2

Os indicadores de **baixo desempenho** significam que (i) não cumprem as normas de TDO, acompanhamento dos doentes, envio atempado de relatórios; (ii) a rede de laboratórios de baciloscopias não funciona, portanto estão a realizar diagnóstico clínico ou por Rx; (iii) não realizam seguimento e acompanhamento dos casos em tratamento por isso os abandonos, não avaliados ou perdidos; (iv) não cumprem os esquemas de tratamento em dose, tempo e qualidade dos medicamentos; (v) os serviços não preenchem completamente e com qualidade os dados.

As províncias com baixo desempenho estão a colocar ao país em risco de aumento da TB-MR.

2.9 Análises da Coinfecção TB/VIH por províncias

Ao longo da vida, 5% dos indivíduos seronegativo podem desenvolver a TB activa. Em pessoas portadoras do VIH e em Países com altas taxas de TB como em Angola, o risco de reactivar a TB latente à TB activa é de 15%, devido à imunossupressão que causa o VIH.

Portanto, a TB é considerada uma doença oportunista comum no curso da infecção do VIH, sendo um factor de alto risco para que as pessoas VIH (+) desenvolvam com maior rapidez a SIDA com aumento da mortalidade devido à coinfecção TB/VIH.

No quadro N° 3, se analisa ao longo dos anos (2011 a 2015) o controlo da coinfecção TB/VIH em doentes com TB.

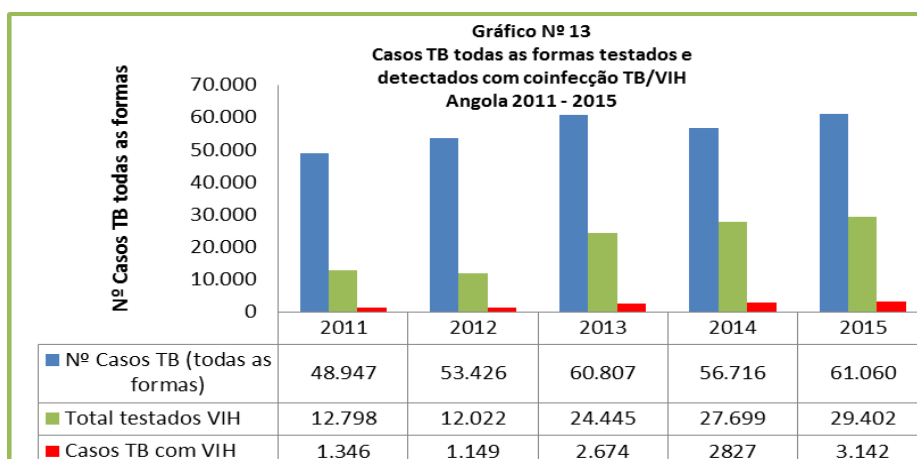
Em 2015, foram testado para o VIH um total de 29.408 casos de **TB todas as formas** (48% dos doentes), com uma positividade de 10,7% de coinfecção TB/VIH.

Entre os **casos novos BK (+)** foram testados para VIH 23.643 doentes de TB (38,7%), com uma positividade de 11,6%. Estes dados podem-se visualizar no quadro a seguir.

Quadro N° 3
Tendência da Co-infecção TB/VIH, Angola 2011-2015*

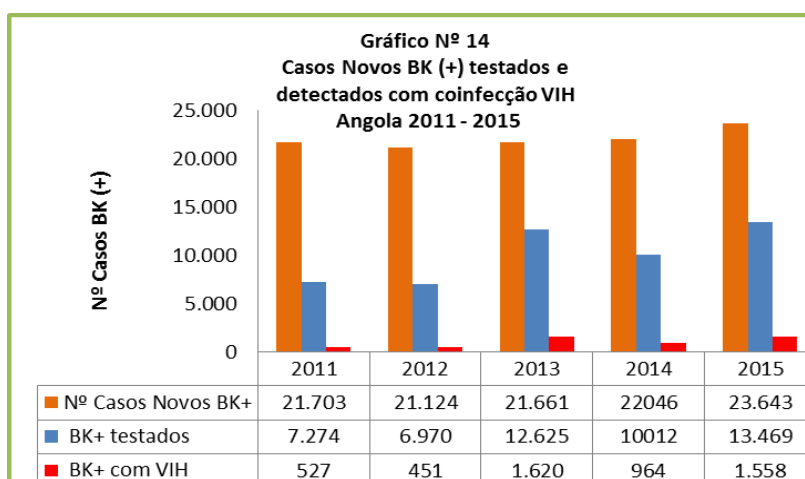
Anos	CASOS TB todas as formas					Casos BK (+)				
	Total casos	N° testados	% de testes	N° VIH +	% Positiv	Total BK (+)	N° testes	% de testes	N° VIH +	% Positivos
2011	48.947	12.798	26%	1.346	10,5%	21.703	7.274	33%	527	7,2%
2012	53.426	12.022	22%	1.149	9,5%	23.679	6.970	29%	451	7,2%
2013	60.807	24.445	40%	2.674	11,0%	21.661	12.625	58%	1.620	12,8%
2014	56.716	27.699	49%	2.827	10,2%	22.046	10.012	45%	964	9,6%
2015	61.060	29.402	48%	3.142	10,7%	23.643	13.469	57%	1.558	11,6%

Fonte: PNCT * Registo da coinfecção TB/VIH iniciou-se a partir do ano 2011



O gráfico Nº 13 mostra a distribuição dos casos de TB todas as formas que ao longo do tempo foram testados para o VIH.

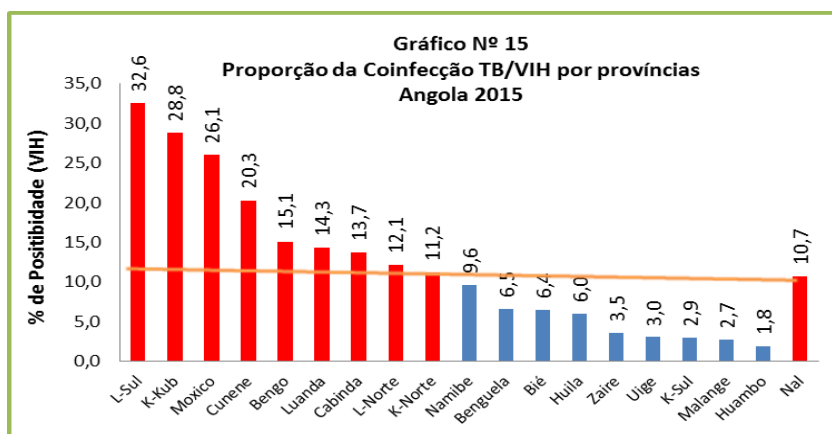
Em 2015, apenas 48% dos casos TB todas as formas foram testadas com uma positividade de 10,7% de coinfeção TB/VIH.



Entre os casos novos BK (+) apenas 57% foram testados para VIH.

Comparativamente ao ano anterior vemos aumento no número de coinfectados com uma positividade de 9,6% em 2014 e de

11,6% em 2015.



No gráfico Nº 15, vemos a distribuição por províncias dos coinfectados, para **2015** as províncias que reportam maior proporção de coinfeção TB/VIH em relação

à meia nacional (de 10,7%) foi em 9 províncias, nomeadamente: L-Sul, K-Kubango; Moxico, Cunene, Bengo, Luanda, Cabinda, L-Norte e K-Norte.

Para cumprir as normas e indicadores do programa, deve-se melhorar o desempenho a nível provincial e testar para VIH a mais dos 90% dos casos de TB é um grande desafio investigar a coinfeção em todo doente com TB.

Igualmente, os programas de SIDA devem expandir a investigação da TB entre os seropositivos, não temos informação realística sobre o número de doentes VIH (+) que foram investigados para a TB, assim como os que iniciaram tratamento combinado com TARV e a sua evolução no tempo.

O PNCT e o INLS estão a envidar esforços no sentido de dar melhor resposta à coinfeção TB/VIH, visto que é um compromisso do País perante as metas do UNGASS e dos ODM reduzir em 50% o número de mortes por Tuberculose em pessoas com SIDA e/ou viceversa.

O PNCT encontra-se em período de consolidação da expansão do testagem do VIH entre os doentes de TB. Um desafio é melhorar o diagnóstico precoce da coinfeção, reforçar o seguimento dos doentes coinfectados em tratamento e o controlo dos contactos.

A tabela Nº 4 mostra a rede de serviços de VIH/SIDA⁶ e de TB. Vemos que o programa da SIDA conta com 148 serviços que ofertam serviço de AT (Aconselhamento e testagem); de PTV (Programa de Transmissão Vertical); TARV (serviços de tratamento para adulto e crianças). A rede de Tuberculose composta por 136 UDT e 147 UT⁷.

A cobertura de serviços de TB que realizam a testagem do VIH é de 69% o seja que apenas 136 serviços estão envolvidos activamente no controlo da coinfeção TB/VIH, com a oferta do teste do VIH e a investigação da TB entre doentes de TB e/ou seropositivos.

Tabela Nº 4
Rede de serviços de VIH/SIDA-DOTS e de TB/VIH. Angola 2015

Província	Município	Nº Unidades VIH	Serviços VIH – 2014*				REDE TB-2015		REDE TB/VIH	
			AT	PTV	TARV Adulto	TARV Pediátrico	UDT	UT	Nº Serviços	% de Serviços TB/VIH
Bengo	6	14	9	9	2	2	5	5	5	75,0
Benguela	10	25	21	17	13	13	17	6	17	57,1

⁶ Dados do INLS-2014

⁷ Levantamentoda rede de TB realizado em Maio 2016 nas 18 províncias.

Bié	9	21	9	17	5	5	9	10	9	100,0
Cabinda	4	28	24	12	8	8	2	8	2	9,0
Cunene	6	45	5	45	5	5	8	1	8	100,0
Huambo	11	19	5	45	5	5	11	5	11	100,0
Huíla	14	30	23	12	10	9	14	29	14	85,7
K-Kubgo	9	10	3	10	3	3	2	2	2	66,0
K- Norte	10	18	10	16	8	8	8	3	8	60,0
K- Sul	12	25	14	20	9	9	6	7	6	37,5
Luanda	7	80	68	37	39	34	12	22	12	82,4
L- Norte	10	11	6	10	5	5	4	7	4	83,6
L- Sul	4	10	6	7	3	3	1	3	1	66,6
Malange	14	15	5	7	3	3	4	8	4	56,3
Moxico	9	15	12	11	8	8	9	3	9	83,3
Namibe	5	19	14	10	7	6	2	15	2	80,0
Uíge	16	20	13	16	9	9	16	12	16	44,4
Zaire	6	13	8	8	3	3	6	1	6	100,0
TOTAL GERAL	162	418	255	309	145	138	136	147	136	69,4

Ref: Dados da rede de INLS 2014. Dados rede TB 2015

2.7 A Tuberculose Multidrogo resistente (TB-MR) em 2015

A TB multirresistente (TB-MR) é referido aos medicamentos de 1ª linha, nomeadamente a resistência a Isoniazida e Rifampicina; a TB extrema resistentes (TB-XMR) referidas à resistência de medicamentos de 2ª linha e/ou com 1, 2 ou mais medicamentos de 1ª linha.

A TB-MR é um grande desafio para o PNCT, o relatório da OMS⁸ indica que 70% dos estados membros (134 países dos 167) já notificaram a existência de casos de TB-MR e em 84 destes países se registam casos de extrema resistência (TB-XMR).

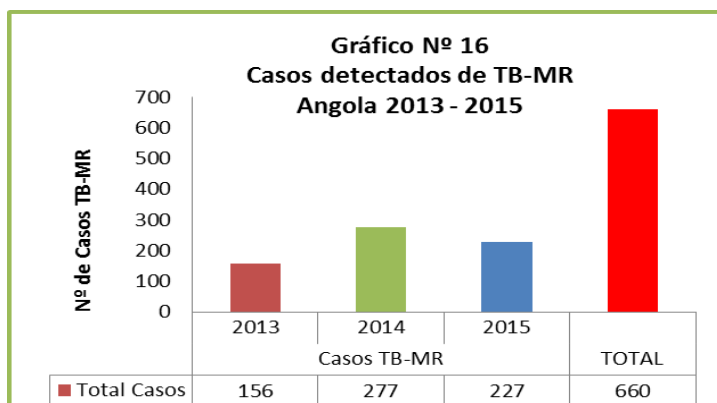
Angola, não fica longe desta cruel realidade, ainda o controlo da TB-MR está em vias de desenvolvimento, o controlo é realizado através da procura de atendimento de casos suspeitos que acontecem nos programas provinciais. Ainda não cumprem as normas do PNCT de investigar com periodicidade a TB-MR entre os casos BK (-), EP, coinfectados, Retratamentos (fracassos, recaídas, reaparecidos) e/ou a busca activa dos contactos.

⁸ A OMS em 2014, reportou no mundo cerca de 60.000 casos de TB-MR dos quais 3,7% foram TB-MR primaria (entre os novos casos) e 20% TB-MR entre casos já tratados por TB (retratamentos e recaídas).

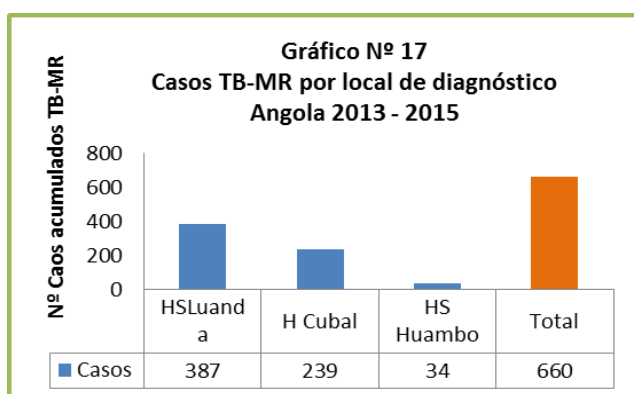
A rede de diagnóstico de TB-MR é insuficiente, se conta com 3 laboratórios funcionais localizados em Hospital Sanatório de Luanda; Hospital N.º 5.ª da Paz no município do Cubal-Benguela e no Hospital Sanatório de Huambo que recebem amostras de casos suspeitos de TB-MR provenientes das 18 províncias.

Tem-se previsto a expansão da rede de Genexpert em 10 novas províncias, totalizando 13 laboratórios de investigação da resistência aos medicamentos de 1.ª linha da TB.

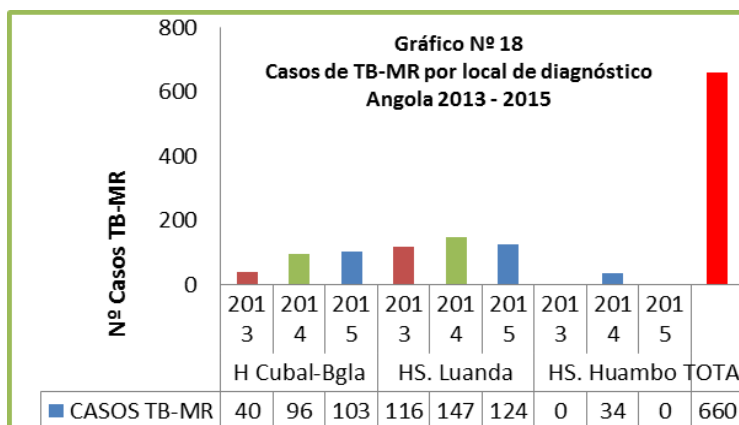
Em 2015 foi diagnosticado um Total de 227 novos casos de TB-MR que somados aos 156 casos (de 2013) e os 277 casos (de 2014), se têm acumulativo 660 casos de TB-MR.



No gráfico N.º 16, vemos a distribuição dos casos TB-MR de 2013 a 2015, com um total de 660 casos TB-MR, a maior detecção aconteceu em 2014 alcançando 42% do total acumulado.

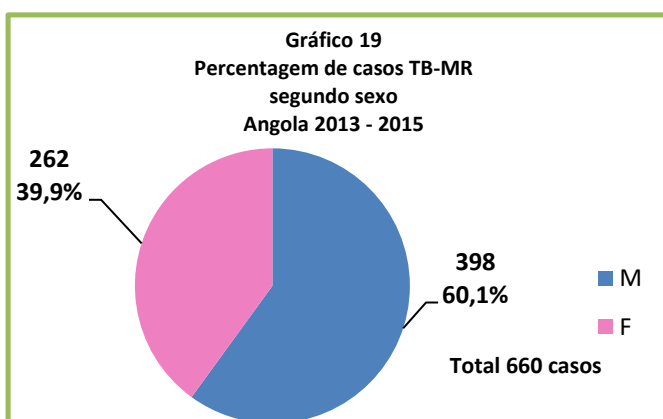


No gráfico N.º 17, vemos os casos de TB-MR segundo **local de diagnóstico**. Do total acumulado vemos que 58,6% foram detectados no HS de Luanda; 36,2% no Hospital Cubal de Benguela e o restante 5,2% no H.S de Huambo.

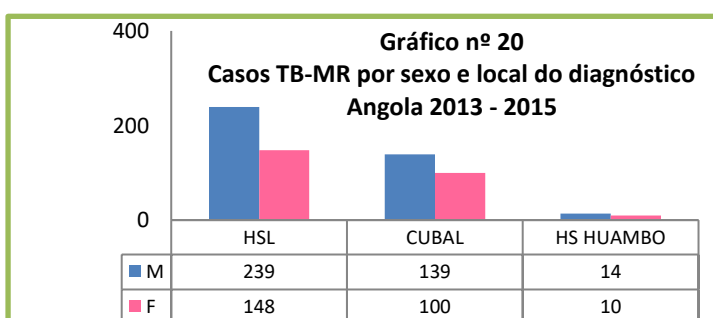


No gráfico Nº 18, vemos a distribuição dos casos TB-MR **por local de diagnóstico e ao longo dos anos**. Vemos que nos últimos anos a detecção aumentou no HS de Luanda comparativamente com os outros locais onde

realizam diagnóstico da TB-MR.

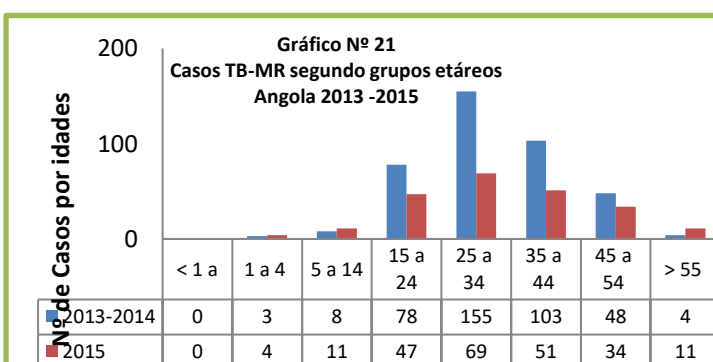


A seguir, no gráfico Nº 19, a informação da **TB-MR por sexo**, vê que 60% dos casos são de sexo masculino e 40% feminino.



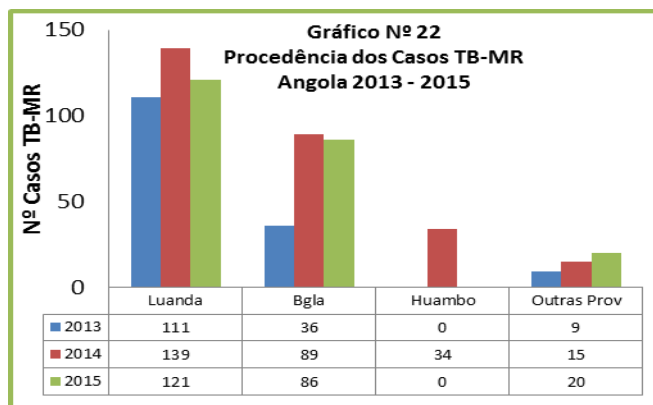
A distribuição dos casos TB-MR **por sexo e local de diagnóstico** (gráfico Nº 20) observa-se que todos os locais de diagnóstico reportaram maior número

de casos de TB-MR no sexo masculino em comparação o sexo feminino.

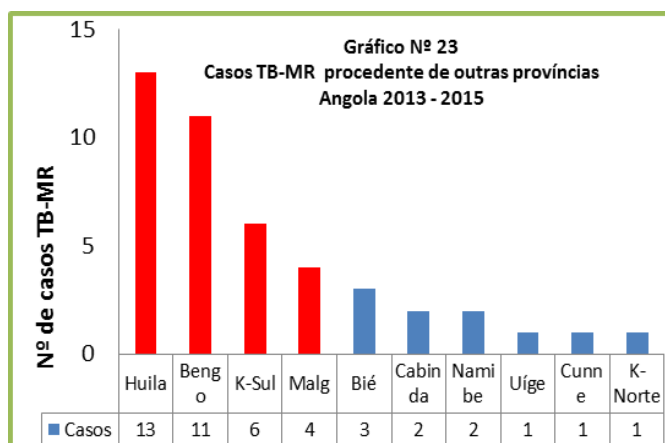


A distribuição dos casos por **grupo etário** (Nº 21, dum total de 626 doentes cujos registos contam com as idades) observa-se que 45% dos casos de TB_MR

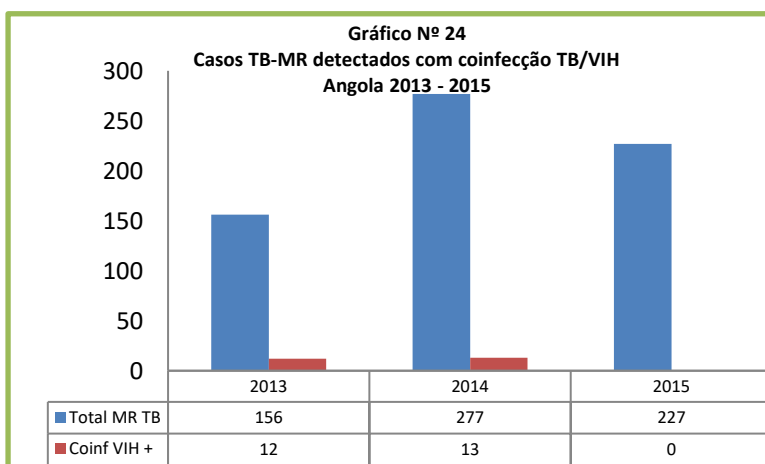
encontram-se entre os 25 a 34 anos, o 30% nos grupos etários de 15-34 e de 35-44 anos. Idades consideradas economicamente activas situação que acarretará grande impacto familiar e social.



Análise **segundo a procedência dos casos** (gráfico Nº 22) vê que 56,2% (371 casos) são da província de Luanda; 19,8% (131 casos) de Benguela, 5,1% da província de Huambo e o restante 6,6% (44 casos) de outras províncias de Angola.



Análise da procedência dos casos **de outras províncias** (não incluem Huambo, Luanda e Benguela), vemos que existem **44 casos TB-MR** de outras províncias detectados por Cubal e HS de Luanda. O 29,5% pertencem a Huila; 25% a Bengo; 13,6% a K-Sul; 9% a Malange e o restante a Bié, Cabinda, K-Norte, Uíge, Cunene e Namibe.



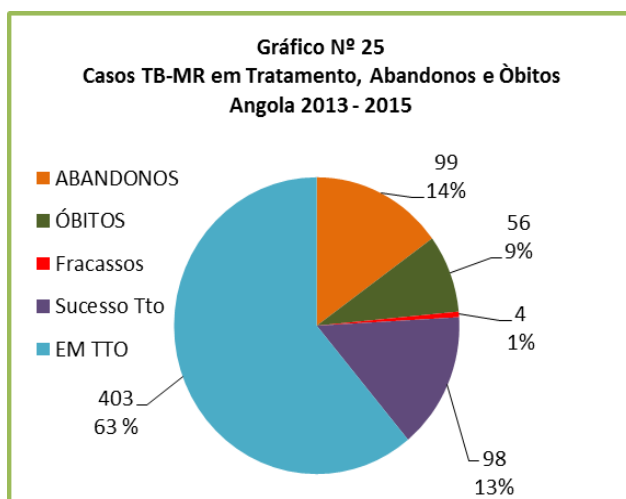
No gráfico Nº 24, vemos a **coinfeção com o VIH nos doentes com TB-MR**. Dos 660 casos notificados de TB-MR, foram detectados com coinfeção 3,8% (25 casos). Em 2015 não temos reporte de coinfeção TB-MR/VIH.

Na tabela Nº 5, observa-se com detalhe a **evolução dos casos TB-MR** ao longo do tempo e segundo local de diagnóstico e seguimento no tratamento. Esta mesma informação será analisada na Coorte de tratamento entre os doentes de 2013.

Tabela Nº 5
Distribuição dos Casos TB-MR diagnosticados e em seguimento
por local de diagnóstico
Angola 2013 - 2015

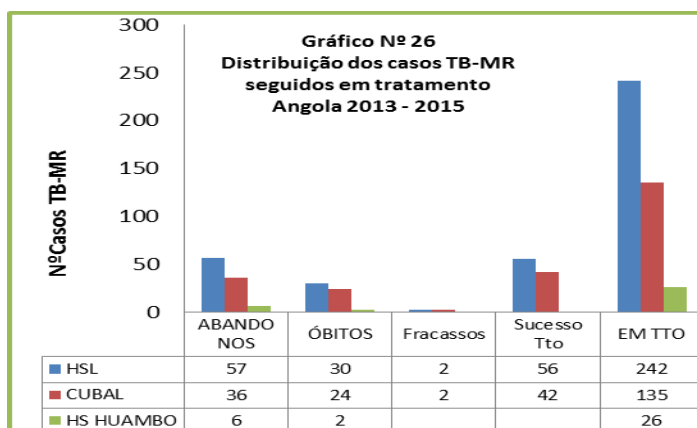
TB-MR	Hospital - Cubal			Hosp Sanatório Luanda			Huambo*		TOTAL
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2014	2015	
Abandonos	2	16	18	35	22	0	6	0	99
Óbitos	8	14	2	23	0	7	2	0	56
Sucesso de Tto	30	12	0	56	0	0	0	0	98
Fracassos	0	2	0	2	0	0	0	0	4
Em tratamento	0	52	83	0	125	117	26	0	403
Total Casos TB-MR	40	96	103	116	147	124	34	0	660

*(O laboratório de TB-MR em Huambo só funcionou em 2014 e 1ºT 2016)



mostra que 13% (98 casos) foram tratados com sucesso.

O **seguimento dos doentes em tratamento** observa-se no gráfico Nº 25, vemos que 14% (99 casos) abandonaram tratamento, que somado aos 4% de Fracassos colocam ao país em alto risco para o desenvolvimento da TB-XMR. Os óbitos alcançaram 9% (56 casos). O Sucesso de tratamento acumulativo



No gráfico Nº 26 vemos a **evolução dos casos em tratamento** seguidos pelo HSL, de Huambo e H.Nª Sª de Cubal.

No HS de Luanda 55% dos casos TB-MR encontra-se em tratamento; 40% estão no Hospital de Cubal-Benguela e 5% em HS de

Huambo. Além desta informação pode-se observar que HS de Luanda reporta o maior número de abandonos e óbitos.

Os doentes registados em TB-MR na sua maioria são resistentes a Isoniazida e Rifampicina, mais em HS de Luanda foi reportado dois casos com fracasso no tratamento e em Cubal actualmente existe suspeita de dois casos de TB extremamente resistentes (TB-XDR).

2.7.1 COORTE 2013 TB-MR (doentes seguidos em Tratamento HS Luanda e Cubal)

A Coorte de tratamento da TB-MR foi calculada em 2015 com os doentes de TB-MR que iniciaram tratamento em 2013 (após cumprir dois anos de tratamento: normas PNCT/OMS).

Esta análise nos ajudará a ter uma visão do desempenho das instituições envolvidas no controlo da TB-MR, assi como reflectir sobre a importância de melhorar o tratamento directamente observado (TDO), o acompanhamento dos casos em tratamento, a busca activas dos faltosos e o controlo que se deve realizar aos contactos e o controlo da coinfeção TB-VIH entre os casos com TB-MR.

Para análise da Coorte de TB-MR de 2013, foram seguidos 156 casos TB-MR (HSL 116 casos e de H. de Cubal 40 casos) que terminaram tratamento em 2015. Estes dados encontram-se na tabela Nº 6.

Tabela Nº 6
Coorte TB-MR 2013
Doentes seguidos em tratamento, HS de Luanda e do H Cubal-Benguela

Ano 2013	COORTE DE TRATAMENTO TB-MR (TAXA %)						Total Casos *
	Tto completo	Cura	Sucesso Tto **	Abandono	Fracasso	Óbito	
HS LUANDA	31,0% (36 casos)	17,2% (20 casos)	48,2% (56 casos)	30,2% (35 casos)	1,7% (2 casos)	19,9% (23 casos)	116
H CUBAL-BGLA	20,0% (8 casos)	55,0% (22 casos)	75% (30 casos)	5% (2 casos)	0%	20% (8 casos)	40

*Total casos: soma de Sucesso Tto + Abandono + Fracasso + óbito

**Sucesso Tto é a soma de Tto completo + Cura

A Coorte TB-MR de 2013 por local de diagnóstico e seguimento dos casos, mostra que o HS de Luanda reportou 48% de sucesso de tratamento e 75% o H. Nª Sª da Paz de Cubal.

Os óbitos atingiram 20% em HS de Luanda e também no H- de Cubal. As Taxas de abandono são maiores no HSL com 30% e H.Nª Sª de Cubal com 5% de abandonos. A Taxa de Fracasso de 2% no HS de Luanda situação que irá contribuir ao aparecimento de cepas TB-XMR.

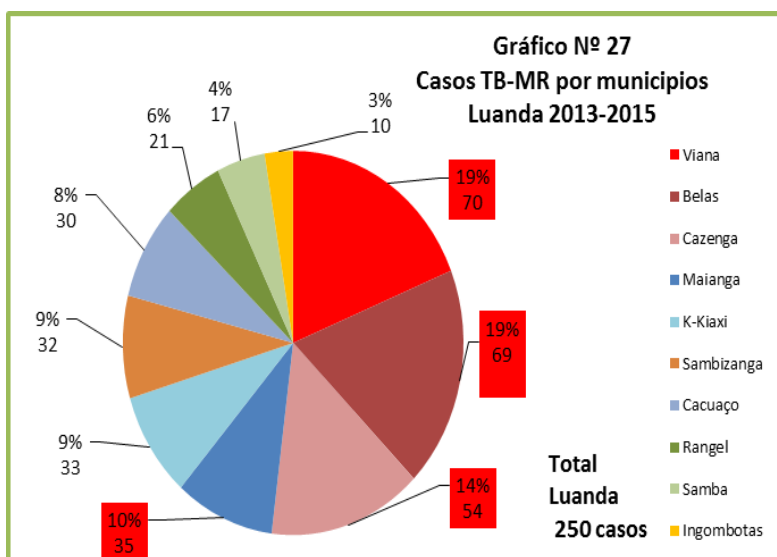
2.7.1 Análise da evolução dos casos TB-MR por Local de diagnóstico

a) A TB-MR em Luanda

A província de Luanda é a mais populosa, em 2015 diagnosticou 39% dos casos da TB todas as formas do total nacional. Existindo 13.530 casos que deveriam ser investigados para TB-MT: 52,7% BK (-) (10.558 casos); 6,6% de EP (1.554 casos) e 6,1% de retratamentos (1.418 casos).

Em Luanda, desde 2013 se realiza o controlo da TB-MR através do Hospital Sanatório, até finais de 2015 foram notificados um total de 387 casos TB-MR (que corresponde a 59% da casuística nacional de TB-MR).

Do total 387 casos de TB-MR notificados por HS de Luanda, destes 95% são locais e 16 casos de outras províncias nomeadamente: 4 de K-Sul; 4 de Malange, 2 de Bengo e 1 caso em Huila, em Cunene, em Cabinda, em Bié, em K-Norte e em Uíge.



No gráfico Nº 27, observam-se os municípios de procedência dos casos de TB-MR de Luanda (371 casos).

Estes casos detectados iniciaram tratamento de 1ª linha nos municípios de procedência.

Os municípios com maior número de casos TB-MR são: Belas, Viana, Cazenga e Maianga que acumulam 61% (228 casos) do total notificado em Luanda, o restante 38% (143 casos) foi reportado pelos restantes municípios.

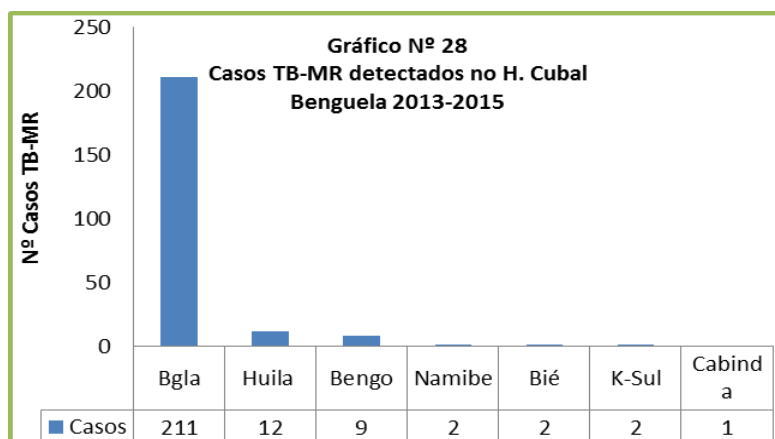
Actualmente existem 242 doentes em tratamento (62% dos casos notificados); abandonaram 15% (57 doentes); óbitos 8% (30 doentes); 48% de Taxa de sucesso de tratamento (coorte 2013); existindo 2% de Fracasso ao tratamento da TB-MR.

Esta informação deve promover uma seria reflexão para as autoridades Provinciais e Municipais de Luanda, sobre o desempenho do controlo da TB na rede de serviços da TB.

Isto mostra que os serviços da TB não realizam TDO a nível institucional (tratamento directamente observado), não fazem seguimento dos doentes em tratamento, apresentam altas taxas de abandono, de não avaliados e/ou fracassos e/ou retratamentos.

b) TB-MR em Benguela

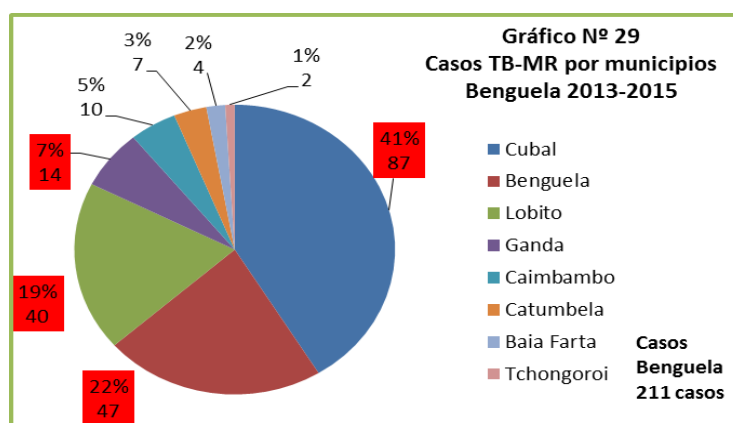
Benguela é uma das províncias de alta notificação de casos de TB, em 2015 reportou 15% da casuística nacional da TB (9.185 casos todas as formas), dos quais 38,3% (3.522 casos) são BK (-); 4,9% (455 casos) são EP e 12,9% (1.185 casos) são retratamentos, isto significa que 5.162 casos deveriam ter sido investigados para TB-MR.



No gráfico Nº 28, vemos a distribuição dos 239 casos de TB-MR detectados no H. Nº 5 de Cubal-Benguela, dos quais 88% (211 casos) pertencem a província de Benguela e 12% (28 casos) a outras

províncias: Huila, Bengo, Namibe, Bié, K-Sul e Cabinda.

Estas províncias devem apoiar no seguimento destes doentes para evitar fracassos e/ou abandonos no tratamento.



A distribuição dos 211 casos de TB-MR reportados em Benguela, vemos que 41% (87 casos) procedem do município de Cubal; 22% (47 casos) do município de Benguela, 19% (40 casos) de Lobito e 7%

(14 casos) de Ganda.

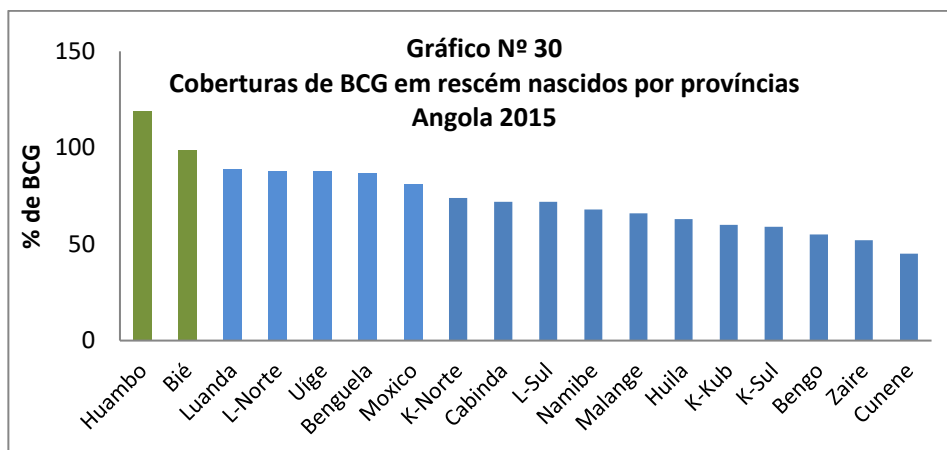
O restante 11% (23 casos) procede dos demais municípios da província de Benguela.

A evolução dos casos detectados em Cubal-Benguela mostra que 83% (199 casos) estão em actual tratamento, 13% (30 casos) curaram; 1% (dois casos) de abandonos e 3% óbitos (oito casos); actualmente se têm suspeita de dois casos de fracasso de tratamento.

2.8 Prevenção da Tuberculose – Vacinação com BCG

Em 2015, o MINSA através do Programa Ampliado de Vacinação, realizou vacinação obrigatória com BCG às crianças recém-nascidas, atingindo uma Taxa de cobertura nacional de 81% (em baixo as metas esperadas

de vacinação com BCG a 90% dos recém-nascidos). Na tabela Nº 7 e gráfico Nº 30, vemos a cobertura de BCG em recém-nascidos por província. Huambo e Bié têm coberturas de vacinação com BCG acima de 90%, no entanto as demais províncias encontram-se abaixo da meia cobertura nacional de 81%.



Fonte: Programa Ampliado de Vacinação – MINSA 2015

Tabela Nº 7
Distribuição do número e proporção de RN vacinados por províncias,
Angola, 2014

Província	Nascimentos	Doses BCG administrada	%
Bengo	17.578	9.674	55
Benguela	101.883	88.069	87
Bié	66.947	66.682	99
Cabinda	34.415	24.652	72
Cunene	48.266	21.589	45
Huambo	94.807	112.652	119
Huila	117.721	74.508	63
K - Kubango	25.519	15.415	60
Kwanza Norte	21.399	15.871	74
Kwanza Sul	89.689	53.062	59
Luanda	327.148	292.554	89
Lunda Norte	39.997	35.401	88
Lunda Sul	25.804	18.517	72
Malange	48.409	41.895	66
Moxico	36.368	29.338	81
Namibe	28.362	19.304	68
Uíge	71.318	62.463	88
Zaire	23.582	12.263	52
Angola	1.219.172	983.909	81

Fonte: Programa Ampliado de Vacinação – MINSA 2015

2.9 Análise da Coorte da TB de 2014

A Coorte de Tratamento na TB é analisada com os dados reportados do ano anterior.

Análise da Coorte CAT 1,

O resultado de tratamento da CAT1 (casos novos da TB em tratamento BK +; BK -; EP) e CAT2 (casos de retratamentos) dos doentes reportados em 2014 e que terminam tratamentos em 2015 são analisados a seguir na Coorte 2014. A seguir observa-se a **Coorte de tratamento CAT1** ao longo dos anos.

Tabela Nº 8
Coorte CAT1 - Casos em Tratamento da TB por anos

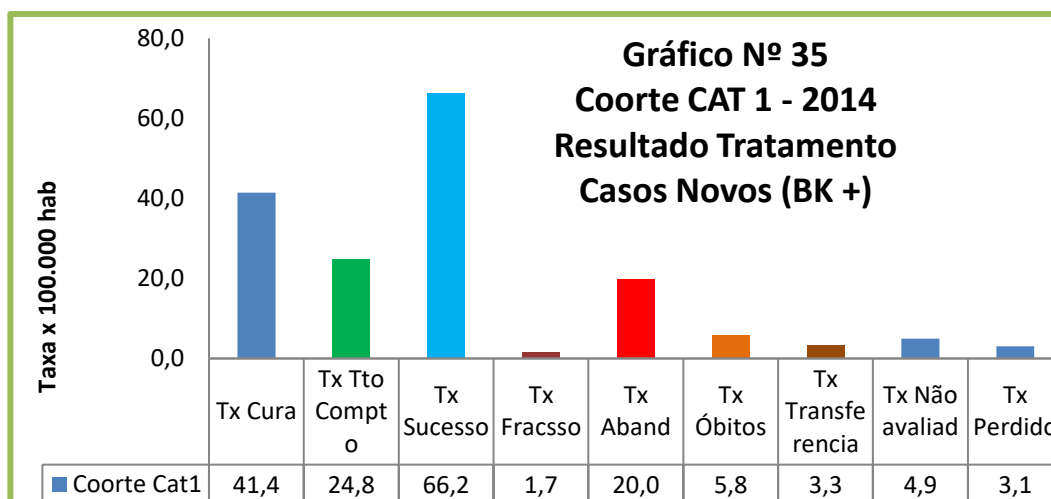
Ano	TAXA (%)								
	Sucesso	Cura	Tto completo	Abandono	Transferidos	Fracasso	Óbito	Não avaliado*	Perdidos**
2012	46,3	27,9	18,4	14,9	8,5	1,0	2,3	27,0	6,5
2013	53,4	37,3	16,1	21,9	3,3	2,2	3,3	16,1	8,7
2014	66,2	41,4	24,8	20,0	3,3	1,7	5,8	4,9	3,1

***Não avaliado** é a diferença entre os Casos notificados com TB e os Registrados em tratamento.

** **Perdidos ou desconhecidos** é a diferença dos Casos registrados em tratamento que iniciaram tratamento e se desconhece ou que aconteceu (não registrados em curados, tratamento terminado, falecidos, abandonos, transferidos ou fracassos)

- a) **A Coorte CAT1 de 2014** é analisada recém em 2015, se utilizam os dados de casos novos de TB notificados em 2014 e que terminaram tratamento em Agosto de 2015.

No gráfico Nº 25 vemos a Coorte 2014 da categoria CAT1 Neste período foi notificado um total de 22.046 BK (+) dos quais registrados em tratamento 21.292 BK (+) com uma perda de casos notificados de 754 casos.



- A coorte 2014 reportou 4,9% de não avaliados e 3,1% de resultado de tratamento desconhecido ou perdidos. A Taxa de abandono de 20%. Estes dados somados mostram que a Tx de Abandono real é de 28%. Longe das normas da OMS de ter < 5% de abandonos ao tratamento.
- A Taxa de Cura dos casos CAT 1 para 2014 foi de 41,4% com aumento em 4% comparativamente ao ano anterior.
- A Taxa de Tratamento completo de 24,8%, observandose aumento em 8% em comparação ao ano anterior.
- A taxa de Sucesso de tratamento atingiu 66,2% (14.099 doentes) com aumento de 12% comparativo ao ano anterior, mais ainda longe das normas da OMS de 70% de Tx de cura.
- A Taxa de Fracasso foi de 1,7% igualmente com valor menor ao ano anterior. A meta da OMS <3% foi atingida.
- A Taxa de Óbitos que de 5,8% com aumento da mortalidade por TB em comparação ao ano anterior; as metas da OMS de <3% não foram atingidas.
- A Taxa de transferência de 3,3%, se mantém sem variação em comparação ao ano anterior. As metas da OMS de <4% foi atingida entre as transferências mais é preocupação para o PNCT já que existem transferências sem seguimento com alto risco de desenvolvimento de TB-MR.

Análise da Coorte CAT 2,

A **Coorte de tratamento CAT2** (seguimento dos casos em Retratamento: fracassos, recaídas e reaparecidos) na tabela a seguir vê a Coorte CAT2 dos períodos de 2012, 2013 e 2014.

Tabela Nº 9
Coorte CAT2 - Casos em Tratamento da TB por anos

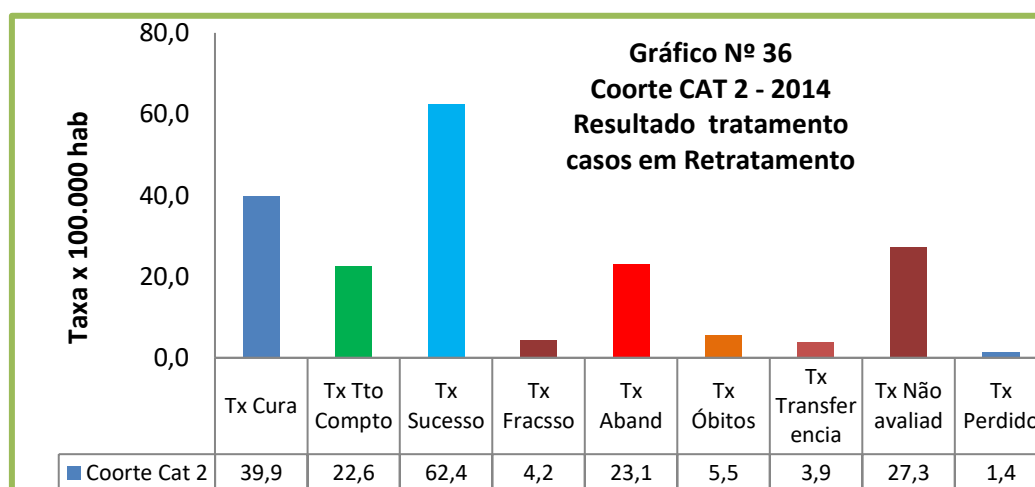
Ano	TAXA (%)								
	Sucesso	Cura	Tto completo	Abandono	Transferidos	Fracasso	Óbito	Não avaliado*	Perdidos**
2012	44,7	27,5	17,3	17,3	2,4	8,7	3,6	23,2	9,3
2013	31,4	19,2	12,2	12,4	1,7	3,9	2,6	47,7	7,4
2014	62,5	39,9	22,6	23,1	3,9	4,2	5,5	27,3	1,3

***Não avaliado** é a diferença entre os Casos notificados com TB e os Registrados em tratamento.

** **Perdidos ou desconhecidos** é a diferença dos Casos registrados em tratamento que iniciaram tratamento e se desconhece ou que aconteceu (não registrados em curados, tratamento terminado, falecidos, abandonos, transferidos ou fracassos)

b) A Coorte CAT2 de 2014 utiliza os dados reportados dos doentes em retratamento (recaídas, fracassos e reaparecidos). Em 2014 foram notificado 4.339 doentes em CAT2, dos quais apenas registrados em tratamento 3.154 doentes (72% registrados em tratamento) com perda de 1.185 doentes (27,3% de Não avaliados e 1,3% perdidos durante o tratamento).

No gráfico Nº 26, vemos a Coorte CAT2 de 2014, analisada em 2015 que envolve os casos em retratamentos (fracassos, recaídas e reaparecidos).



- A Taxa de Cura dos casos CAT2 em 2014 foi de 39,9% e a de tratamento completo alcançou a 22,6% com uma melhoria de 12% em comparação ao ano anterior.
- A Taxa de Sucesso de tratamento alcançou a 62,5% melhorando em 18% à coorte do ano anterior. Mais ainda deve-se melhorar e atingir as normas da OMS e PNCT de curar a 70% dos casos em tratamento.
- Taxa de Fracasso de 4,2% na coorte de 2014 diminuiu em 4% em comparação ao ano anterior. A meta da OMS < 3% na coorte CAT2 em retratamentos, ainda deve-se o nível operacional em esforçar-se em atingir esta meta.
- Taxa de transferência de 3,9% é de preocupação porque não se têm dados de seguimento dos doentes transferidos. A meta da OMS foi atingida de <4% de transferencias entre os retratamentos.
- A Taxa de Óbitos CAT2 aumentou em 2014 atingindo 5,5% com aumento de 2% em comparação ao ano anterior. Deve-se melhorar o acompanhamento destes doentes para atingir a meta da OMS de <3% de óbitos entre os doentes de retratamentos.
- As taxas de Abandono de CAT2 foram de 23% continuando sem melhoria à coorte CAT2 do ano anterior. Este resultado está acima das normas da OMS de 5% de abandonos ao tratamento.

III. RESPOSTA NACIONAL NO CONTROLO DA TUBERCULOSE

3.1 A rede de serviços de atendimento da TB (UDT/UT) em 2015

O PNCT conta a nível central com apenas três profissionais dependentes do MINSA. A nível provincial se conta com um supervisor em cada uma das 18 províncias.

Além destes quadros, o PNCT conta com 8 profissionais a nível central e 10 OPP-TB (Oficiais de programa) financiados pelo Projecto da Ronda-9 do Fundo Global.

A seguir, vamos analisar a rede de serviços da TB em base ao levantamento realizado em Maio/2016:

- **283 serviços de TB** (a finais de Maio/16), dos quais:
 - **136 UDT** (Unidades de Diagnóstico e Tratamento com laboratório de BK), localizados em **111 dos municípios** (alguns municípios contam com mais de uma UDT). A **cobertura municipal de 68%** dos 162 municípios existentes.
 - **147 UT** (Unidades de tratamento sem laboratório de baciloscopia) actualmente existem 2.905 US por tanto a **cobertura de 5% das US** do país⁹.
- **13 Hospitais Sanatórios**, com serviço de internamento para casos complicados que requerem de internamento de TB, TB/VIH e TB-MR, localizados nas sedes provinciais de:

⁹ Com a informação de 162 municípios e uma rede de 2.905 US que actualmente estão operacionais, dados reportados pelas províncias no levantamento da rede realizado em Maio/16 para a conclusão do presente relatório).

Província	Nº H. Sanatório	Localização
Bié	1	Vouga
Huambo	1	Huambo sede
Huíla	2	Lubango e Caluquembe
K-Kubango	1	Menongue
K-Norte	1	Sede
Luanda	1	Luanda sede
L-Norte	2	Sacavula e Catambula
Malange	1	Malange sede
Moxico	1	Moxico sede
Namibe	1	Namibe sede
Uíge	1	Uíge sede
TOTAL	13 H.Sanatório	

- **9 Dispensários de Tuberculose**, para tratamento ambulatorio de TB, TB/MR e TB/VIH localizados em Benguela, Huambo, Huíla; Luanda, L-Sul, Malange e Namibe. 2 K-Norte (Bulungo alto e Kikulungo), os mesmos que funcionam como centros de referência para TB, TB/VIH e TB-MR.

Província	Dispensário TB (DATS)	Localização
Benguela	1	Sede
Huambo	1	Huambo sede
Huíla	1	Sede
Luanda	1	Sede
L-Sul	1	Sede
K-Norte	2	Bulungo alto e Kikulungo
Malange	1	Sede
Namibe	1	Sede
TOTAL	9 DATS	

A seguir, observa-se no quadro Nº 10 a distribuição por províncias da rede de UDT/UT existente no país.

Tabela Nº 10
Rede de serviços de TB por Províncias e Municípios – Angola 2015

Província	REDE SAÚDE			REDE DE SERVIÇOS TB				Municípios Sem UDT
	MUNICÍPIOS	Comunas	Unidades Saúde	Hosp Sanatório	DATS	UDT (com Lab BK)	UT	
BENGO	6	24	91	-	-	5	5	(1) Bula Atumba
BENGUELA	10	36	227	-	1	17	6	
BIÉ	9	39	174	1	-	9	10	
CABINDA	4	12	102	-	-	2	8	(2) Belize, Buco Zau
CUNENE	6	20	155	-	-	8	1	(1) Cuvelai
HUAMBO	11	38	242	1	1	11	5	
HUILA	14	53	262	2	1	14	29	(3) Chicombas, Humpata, Quilengues
K-KUBANGO	9	26	95	1	-	2	2	(6) Cuchi, Cuito; Dirico; Mavinga; Nancova; Rivungo
K- NORTE	10	31	140	1	2	8	3	(5) Ambaca, Banga, Balombongo; Gomgembo; Samba Caju
K- SUL	12	41	264	-	-	6	7	(6) P. Amboim; Seles; Conda; EBO; Kilenda; Cassogue
LUANDA	7	37	159	1	1	12	22	(4) Cacuco, Cazenga, Quissama; Icolo Bengo; e 2 Distritos: Samba e Sambizanga
L- NORTE	10	22	107	2	-	4	7	(6) Lubalo; Lova; Cambulo; Chitato; Cuilo; Caungula
L- SUL	4	34	34	-	1	1	3	(3) Cacolo; Dala; Muconda
MALANGE	14	49	157	1	1	4	8	(10) Kunda dia Base; Kahombo; K Nzoji; Kangandala; Kambundi-K; Lukembo; Marimba; Massango; Quela; Quirima
MOXICO	9	28	143	1	-	9	3	(1) Luchazes
NAMIBE	5	16	97	1	1	2	15	(3) Camacuio; Bibala; Virei
UÍGE	16	49	360	1	-	16	12	
ZAIRE	6	26	96	-	-	6	1	
TOTAL	162	581	2.905	13	9	136	147	51 Municípios SEM UDT (não inclui Samba e Sambizanga)

*Levantamento realizado em Maio/16

3.2 Rede de Laboratórios de diagnóstico da TB em 2015

Actualmente a rede de **laboratórios funcional de baciloscopia de escarro** (BK) conta com **147 laboratórios de BK** (Maio/16, data de finalização do actual relatório), que se encontram integrados nas UDT (Unidades de diagnóstico e tratamento da TB) localizados em 110 sedes Municipais (alguns municípios grandes contam com mais de uma UDT com laboratório de BK).

Em 2015 se realizou aproximadamente **159.000 baciloscopias diagnósticas e de controlo**, que comparado ao ano anterior foi menor o número de baciloscopias realizadas, espera-se que com o aumento da rede de laboratorios esta situação melhore.

Actualmente a rede de laboratórios para diagnóstico da TB ate Maio/2016 conta com:

- **136 laboratórios de Baciloscopia de escarro** com microscopia óptica convencional localizada nas UDT municipais.
- **42 Microscópio de fluorescência Primo Star iLED** (10% maior sensibilidade e eficiência na leitura que a microscopia óptica), distribuidas nas 18 províncias, nomeadamente: 7 em Luanda, 3 em Bie e 2 nas 16 restantes províncias.

Estes microscopios LED foram adquiridos 24 microscopios iLED no âmbito do Projecto FG-Ronda 9 e pelo projecto de Reforço dos Serviços Municipais - Banco Mundial foram adquiridos 18 microscopios iLED.

- **3 câmaras de segurança biológica** localizados nos HS de Luanda, Huambo e INSP, adquiridos pelo Banco Mundial;
- **4 Laboratórios de cultura** com equipamentos de **Bactec MGIT 960**, para realizar culturas em meio líquidos e TSA (teste de sensibilidade aos antibioticos) para diagnóstico TB-MR, localizados 3 no INSP, HSL, HS Huambo adquiridos pelo Projecto de Reforço dos Serviços Municipais-Banco Mundial.

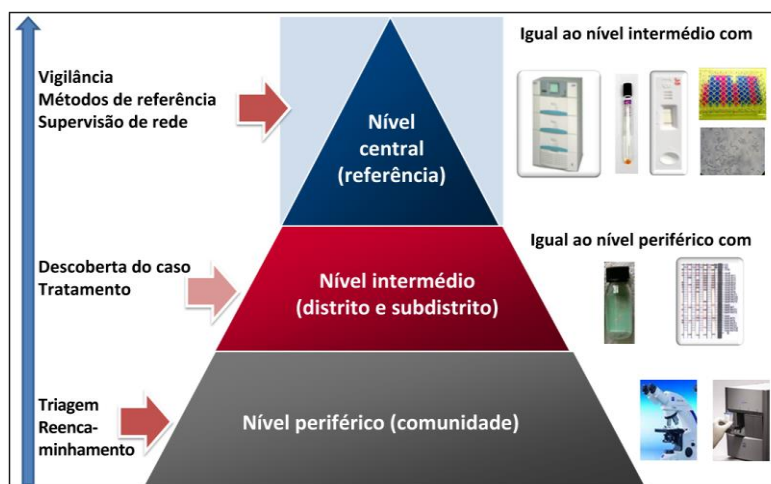
O Hospital Militar de Luanda conta também com 1 laboratório de cultura.

- **Um Genexpert** em funcionamento localizado no Hospital Missionario do Município de Cubal-Benguela (doação Cooperação Espanhola),
- **10 Genexpert** em **processo de implantação** adquirido pelo Governo através do Projecto de Reforço Municipal (em depósito na CECOMA). O PNCT encontra-se em espera da equipa de montagem da companhia CEPHEID de África do Sul.

Para a implantação foi tomado em conta criterios da OMS: capacidade institucional, altas taxas retratamentos, elevados número de BK (-), coinfectados TB/VIH, alta notificação de TB nas crianças que deram lugar a selecção na primeira fase para as províncias de: Benguela, Cabinda, Cunene, K-Kubango, Huambo, Huila, Luanda, L-Norte, Malange e Namibe.

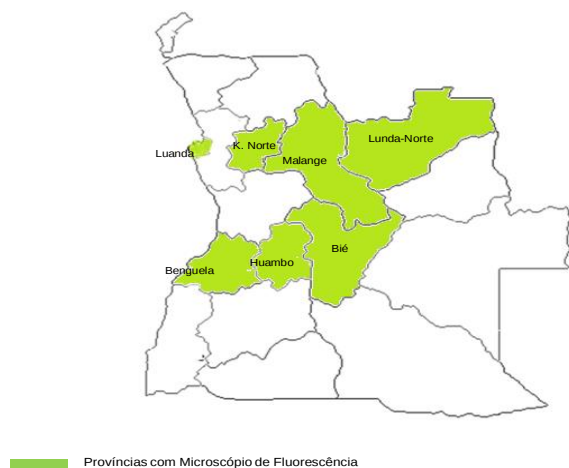
- Existência de **reagentes para a preparação da cultura em meios sólidos de Ogawa-Kudoh em 6 províncias**, nomeadamente: Luanda, Benguela, Huambo, Bié, Lunda Norte e Moxico.
- Através da Ronda-9 Fundo Global e pelo Projecto do Banco Mundial foi adquirida uma variedade de **materiais de laboratório e reagentes para realizar diagnóstico através da baciloscopia**, distribuidos no âmbito nacional.

A rede de laboratórios de TB em Angola responde a três níveis que se pode observar na figura a seguir:



Nível Periférico - Laboratórios Municipais (UDT), localizados dentro do Centro de Saúde e/ou Hospital municipal onde se encontra o diagnóstico através de microscopia óptica, se realiza a Colheita de

amostra de escarro para fazer a baciloscopia de diagnóstico e controlo do tratamento. Esta rede participa no programa de controlo de qualidade interno (CQ).



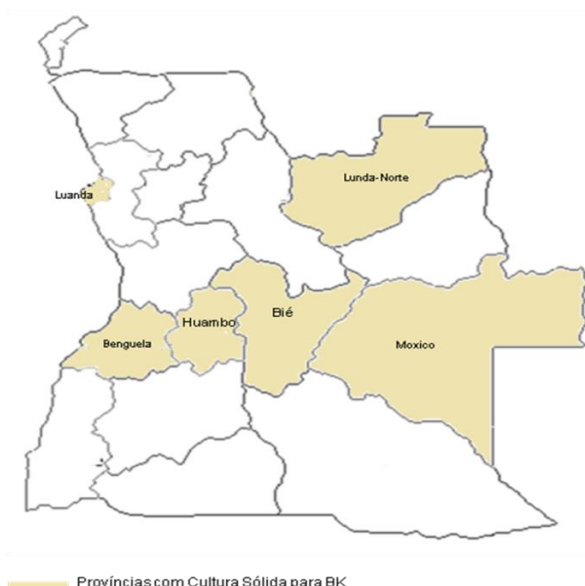
Nível Intermedio-Laboratórios Provinciais, localizados nos Hospitais Sanatorios e/ou DATS e/ou Hospitais Provinciais. Realizam serviços de diagnóstico ampliado da TB, já que possuem além de microscópios ópticos os Microscopios ILED, GENEXPERT e em algumas províncias meios de cultura líquida (Batec), TSA e/ou meios sólidos

(Ogawa-Kudoh) para diagnóstico da TB-MR.

Além da colheita de amostras de escarro e o diagnóstico da TB, estes laboratórios fornecem apoio aos laboratórios periféricos, garantem a supervisão, formação em serviço do recurso humano, o controlo de qualidade da sua rede de laboratorios municipais e a distribuição de testes e/ou materiais de laboratório.



Nível Central-Laboratórios de Referência Nacional, localizados nos HS de Luanda, INSP (Instituto Nacional de Saúde Pública). O HS de Luanda apoia no manuseamento de casos complicados de TB, TB/MR, TB/VIH.



Estes laboratorios Centrais contam **Meios Sólidos Ogawa-Kudoh e com camaras de biosegurança** para realizar diagnóstico, TSA de 1ª e 2ª linha para diagnóstico da TB/MR e TB/XDR.

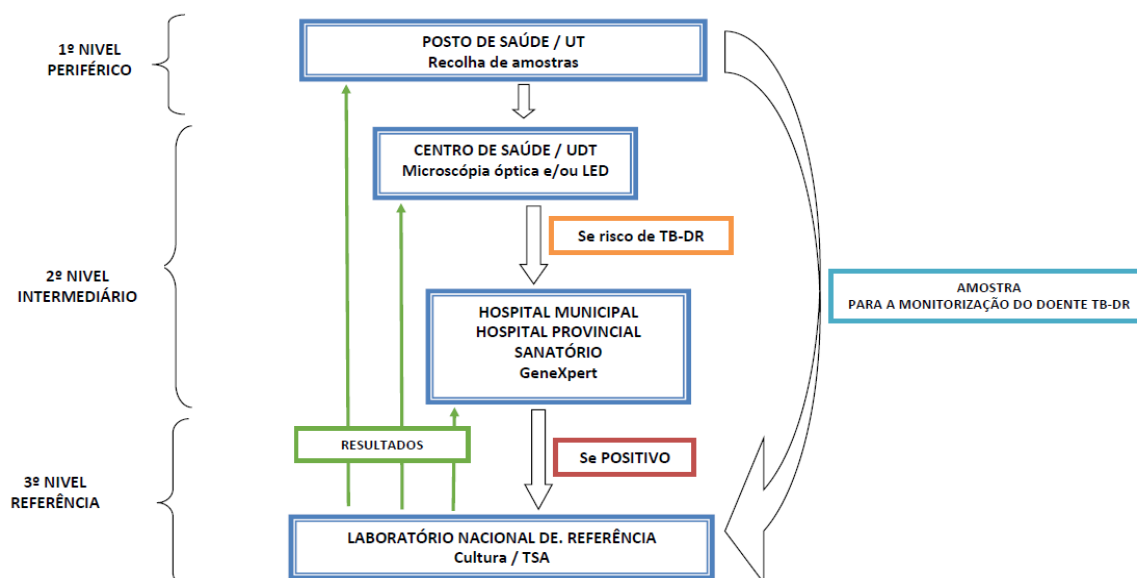
O diagnóstico através de meios sólidos encontra-se também em Benguela, Huambo, Bié, Lunda Norte e Moxico.

Os laboratórios Centrais apoiam na formação de RH, no controlo de qualidade, participam de

pesquisas operacionais, estudos de resistência aos medicamentos e SLMTA (programa de fortalecimento da gestão laboratorial para acreditação dos laboratorios de TB).

A seguir observa-se o fluxograma normativo do PNCT que mostra os diferentes níveis da rede de laboratorios de diagnóstico da TB, TB/MR.

Fluxograma de envio de amostras e resultados para Diagnóstico da TB-DR



3.3 Requerimentos de expansão da Rede de UDT/UT e Laboratórios de diagnóstico da TB

Para melhorar o acesso ao **diagnóstico e tratamento da TB** é necessário contar com uma **rede de UDT/UT** que cumpram as normas estabelecidas pela OMS de:

- 1 UT (Unidade de tratamento da TB) por cada 50.000 habitantes
- 1 Laboratório de baciloscopia para cada 100.000 habitantes nas áreas urbanas e 1 laboratório de baciloscopia por cada 150.000 habitantes nas áreas rurais).

Por tanto, para atingir a meta da OMS por habitantes e melhorar o acesso ao diagnóstico e tratamento da TB, o país necessita contar com uma **rede funcional mínima de 266 UDT e 458 UT**. O seja, o PNCT através dos programas provinciais deve-se conseguir até **finais de 2017 a expansão de 130 novas UDT (com laboratorios de baciloscopias) e 311 novas UT**. Esta necessidade de expansão da rede observa-se na Tabela Nº 11.

Tabela Nº 11
Necessidade para expansão da Rede de Laboratórios de BK, UDT/UT
Angola 2015

Província	Municípios	População	Laboratório BK		Rede DOTS/UT			
			Existência	Necessidade de expansão	Rede actual		Expansão	
					UDT	UT	UDT	UT
Bengo	6	361.424	5	4	5	5	2	19
Benguela	10	2.093.688	17	18	17	6	5	20
Bié	9	1.379.412	9	18	9	10	7	20
Cabinda	4	707.558	2	4	2	8	4	20
Cunene	6	992.317	8	10	8	1	3	16
Huambo	11	1.949.240	11	24	11	5	10	20
Huila	14	2.420.322	14	27	14	29	10	20
K-Kubango	9	524.659	2	9	2	2	9	19
Kza-Norte	10	439.954	8	9	8	3	10	20
Kza Sul	12	1.844.011	6	25	6	7	10	20

Luanda	7	6.726.146	12	50	12	22	15	20
Lunda Norte	10	822.348	4	12	4	7	11	12
Lunda Sul	4	530.527	1	7	1	3	4	10
Malange	14	995.241	4	16	4	8	12	20
Moxico	9	745.965	9	5	9	3	5	10
Namibe	5	484.818	2	7	2	15	5	10
Uíge	16	1.466.292	16	18	16	12	4	15
Zaire	6	583.106	6	7	6	1	4	20
TOTAL	162	25.066.028	136	272	136	147	130 (52% expansão)	311

3.3 A Logística de Medicamentos e outros insumos em 2015

A **logística de medicamentos e outros insumos estão** á cargo da CECOMA, que através de plano anual de necessidades apresentado pelo PNCT realiza a aquisição de medicamentos e outros insumos. A sua distribuição é realizada através de plano de distribuição elaborado pelo PNCT em base aos pedidos das províncias. O PNCT, em forma periódica realizam encontros entre CECOMA/PNCT para monitorar e avaliar a logística dos medicamentos e reagentes.

Durante 2015, foi distribuído (tabela Nº 12) um total de 73.930 tratamentos da TB, com destaque para a província de Luanda com 27.586 (37,3%) dos tratamentos; destes 13.107 tratamentos foram distribuídos pelo DAT-Luanda e 14.479 tratamentos distribuídos através de Hospitais e parceiros, nomeadamente: HSL, Hospital Esperança, Américo Boa Vida, Divina Providência, Josina Machel, Pediátrico David Bernardino, FAA/Divisão saúde. As províncias de Benguela, Bié, Huila, Huambo, K-Norte e Zaire receberam maior quantidade de tratamentos da TB depois de Luanda.

Tabela Nº 12
Distribuição de tratamentos da TB por províncias – Angola 2015

Nº	Província	U.S	MINSA	Total		
1	Bengo		1.448	1.448		
2	Benguela		13.696	9.568		
3	Bié		1.923	1.923		
4	Cabinda		421	421		
5	Huambo		2.747	2.747		
6	Huíla		4.563	4.563		
7	K.Kubango		982	982		
8	Kunene		1.457	1.457		
9	K. Norte		1.879	1.879		
10	K. Sul		1.963	1.963	Sub-total	26.951
11	Luanda	DAT/Luanda	13.107	13.107	13.107	
		H. Div. Provd.	166	166	166	
		FAA	500	500	500	
		H A. Boa Vida	1.170	1.170	1.170	
		H.J. Machel	1.040	1.040	1.040	
		H. Sanatório	5.667	5.667	5.667	
		H.Esperança	471	471	471	
		H. Pediátrico	1.265	1.265	1.265	
Total Luanda					27.586	
12	L. Norte		1.319	1.319		
13	L. Sul		1.131	1.131		
14	Malange		1.157	1.157		
15	Moxico		1.304	1.304		
16	Namibe		1.458	1.458		
17	Uíge		1.576	1.576		
18	Zaire		1.952	1.952		
Total				9.897		
Total Geral				73.930		

3.4 O Sistema de Informação do PNCT

O **Sistema de informação no PNCT** esta constituido por um conjunto de instrumentos que produzem informação a nivel da rede de serviços, cujos dados são consolidados pelos programas províncias e enviados ao nivel central, estes dados devem ser analisados nos vários níveis para apoio na tomada de decisões.

Existem Formulários de recolha de dados do sistema de informação da TB actualizado (modelo eletrónico), disponível ao nível central e provincial.

O nível municipal e nas Unidades de Saúde (UDT/UT) utilizam o mesmo modelo (em papel impresso) para garantir a notificação dos casos e que devem ser apresentado em forma regular e com periodicidade mensal.

O envio de relatórios da província ao nível central sempre foi um processo demorado, o tempo médio de atraso dos relatórios das províncias continua a ser superior a 45 dias, além disto, uma grande maioria dos relatórios provinciais o preenchimento é incompleto ou incorreto, outro problema apresentado é que os programas provinciais permanentemente estão a rever a notificação realizada anteriormente, situação que acarreta problemas na base de dados, tornando um sistema pouco confiável.

Tabela Nº 13
Tempo da chegada dos relatórios das províncias
à Coordenação Nacional - Angola 2015

Províncias	Dias de atraso			
	1ºT	2ºT	3ºT	4ºT
Bengo	35	25	18	45
Bié	36	12	18	35
Benguela	24	15	12	32
Cabinda	45	40	48	45
Cunene	20	12	22	32
Huambo	12	23	21	30
Huíla	35	19	17	29
K.Kubango	36	12	14	20
K.Sul	42	29	22	32
K.Norte	35	13	15	37
Luanda	50	29	28	30
L.Norte	25	31	17	32
L.Sul	23	12	17	37
Malange	20	12	13	30
Moxico	24	11	15	40
Namibe	40	12	27	35
Uíge	32	12	17	30
Zaire	42	37	11	29
Media	32	19.7	19.5	39,5

Fonte: PNCT 2015

3.5 DOTS - COMUNITÁRIO

O DOTS-Comunitário é uma estratégia contemplada no Componente 4 do PEN-TB, que pretende reforçar o envolvimento da comunidade e familiares nos cuidados e prevenção da TB. Sendo um desafio a sua implementação por constituir uma mais-valia para melhorar o seguimento domiciliário dos casos em tratamento, realizar a busca activa de faltosos, assegurar a adesão no tratamento da TB, melhorar o controlo de contactos e Sintomáticos respiratórios assim como promover na comunidade o apoio, cuidados e acompanhamento dos doentes de TB, promovendo actividades de IEC na comunidade para a prevenção do estigma e discriminação. Estas intervenções de prioridade no DOTS-C, irão contribuir na redução dos abandonos, fracassos e aumento da taxa de sucesso ao tratamento.

Outra intervenção importante do DOTS-C é o tratamento directamente observado a nível domiciliário através de agentes comunitários capacitados que realizaram com oportunidade a supervisão na administração do tratamento até conseguir a cura do doente.

De acordo as normas do PNCT, a fase intensiva do TDO (tratamento directamente observado) deve ser **feita na instituição** pelo pessoal da saúde, a fase de continuação do tratamento baixo a supervisão dum familiar ou dum agente da comunidade.

Esta norma do Programa não é cumprida, sempre existem doentes que têm dificuldade para assistir ao serviço da saúde a receber o TDO, seja por problemas de viver em áreas distantes aos serviços, por falta de recurso económico ou acesso de transporte para a sua mobilização ou por que estão seriamente doentes com impossibilidade de movimentar-se, estes doentes seriam apoiados pelos agentes comunitário do DOTS-C, que em forma coordenada com os serviços de saúde realizarão o acompanhamento e a supervisão do TDO a nível domiciliário.

Com fundos da Ronda 9-FG foi previsto criar o DOTS-C piloto, inicia-se em 2015 a **primeira fase do projecto DOTS-C**, o mesmo que será implementado em parceria com CUAMM, para o qual foi contratado um consultor que durante esta primeira fase realizou-se: (i) análise da situação dos 5 municípios de prioridade, elaboração do projecto, manuais de normas, instrumentos de registo e identificação das ONGs parceiras.

Como resultado da análise em base aos indicadores de incidência da TB; notificação de casos de TB todas as formas; sucesso de tratamento; taxas de abandono ao tratamento; disponibilidade e acesso ao diagnóstico e tratamento; presença de ONG activa a nível comunitário foram seleccionados 5 municípios de cinco províncias para a implementação do DOTS-C piloto.

No quadro Nº 14, se visualiza os municípios das províncias seleccionadas, suas populações alvo a ser beneficiadas com intervenções do DOTS-C e as ONGs parceiras que irão contribuir na monitoria das actividades.

Tabela Nº 14
Município, famílias e parceiros para implementação do DOTS-C

Província	Município	Habitantes	Famílias	Ind/ fam	%	Nro. ACS/Mu nicipio	Nro. Família s/ACS	Nro. Famílias cobertas	% Cobertur a	ONG Parceira
Luanda	Cazenga	862351	156791	5,5	0,461	97	300	29061	18,5	ADPP
Benguela	Cubal	287931	52351	5,5	0,154	32	300	9703	18,5	Missão Católica
Huila	Quipungo	146914	26712	5,5	0,079	17	300	4951	18,5	Prazedor
Huambo	Bailundo	282150	51300	5,5	0,151	32	300	9509	18,5	ADESPO
Cunene	Ombandj	290077	52741	5,5	0,155	32	300	9776	18,5	CUAMM
TOTAL		1.869.423	339.895	5,5	1,000	210		63000		

A segunda fase do Projecto DOTS-C, será desenvolvida a partir de 2016 com apoio da Nota Conceptual/Fundo Global, onde se iniciaria a implementação do Plano de acção, com actividades variadas de contratação e formação de 210 agentes comunitários, nomeadamente: (i) em Luanda no município de Cazenga com 97 agentes e 10 supervisores; (ii) em Benguela, município de Cubal com 32 agentes e 3 supervisores; (iii) em Huambo no município de Bailundo com 32 agentes e 3 Supervisores; (iv) em Huila município de Quipungo com 17 agentes e 2 supervisores; (v) em Cunene município de Ombandja com 32 agentes e 3 Supervisores.

3.6 Parcerias Público-Privada no controlo da TB em 2015

A partir de Fevereiro de 2013 se reativou o funcionamento do Grupo Técnico Multidisciplinar – TB (GTM-TB), constituído por representantes das seguintes instituições: OMS, INSP, INLS, Hosp. Americo Boa Vida, Hosp. Sanatorio de Luanda, Hosp. Pediátrico, Hosp. Esperanza, Faculdade Medicina da UAN, FFAA, Min Interior, EXXON-Mobil Angola. Este GTM-TB apoia na definição e revisão de normas técnicas e necessidades do programa,

Algumas ONGS apoiam ao PNCT em actividades de IEC e as vezes acompanhamento dos doentes, temos: Igrejas filiadas ao INAR/ Ministério da Cultura; IEIA, IEBA, IESA, Missão Católica Cubal, Forças Armadas Angolanas, Policia Nacional, Chevron, etc.

Encontra-se em curso alguns Projectos de apoio a situação do PNCT tem:

- Projecto de estudo da prevalência da TB em Prissões e Mineiros em parceria com a OIM (Organização Internacional das Migrações) que do qual foi cumprida a primeira fase de levantamento de informação e análise da situação. A segunda consistirá na expansão de serviços de diagnóstico, tratamento observado e prevenção da TB em essas populações.
- Através da parceria MINSA-ICAP em curso o projecto de controlo da coinfeção TB/VIH e o seguimento dos casos detectados com coinfeção na província de Luanda.
- Através do financiamento do FG (NC), preve-se implantar em 5 províncias o DOT-Comunitário (Diagnóstico e tratamento supervisionado na comunidade)¹⁰, com vista a melhorar a adesão ao tratamento, acompanhamento dos doentes em tratamento domiciliar assim como o controlo dos contactos.

¹⁰ Luanda municipio de Cazenga; Benguela municipio de Cubal; Cunene municipio de Ombanja; Huambo municipio de Bailundo; Huila municipio de Quipundo.

Em 2015 foram notificados 2.361 casos de TB dos provedores que colaboram com o PNCT, cuja distribuição pode-se observar na tabela a seguir.

Tabela nº 15
Distribuição dos casos de TB Diagnosticado e tratados
Pelos Provedores que colaboram com o PNCT
Angola 2013 - 2015

REDE	2013	2014	2015
Provedores públicos Forças Armadas	304	155	176
Policias	107	2	27
Cadeias	0	0	12
Provedores privados (empresas, clinicas, Igrejas, ONGs)	2601	2556	2.146
Total	3.012	2.713	2.361

Fonte: relatório das parcerias - PNCTB

IV. ANÁLISE NO DESEMPENHO DO PROGRAMA DA TB PROVINCIAL E MUNICIPAL

4.1 Principais pontos fracos no programa

O PNCT em forma contínua durante as supervisões e/ou encontros com os pontos focais provinciais realiza análise da situação do programa, identificando factores negativos que estão a favorecer o mau desempenho do programa nos vários níveis que estão a contribuir nos altos custos da doença a nível individual e/ou comunitário.

Para poder vencer os pontos fracos do controlo da TB a nível operacional é necessário maior envolvimento e compromisso das autoridades provinciais, municipais, profissionais e técnicos, a participação activa será uma mais-valia que beneficiará o desempenho do programa nas diferentes áreas e níveis.

Os principais pontos fracos identificado em base aos relatórios e supervisões realizada nas províncias são:

- **Baixa cobertura de serviços de TB a nível municipal**, actualmente em funcionamento 136 UDT (Unidades de diagnóstico e tratamento com laboratório de baciloscopia) localizadas em 110 municípios (68% de cobertura municipal). Importante a expansão das UDT em todos os municípios.

- **Serviços da TB verticais com baixa cobertura de Unidades de Tratamento (UT)**, apenas 5% da rede de US do país contam com serviços de tratamento da TB (147 UTs em funcionamento).

Esta situação limita o acesso ao TDO (diagnóstico e tratamento directamente observado), por tanto se deve expandir a rede de UT a nível das US onde exista a vivenda de um doente com TB, para facilitar o acesso ao tratamento e/ou os serviços devem desenvolver o DOTS-C, principalmente para aquelas populações que contam com doentes de TB que moram distante das unidades de saúde (US).

- **Fraco cumprimento das normas de TDO** “diagnóstico e tratamento directamente observado” a nível das UDT/UT, DATs e Hospitais Sanatórios, convertendo-se em serviços de entrega de

medicamentos por longo periodo. Esta norma deve-se cumprir estritamente em toda a rede de serviço da TB.

- **Limitada Rede de baciloscopia** de escarro (laboratórios de BK) o que acarreta ter (i) diagnóstico tardio; (ii) maior diagnóstico clínico que pode levar facilmente a erro médico; (iii) limitadas baciloscopias de controlo do tratamento; (iv) devido à aglomeração de amostra, corre-se risco de má qualidade da leitura.
- **Falta de controlo de qualidade dos laboratórios de TB;** fraqueza que o INSP (Instituto Nacional de Saúde Pública) deve melhorar.
- **Altas taxas de abandono** ao tratamento da TB que aumentam o risco da TB-MR. A rede de serviços de TB deve cumprir a norma de seguimento e acompanhamento dos doentes diagnosticado e em tratamento da TB até a cura.
- **Limitado controlo do VIH entre os doentes de TB** e dos seus contactos; a norma é testar 90% dos doentes diagnosticados com TB, a mesmas que deve ser cumprida.
- **Não realizam seguimento e investigação da TB-MR** entre os fracassos, retratamentos, EP ou coinfectados TB/VIH; deve-se melhorar este controlo.
- **Limitado controlo de contactos e/ou busca activa de SR** (Sintomáticos Respiratórios), assim como limitadas baciloscopias de controlo entre os doentes em tratamento (2º 5º e 8º mês de tratamento); a rede de laboratórios deve cumprir com o controlo e envio mensal de relatórios de baciloscopia diagnósticas ou de controlo realizados.
- **Rotura de medicamentos e reagentes;** às vezes com medicamentos com prazos caducados ou com erros no armazenamento. O pessoal não cumpre com antecedência ou preenchimento com qualidade da ficha de pedido de medicamentos e a ficha de rotura de stock.
- **Troca frequente do esquema de Tratamentos de 2ª linha** devido à rotura de stock e/ou falta de medicamentos para completar o esquema muda de medicamentos isto pode contribuir a maior resistência (TB-XMR).
- **Problema na aquisição de medicamentos nas doses requeridas** por paciente, exemplo na 2ª linha existência de medicamentos

injetáveis com doses pequenas que precisam maior número de frascos por paciente ou viceversa.

- **Falta de outros insumos de laboratório para os doentes de TB-MR**, durante o tratamento de TB-MR é necessário monitorizar a função hepática e renal, observa-se falta de insumos de laboratório para realizar Bioquímica como ser creatinina, GOT, GPT e/ou hemograma etc.
- **Sistemas de informação tardio e incompleto, as fichas de notificação dos doentes, mostram** dados pouco fiável com discrepâncias permanentes e/ou preenchimento incompleto e envio tardio ao nível central.
- **Superlotação de doentes nos Hospitais Sanatórios e DATS**, com ambiente pouco saudável, muitas vezes não cumprem normas de biossegurança, não contam com protocolos e/ou procedimentos padrões difundidos, que colocam em alto risco ao pessoal da saúde e à circulação entre os doentes de possíveis cepas resistentes de TB.
- **Limitada integração e coordenação com programas afins**, como ser o Programa da SIDA, MAPESS, FFAA, com fraco envolvimento das parcerias, sociedade civil e grupos vulneráveis;
- **Estratégia DOTS-comunitária sem expandir** deve-se dar maior prioridade principalmente nas províncias com maior número de abandonos e baixas taxas de cura.

4.2 Indicadores de desempenho

Existem indicadores que medem o desempenho do programa nos diferentes níveis, temos:

Crítérios de desempenho

Crítérios para medir o Desempenho	Valor OMS	Situação actual Nal
Taxa notificação de BK (+)	70%	Baixa 38%
Taxa notificação de BK (-)	30%	Alta 44%
Taxa notificação de EP	10%	Normal 6%
Taxa notificação de Retratamentos	5%	Alta 10%
Taxa de coinfeção TB/VIH	20%	Baixa 10%
Taxa de Sucesso Tratamento CAT1	70%	Baixa 64%
Taxa de Sucesso Tratamento CAT2	70%	Baixa 61%
Taxa de Fracasso ao tratamento	3%	Alta 4,5%
Taxa de Abandono de tratamento	>5%	Alta 23%
Taxa de transferências	4%	Normal 4%
Taxa de Óbitos	3%	Alta 6%
Taxa de Não avaliados	1%	Alta 27%
Taxa de Perdidos	0%	Alta 6%

A seguir, será analisado o desempenho do programa da TB a nível provincial em base aos indicadores da OMS e as notificações de casos das diferentes formas reportados em 2015, com sinal vermelho aqueles dados que não cumprem critérios dos indicadores (Tabela Nº 16).

Tabela Nº 16
Distribuição da proporção de casos de TB todas as formas
por províncias – Angola 2015

Províncias	TB todas as formas	Proporção de Casos (% do total)				Coinfecção TB/VIH (%positiva)
		BK (+)	BK (-)	EP	Retratamentos	
Bengo	860	64,1	25,9	3,4	6,6	15,1
Benguela	9.185	42,5	38,3	6,3	12,9	6,5
Bié	2.071	47,0	23,5	18,3	11,2	6,4
Cabinda	2.084	23,0	64,1	0,9	12,0	13,7
Cunene	1.157	55,1	20,8	4,7	19,4	20,3
Huambo	1.904	45,1	42,5	4,3	8,1	1,8
Huíla	4.584	50,2	33,9	5,4	10,5	6,0
K-Kubango	965	56,3	41,7	0,3	1,7	28,8
K-Norte	1.190	47,6	40,6	3,4	8,4	11,2
K-Sul	1.334	42,9	45,2	1,3	10,6	2,9
Luanda	23.378	34,6	52,7	6,6	6,1	14,3
L-Norte	1.762	26,6	59,9	2,6	10,9	12,1
L-Sul	849	45,3	13,1	17,8	23,8	32,6
Malange	684	76,0	13,6	1,3	9,1	2,7
Moxico	1.894	28,4	39,0	22,0	10,6	26,1
Namibe	3.479	32,5	27,5	5,8	34,2	9,6
Uíge	1.291	48,3	34,9	4,0	12,8	3,0
Zaire	2.389	20,8	76,4	0,9	1,9	3,5
TOTAL CASOS%	61.060	38,7	44,5	6,4	10,4	10,7
Valor de referência % (OMS)		70%	30%	10%	5%	20%

Também será analisada as Coortes de tratamento de 2014 da CAT1 e CAT2, o seja o Resultado de tratamento na categoria 1 (CAT1: casos novos BK+, BK- e EP – Tabela Nº 17) e o Resultado de tratamento da categoria 2 (CAT 2: casos em retratamentos – Tabela Nº 18).

Tabela Nº 17
Resultado do seguimento dos doentes em tratamento por Províncias
CAT 1 (BK +) - Angola 2014

Províncias	Notificados 2014	RESULTADO DE TRATAMENTO COORTE 2014 - CAT 1 (BK +)						Transferidos
		Registados	Curado (BK +)	Tto Terminado (BK +, BK - EP)	Fracassos	Abandono	Óbitos	
Bengo	493	372	112	70	4	150	2	1
Benguela	4.527	4.522	2.260	1077	83	697	225	180
Bié	873	903	316	300	14	175	51	47
Cabinda	403	417	6	374	0	16	15	6
Cunene	541	423	190	22	7	144	47	13
Huambo	783	681	41	449	9	159	13	14
Huíla	1.921	2.245	412	538	24	580	535	156
K-Kubango	519	430	379	13	0	0	16	3
K-Norte	578	578	341	157	6	56	15	3
K-Sul	520	336	54	161	10	101	8	3
Luanda	7.345	7.056	3.426	1.602	86	1.670	108	187
L-Norte	679	194	65	98	8	7	11	5
L-Sul*	351	0	0	0	0	0	0	0
Malange	500	486	273	50	3	82	28	50
Moxico	493	434	260	80	3	66	17	8
Namibe	778	1.357	267	121	101	142	120	2
Uíge	683	682	342	62	8	202	27	29
Zaire	415	176	76	105	1	4	7	0
TOTAL CASOS	22.402	21.292	8.820 (39% 41,4%)	5.279 (24,7%)	367 (1,7%) (2,2%)	4.251 (22,5%) (19,9%)	1.245 (3,3%) (5,8%)	707 (3,3%)
Valor de referência % (OMS)			70%		< 3%	< 5%	< 3%	<4%

Tabela Nº 18
Resultado do seguimento dos doentes em tratamento por Províncias
CAT 2 (Retratamentos) - Angola 2014

Províncias	Notificados 2014	RESULTADO DE TRATAMENTO COORTE 2013 - CAT 2 (BK neg e EP)						
		Registados	Curado	Tto Terminado	Fracassos	Abandono	Óbitos	Transferidos
Bengo	52	26	4	1	2	17	0	0
Benguela	1,257	952	490	247	12	149	18	35
Bié	105	100	31	29	5	24	6	5
Cabinda	5	2	0	3	0	0	0	0
Cunene	182	273	46	59	15	106	32	22
Huambo	77	6	5	1	0	0	0	0
Huíla	365	121	24	34	5	28	34	7
K-Kubango	26	71	8	45	2	7	8	1
K-Norte	62	62	27	13	1	14	4	3
K-Sul	150	48	14	14	2	16	2	0
Luanda	999	945	408	174	22	260	38	43
L-Norte	134	35	10	15	0	6	2	2
L-Sul*	58	0	0	0	0	0	0	0
Malange	64	63	26	8	4	16	4	5
Moxico	117	115	78	23	0	12	2	0
Namibe	544	223	40	23	64	47	20	0
Uíge	89	84	38	4	0	28	2	1
Zaire	53	28	9	19	0	0	0	0
TOTAL CASOS	4.339	3.154 (72,6%)	1.258 (37,2%) (39,8%)	712 (23,4%) (22,5%)	134 (7,4%) (4,2%)	730 (23,1%)	172 (4,9%) (5,4%)	124 (3,2%)
Valor de referência % (OMS)			70%		< 3%	< 5%	< 3%	<4%

Os resultados desta análise devem promover aos Programas da TB provincial e municipal a reflexão, assim como promover o maior envolvimento de técnicos e profissionais na gestão de TB sejam no sector público ou privado.

O actual relatório foi também partilhado com autoridades durante o Conselho Consultivo de Abril/2016 e será também analisado no encontro

com supervisores do programa da TB e autoridades previsto para Agosto 2016.

4.3 Análise do desempenho do programa por Província

Em base aos dados anteriormente analisados nas tabelas Nº 16, 17 e 18, se realizara em cada uma das províncias análise dos seguintes dados provinciais:

- **Análise da rede** de serviços de TB em funcionamento: H. Sanatorios, DATS, UDT/UT¹¹ por municípios (UDT unidades de diagnóstico e tratamento com laboratórios de baciloscopia de escarro) e UT (Unidades de tratamento da TB).
- **Análise da notificação de casos em 2015** nas diferentes categorias (TB todas as formas, TB-MR e TB/VIH);
- **Análise da coorte de 2014** do resultado de tratamento da categoria CAT1 (novos casos BK (+), BK (-) e EP); e categoria CAT2 (casos em retratamento que envolvem os reaparecidos (após abandono maior a 3 meses de tratamento), fracassos e/ou recaídas);
- **Análise PPMIX:** parcerias, intervenções em grupos vulneráveis, DOTS-C e outras actividades contempladas nos Planos operacionais anuais.

¹¹ Rede de serviços que realizam a gestão de casos composta por HS (Hospitais Sanatórios de referência para gestão de casos TB-MR, TB/VIH ou complicados; os Dispensários de TB como centros de referência provincial da TB e a rede de serviços localizados nas Unidades de Saúde (US: centros de saúde e/ou postos sanitários) que conformam as UDT (Unidades de tratamento com laboratório de BK); UT (Unidades de tratamento da TB).

PROVÍNCIA DE BENGUO:

Nº	Município de Bengo	Nº							SEM UDT	SEM VIH
		Habitante	Comuna	U.San	Hosp Sanatório	DATS	UDT	UT		
1	DANDE	230.340	5	40			1	1		
2	AMBRIZ	23.045	3	11			1	1		
3	PANGO ALUQUEM	6.944	3	4			1	1		
4	DEMBOS	16.958	2	11			1	1		
5	NAMBUA	29.804	4	10			1	1		
6	BULA ATUMBA	64.490	7	15			0	0	X	X
TOTAL:		371.581	24	91	0	0	5	5	1	1

- Bengo, conta com 6 municípios, não têm HS e/ou Dispensário da TB. A rede de serviço da TB esta formada por 4 UDT e 4 UT. A Rede foi reforçada com 2 microscópios ópticos e 2 iLED.
- O Município de Bula Tumba não conta com serviço da TB, e apenas 11% das Unidades de Saúde (US) da província realizam controlo da TB.
- Para melhorar a prestação da TB deve-se expandir a rede com dois novas UDT e 19 UT.

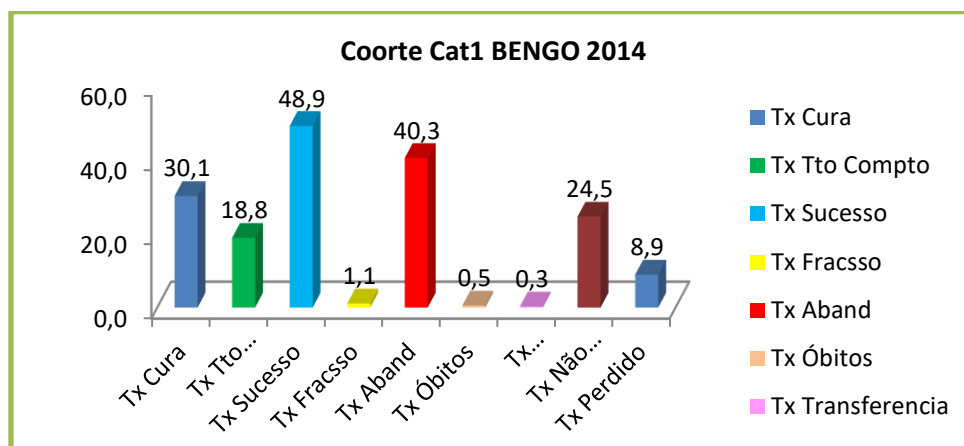
Notificação de Casos TB- Bengo 2015

ANO 2015	CASOS NOVOS			RE- TRATAMENTOS	TOTAL TB	TB/MR	TB/VIH	
	BK (+)	BK(-)	EP				TESTADO	TB/VIH (+)
BENGO	551	223	29	57	860	0	530	80

- Em 2015, foram notificados 860 casos de TB todas as formas dos quais 64% são BK (+); 26% BK (-); 3,3% EP e 6,7% Retratamentos.
- Foram testados para VIH 61% dos casos notificados com 15% de positividade TB/VIH (meta testar 90% dos casos), deve-se melhorar este indicador.
- Não realizam controlo da TB-MR entre doentes reportados em retratamentos, EP, BK (-) e coinfectados (309 casos deveriam ser investigados).

CATEGORIA CAT1: Resultado tratamento em BENGÓ:

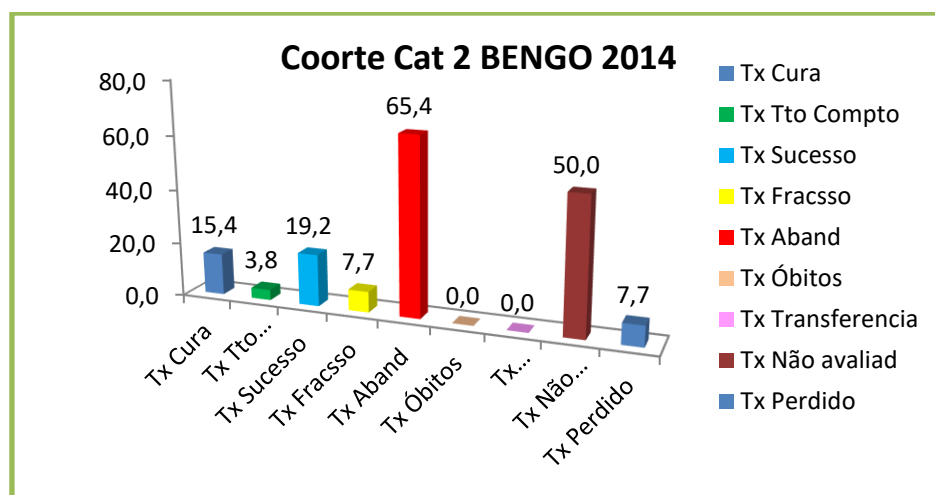
- No gráfico a seguir observa-se o resultado de tratamento dos doentes da CAT1 (Casos novos BK +; BK -; EP).



- Em 2014, Bengo notificou 493 casos novos de TB da CAT1 dos quais apenas 372 foram registados em tratamento (75,4%), existindo 24,5% (120 casos) não avaliados.
- A Taxa de Sucesso de tratamento da CAT1 (entre os casos registados em tratamento) foi de 49% ainda longe das metas da OMS de tratar com sucesso a 70% dos casos.
- A Taxa de Abandono de CAT 1 de 40% em 2014 (meta não ultrapassar 5% de abandonos). Além desta informação, reportam 24,5% de **não avaliados** (casos notificados e que não ingressaram a tratamento) e 9% de **perdidos** (que não continuaram tratamento).
Isto significa que a Taxa de abandono real é de 73% (359 casos da CAT1).
- Por tanto, o desempenho do programa da TB em Bengo é fraco, não realizam o TDO (tratamento directamente observado), não fazem seguimento dos doentes em tratamento e/ou busca activa dos faltosos, colocando em alto risco ao país de aumentar os casos TB-MR.

CATEGORIA CAT2: Resultado tratamento em BENGÓ:

- No gráfico a seguir observa-se a coorte do resultado de tratamento dos doentes da CAT2 na província de Bengo.



- Em 2014 na CAT 2, foram notificados 52 casos em Retratamentos dos quais apenas 50% (26 casos) foram registados em tratamento, quer dizer que os metade destes doentes não foram seguidos (26 doentes **perdidos**), com risco alto de converter-se em casos de TB-MR.
- Existe disparidade entre os dados notificados já que reportam 50% de casos não avaliados e 7% de perdidos, o seja que não coincidem com os dados reportados em tratamento.
- A Taxa de sucesso de tratamento da CAT2 foi de 19,2%, longe das metas esperadas.
- A Tx de abandono na CAT2 65% esta taxa é inaceptável, as normas indicam que não devem ultrapassar 5% de abandonos.

Conclusão Programa TB-BENG0:

- O Programa da TB de Bengo conta com Supervisor Provincial e um OPP financiado por FG-Ronda 9.
- Existe mau desempenho com altas taxas de abandono, de não avaliados, perdidos durante o tratamento e baixas taxas de sucesso no tratamento em ambas categorias.
- Existe disparidade nos dados reportados, isto mostra que não realizam supervisão, revisão e análise dos dados nos vários níveis onde é gerada a informação.
- Apenas 11% das Unidades de Saúde (US) no Bengo realizam o controlo da TB e o Município de Bula Tumba não conta com UDT.

- A Coorte na CAT1 (categoria 1) notifica 75% de doentes em tratamento, se desconhece o acontecido com o 25% dos restantes doentes notificados.
Situação similar se observa na CAT 2, apenas 50% dos doentes notificados ingresaram em tratamento.
- Baixa Taxa de sucesso de tratamento e altas taxas de abandono em ambas as Categorias. Isto mostra que não realizam tratamento supervisionado e não fazem o seguimento dos doentes e/ou busca activa dos faltosos.
- Relatórios não enviam dados das baciloscopias de controlo.
- Limitado controlo do VIH entre os doentes de TB; não existe um seguimento dos doentes coinfectados;
- A província de Bengo deve melhorar a coordenação entre os programas de TB e SIDA, reforçar o seguimento dos doentes coinfectados; o controlo da TB_MR entre os casos em retratamentos, EP, BK (-) e coinfectados. Assim como o controlo de contactos e/ou de SR;
- Para cumprir estes desafios é necessário maior comprometimento das autoridades de saúde nos vários níveis; reforço de quadros com profissionais responsáveis e capacitados, assim como uma rede de serviços da TB funcional e de qualidade.
- Para assegurar o acesso ao diagnóstico e tratamento sob observação directa e baseada nas normas da OMS (área urbana 1 laboratório/serviço x 100.000 hab e na área rural 1 laboratório/serviço x 500.000 hab) é necessário expandir a rede com 2 novas UDT e 19 novs UT.

PROVÍNCIA DE BENGUELA:

Nº	Município de Benguela	Nº							SEM UDT	SEM VIH
		Habitante	Comuna	U.San	Hosp Sanatório	DATS	UDT	UT		
1	BAIA FARTA	105.873	4	18			2	1		
2	BALOMBO	102.102	4	15			1			
3	BENGUELA	527.817	5	44		1	3			
4	BOCOIO	158.770	3	25			1	3		
5	CATUMBELA	172.319	3	17			3			
6	CAIMBAMBO	82.975	3	17			1			
7	CHONGOROI	83.757	3	17			1			
8	CUBAL	295.993	4	20			1			
9	GANDA	230.959	3	31			2			
10	LOBITO	333.123	4	23			2	5		
TOTAL:		2.093.688	36	227	0	1	17	6	0	0

- Benguela conta com 10 municípios, 1 Dispensário de TB na sede provincial; uma rede de 17 UDT (com laboratórios de BK) localizados em todos os municípios e 6UT.
- A rede de laboratórios foi reforçada com 2 microscópios ópticos, 2 iLED e 1 GeneXpert.
- Para ter uma melhoria no acesso da população à prestação da TB deve expandir a rede com 5 novas UDT e 20 novas UT (cobertura de 10% de US com serviço de TB);

Notificação de Casos TB- Benguela 2015

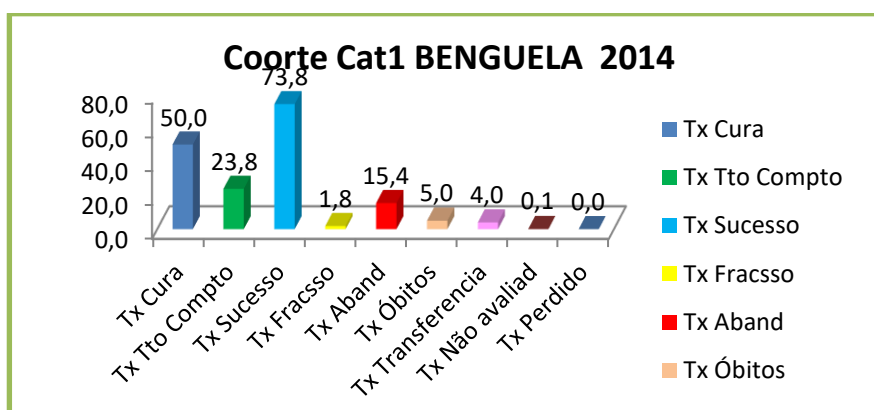
ANO	CASOS NOVOS			RE-TRATAMENTOS	TOTAL TB	TB/MR	TB/VIH	
	BK (+)	BK(-)	EP				TESTADO	TB/VIH (+)
2015								
BENGUELA	3.904	3.522	574	1,185	9.185	0	2.721	178

- Benguela notifica anualmente 15% da casuística nacional. O envio de relatórios e formulários de notificação continua a ser incompleto e tardio.
- Em 2015, foram notificados 9.185 casos de TB todas as formas, dos quais 42,5% são BK (+); 38,3% são BK (-); 6,2% EP e 13% Retratamentos.

- Existe baixa notificação de BK (+). Os retratamentos atingem 13%, não devem ultrapassar os retratamentos de 5% do total dos casos.
- Foram testados para VIH 29% dos casos (todas as formas) com 6% de positividade TB/VIH (coinfectados). A meta é testar 90% dos casos notificados, portanto devem melhorar este indicador.
- O controlo da TB-MR é ainda baixo, deve-se melhorar o controlo entre os retratamentos, EP e BK (-), assim como reforçar o controlo de contactos.

CATEGORIA CAT1: Resultado tratamento em BENGUELA:

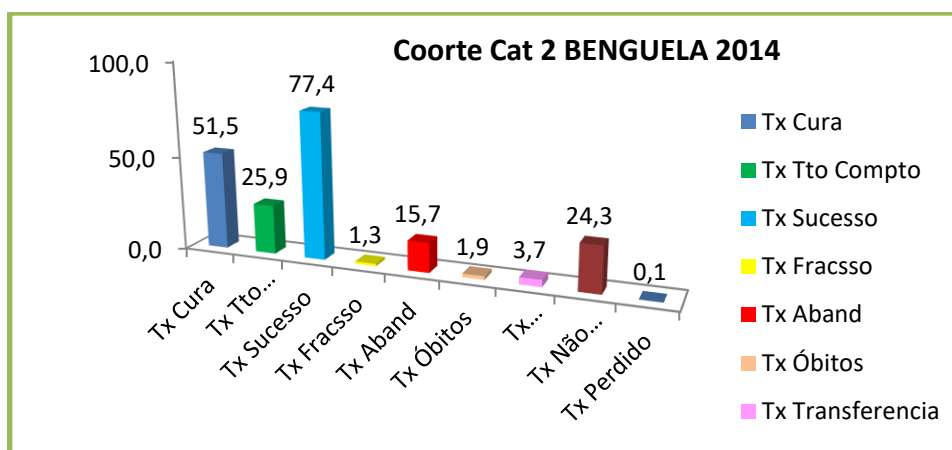
- No quadro a seguir observa-se o resultado de tratamento da coorte de 2014 entre os doentes da CAT1 (casos novos BK +; BK- e EP)



- Em Benguela na CAT 1 foram notificados 4.527 casos novos de TB dos quais 4.522 foram registados em tratamento (99%).
- A Taxa de Sucesso de tratamento (entre os casos registados em tratamento) foi de 73% em 2014.
- A Tx de Abandono de 15% (não deve ultrapassar 5% de abandonos).
- O programa não reportou doentes não avaliados ou perdidos, quer dizer que o desempenho comparativo ao ano anterior melhorou em Benguela.

CATEGORIA CAT2: Resultado tratamento em BENGUELA

- No gráfico a seguir observa-se o resultado de tratamento dos doentes da CAT2 da província de Benguela.



- Na CAT 2 foram notificados 1.257 casos em Retratamentos dos quais apenas 952 foram registados em tratamento (76%), quer dizer que existe 24% de casos da CAT2 não avaliados (305 doentes) estes doentes não ingresaram a tratamento.
- A Taxa de sucesso de tratamento na CAT2 é de 77% para 2014, mais existem 24% de não avaliados.
- A Tx de abandono na CAT2 em 2014 de 15% melhorou comparativamente ao ano anterior mais ainda longe das metas internacionais de 5% de abandonos.

Conclusão Programa TB-Benguela

- O Programa da TB em Benguela conta com supervisor e OPP do FG-Ronda 9.
- Em 2015 observou-se melhoria, mais ainda deve estremar esforço para reduzir os abandonos, as perdas durante o tratamento e o não avaliados de ambas às categorias.
- A notificação de BK (+) deve aumentar, melhorando o seguimento dos doentes em tratamento para reduzir os abandonos e retratamentos.
- A taxa de sucesso de tratamento deve-se aumentar para o qual o diagnóstico e tratamento sob observação directa deve-se cumprir, assim como o seguimento dos casos em tratamento, as baciloscopias de controlo, o controlo de contactos e SR.
- Reforçar a coordenação entre os programas de TB e SIDA, para cumprir as normas de testar para VIH a todos os doentes notificados com TB e viceversa.

- Reforçar a investigação da TB_MR, testando os casos notificados em retratamentos, BK (-), EP, coinfectados e contactos dos casos já diagnosticados com TB-MR.
- Melhorar o seguimento durante o tratamento dos TB-MR para evitar abandonos e o aparecimento de TB-XMR.
- Deve-se expandir a rede com 5 novas UDT e 20 novas UT em áreas onde se detectem um doente com TB (normas referem que área urbana deve ter 1 laboratório/serviço x 100.000 hab e na área rural 1 laboratório/serviço x 500.000 hab).
- Para cumprir estes desafios é necessário maior comprometimento das autoridades de saúde nos vários níveis, com reforço de quadros com profissionais responsáveis e capacitados, assim como uma rede de serviços da TB funcional e de qualidade.

PROVÍNCIA DE BIÉ:

Nº	Município de Bié	Nº							SEM UDT	SEM VIH
		Habitante	Comuna	U.San	Hosp Sanatório	DATS	UDT	UT		
1	ANDULO	234.791	4	35			1	6		
2	CAMACUPA	141.170	5	12			1			
3	CATABOLA	118.285	5	15			1			
4	CHINGUAR	117.470	3	17			1	3		
5	CHITEMBO	65.581	6	17			1			
6	CUEMBA	50.978	4	9			1			
7	CUNHINGA	69.238	2	17			1			
8	KUITO	424.169	5	37	1		1			
9	HNAREA	113.651	5	15			1	1		
TOTAL:		1.338.923	39	174	1	0	9	10	0	0

- A província conta com 9 municípios, com Hospital Sanatório. Todos os municípios contam com UDT (serviço com laboratórios de BK).
- Existem 10 UT o que significa que apenas 11% das US contam com serviços de TB.
- A rede de laboratório foi reforçada com 2 microscópios ópticos, 3 iLED e 1 GeneXpert.

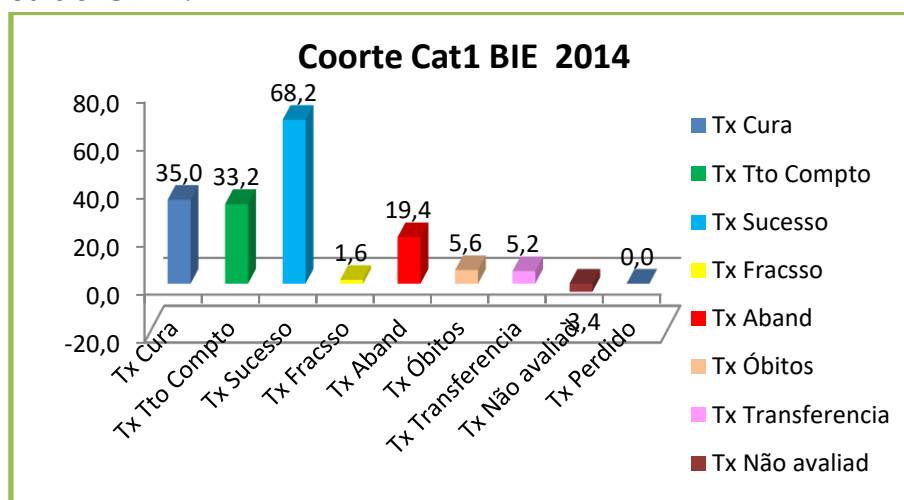
Notificação de Casos TB- Bié 2015

ANO 2015	CASOS NOVOS			RE- TRATAMENTOS	TOTAL TB	TB/MR	TB/VIH	
	BK (+)	BK(-)	EP				TESTADO	TB/VIH (+)
BIÉ	973	488	378	232	2.071	0	933	60

- Em 2015, notificaram 2071 casos TB (todas as formas), dos quais 47% foram BK (+); 24% BK (-); 18% EP e 11% retratamentos.
- Observa-se alta notificação de EP, não deve superar 10% da notificação. Os retratamentos que ultrapassam as metas da OMS de 5% do total dos casos notificados.
- Foram testados para VIH 45% dos casos (todas as formas), com uma positividade de 3%, portanto devem melhorar o indicador testando 90% dos casos notificados de TB.
- Não realizam controlo da TB-MR entre doentes em retratamentos, EP, BK (-) e coinfectados. Deve-se reforçar esta área.

CATEGORIA CAT1: Resultado tratamento em BIÉ:

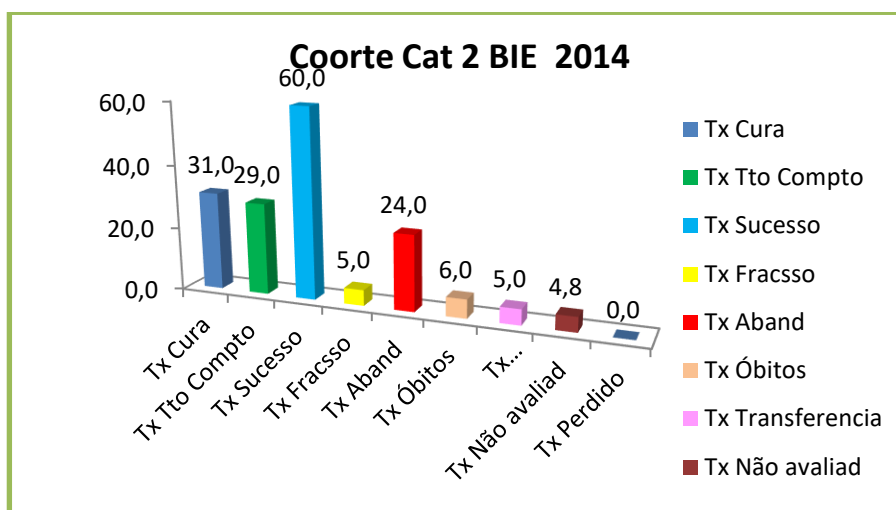
- No gráfico a seguir observa-se o resultado de tratamento dos doentes da CAT1.



- Em Bié na CAT 1 foram notificados 903 casos novos de TB dos quais 893 registados em tratamento (99%).
- A Taxa de Sucesso de tratamento (entre os casos registados em tratamento) atingiu 68%.
- A Tx de Abandono na CAT1 alta com 19%, não ultrapassar 5% de abandonos.

CATEGORIA CAT2: Resultado tratamento em BIÉ

- No gráfico a seguir observa-se o resultado de tratamento dos doentes da CAT2 da província de Bié.



- Em Bié na CAT 2 foram notificados 115 casos em Retratamentos dos quais 100 doentes foram registados em tratamento (95%), o que significa que existem 4,8% de não avaliados (5 doentes que não ingresaram a tratamento).
- A Taxa de sucesso de tratamento da CAT2 de 60% em 2014.
- A Tx de abandono na CAT2 foi de 24%, situação a ser analisada pela importância do risco de aumento dos casos de TB-MR.

Conclusão Programa TB-Bié

- Em conclusão, o programa em Bié conta com supervisor provincial e com OPP do FG-Ronda 9. O programa continua com baixo desempenho, devido a altas taxas de abandono, baixas taxas de sucesso de tratamento, alta notificação de retratamentos e EP.
- Para melhorar esta situação a equipa deve reforçar o TDO (tratamento sob-observação directa), seguimento dos doentes em tratamento, busca activa de faltosos. Assim como o controlo com baciloscopias dos BK (+).
- A investigação de VIH entre os doentes de TB é baixa, apenas testaram 45% dos casos detectados com TB.
- Não realizam investigação de TB-MR entre os fracassos, EP, TB/VIH e retratamentos, por tanto se deve reforçar a vigilância epidemiológica nos vários níveis.

- A província de Bié, deve expandir a rede com 7 novas UDT e 20 UT, assim como quadros de profissionais responsáveis e capacitados, (área urbana 1 laboratório/serviço x 100.000 hab e na área rural 1 laboratório/serviço x 500.000 hab).

PROVÍNCIA DE CABINDA:

Nº	Município de Cabinda	Nº							SEM UDT	SEM VIH
		Habitante	Comuna	U.San	Hosp Sanatório	DATS	UDT	UT		
1	BELIZE	19.454	3	14				1	X	X
2	BUCO-ZAU	33.843	3	20				1	X	X
3	CABINDA	598.210	3	21	0		1	8		
4	CHONGOROI	36.778	3	47			1			
TOTAL:		688.285	12	102	0	0	2	10	2	2

- A província conta com 4 municípios. Conta com 2 UDT (com laboratório de baciloscopia) e 10 UT.
- Em 2 municípios não existem UDT e apenas 11% das US contam com UT. Para melhorar a prestação da TB deve-se expandir a rede com 4 novas UDT e 20 UT.
- A rede de laboratório foi reforçada com 2 microscópios ópticos, 2 iLED e 1 GeneXpert.

Notificação de Casos TB- CABINDA 2015

ANO 2015	CASOS NOVOS			RE- TRATAMENTOS	TOTAL TB	TB/MR	TB/VIH	
	BK (+)	BK(-)	EP				TESTADO	TB/VIH (+)
CABINDA	479	1.337	18	250	2.084	0	879	120

- Em 2015, notificaram um total de 2.084 casos dos quais 64% foram BK (-), 23% BK (+); 12% Retratamentos e 1% EP.
- Estes dados mostram que na Província de Cabinda a relação BK (+) vs (-) está invertida¹² (os BK (-) não devem ultrapassar 30% da casuística nacional), isto significa que não existe laboratorios de

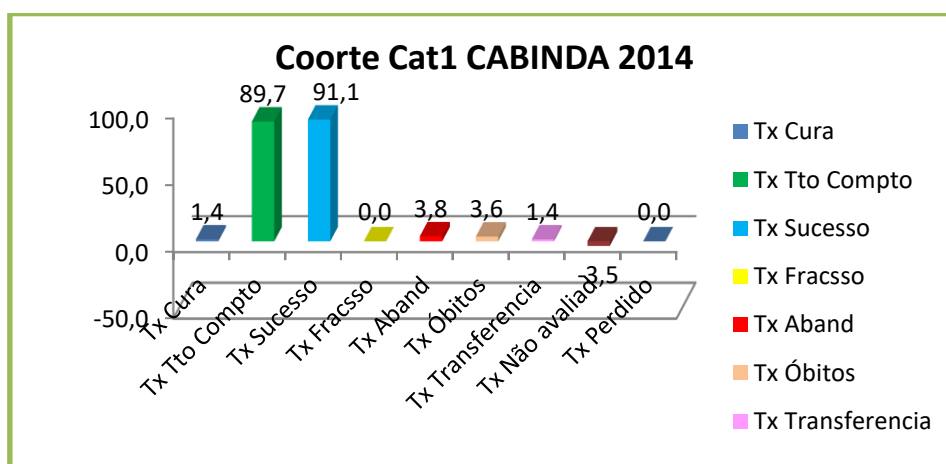
¹² A notificação de BK (+) deve ser maior que a de BK (-), uma inversão na relação, mostra que o diagnóstico da TB é clínico ou por Rx, portanto a rede de laboratórios de baciloscopia não é funcional ou existe uma boa qualidade no diagnóstico laboratorial.

diagnostado e que realizam através da clinica ou Rx o diaagnostico da TB com risco de erro diagnóstico.

- Apenas 42% dos casos de TB foram testados para VIH, com uma positividade 14% de coinfeção TB/VIH.
- Não realizam investigação da TB-MR entre os casos em retratamentos, EP, BK (-) e coinfectados.

CATEGORIA CAT1: Resultado tratamento em Cabinda:

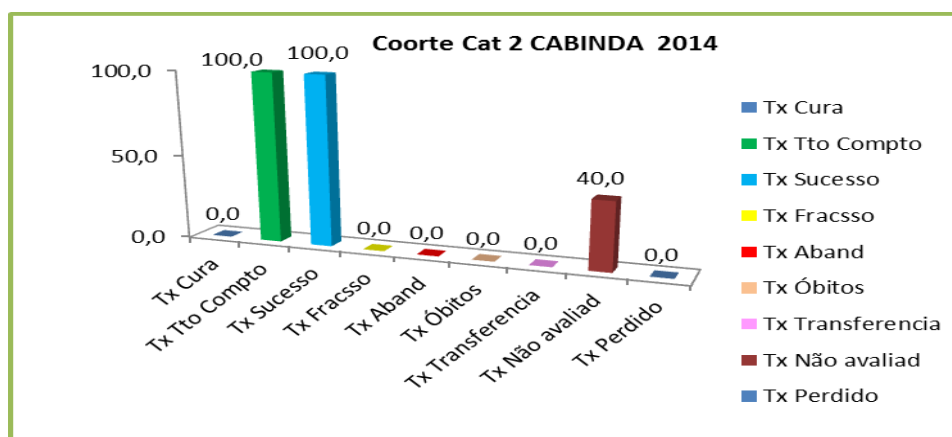
- Análise da coorte da CAT1 de tratamento, em 2014 Cabinda, notificou 417 casos novos de TB dos quais 403 foram registados em tratamento (97%).



- As Taxas de Sucesso de tratamento (entre os casos registados em tratamento) atingiu 91% em 2014;
- A Taxa de Abandono dos doentes da CAT1 baixou em 2014 a 3%.

CATEGORIA CAT2: Resultado tratamento em Cabinda

- No gráfico a seguir observa-se o resultado de tratamento dos doentes da CAT2 da província de Cabinda,



- A coorte da CAT 2 em 2014, mostra disparidade nos dados, já que reportam 100% dos doentes em tratamento mais existem 40% de não avaliados.
- Notificaram apenas 5 casos em retratamentos dos quais 3 ingressaram a tratamento.
- Não reportam abandonos na CAT2, mais existe 40% de não avaliados que podem ser considerados como abandonos.

Conclusão Programa TB-Cabinda

- Em conclusão, o programa provincial em Cabinda continua com dados não fiáveis para realizar uma análise realista, os relatórios são incompletos, com muita disparidade.
- A província deve revisar os dados antes de enviar ao nível nacional.
- Existe alto risco de aumento da TB-MR devido a taxas altas de não avaliados principalmente na CAT2 é importante que estes doentes sejam curados para cortar a cadeia de transmissão e/ou aparecimento de casos de TB/MR.
- O TDO é ainda limitado, deve-se reforçar em toda a rede de serviços, assim como o seguimento dos doentes em tratamento, a busca activa dos faltosos e o controlo da TB/VIH, TB-MR, de contactos e SR;
- Reporta número elevado de BK (-) isto mostra que as normas não são cumpridas, os laboratórios de TB não realizam com periodicidade a baciloscopia de escarro, deve-se supervisionar a rede e/ou expandir a mesma para contribuir em melhorar o acesso ao diagnóstico e controlo da TB.
- Melhorar a interrelação entre os programas de TB e SIDA, assegurando a qualidade na investigação de VIH entre os doentes de TB e viceversa, realizar acompanhamento dos doentes com coinfeção TB/VIH.
- A província de Cabinda, para ter um programa eficiente necessita maior comprometimento nos vários níveis, contar com quadros de profissionais responsáveis e capacitados, deve-se expandir a rede com 4 novas UDT e 20 novas UT (área urbana 1 laboratório/serviço x 100.000 hab e na área rural 1 laboratório/serviço x 500.000 hab) que cobram os 9 municípios.

PROVÍNCIA DE CUNENE:

Nº	Município de Cunene	Nº							SEM UDT	SEM VIH
		Habitante	Comuna	U.San	Hosp Sanatório	DATS	UDT	UT		
1	CUROCA	42.919	2	10			1			
2	CUVELAI	61.821	4	19					X	X
3	KWANHAMA	370.585	5	59		0	1			
4	KAHAMA	71.029	2	12			1	1		
5	NAMACUNDE	147.764	2	16			2			
6	OMBADJA	298.199	5	39	0		3			
TOTAL:		992.317	20	155	0	0	8	1	1	1

- A província conta com 6 municípios, contam com rede de 8 UDT e 1 UT. Apenas 6% dos US contam com serviços de TB (UDT/UT). Existe 1 município sem rede de UDT (com laboratório de BK).
- A rede de laboratório foi reforçada com 2 microscópios ópticos, 2 iLED e 1 GeneXpert.
- Para melhorar a prestação da TB deve-se expandir a rede com 3 novas UDT e 16 UT.

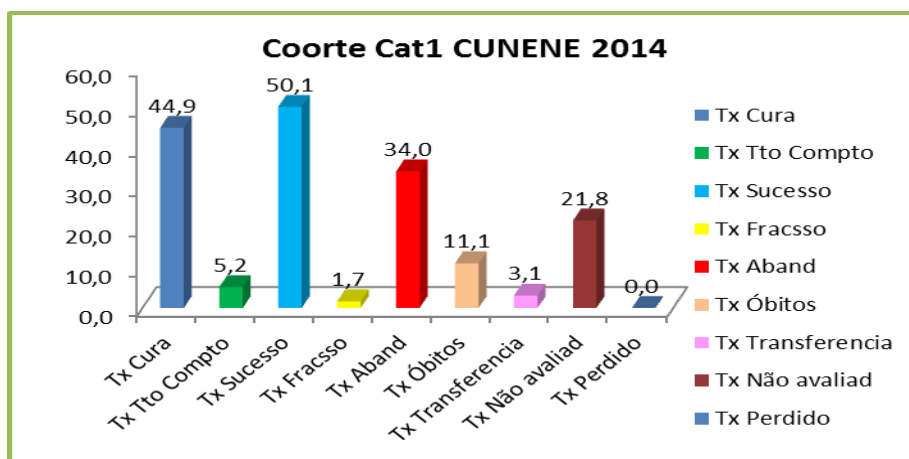
Notificação de Casos TB- CUNENE 2015

ANO	CASOS NOVOS			RE- TRATAMENTOS	TOTAL TB	TB/MR	TB/VIH	
	BK (+)	BK(-)	EP				TESTADO	TB/VIH (+)
CUNENE	638	241	53	237	1.157	0	956	194

- Em 2015 reportaram 1.157 casos de TB dos quais 55% foram BK (+), 21% BK (-), 5% EP e 19% retratamentos.
- Apenas 83% dos casos detectados foram testados para VIH com uma positividade de 20% de coinfeção TB/VIH.
- Não existe controlo da TB-MR entre os casos de retratamentos, BK(-) EP e coinfectados que totalizam 46% da casuística de Cunene.

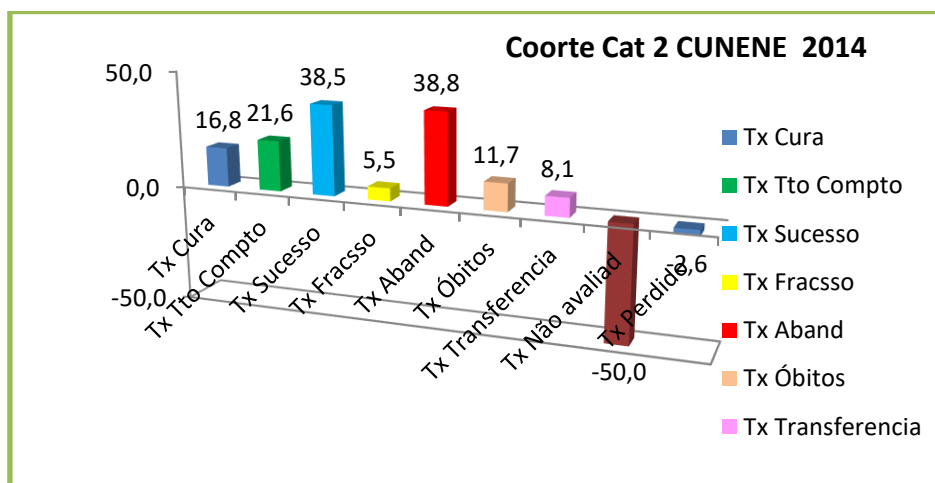
CATEGORIA CAT1: Resultado tratamento em Cunene:

- No gráfico a seguir observa-se o resultado de tratamento dos doentes da CAT1.



- Análise da CAT 1 de 2014, referem ter notificado 541 casos novos de TB dos quais 423 foram registados em tratamento (78%), com 22% de não avaliados..
- A Taxa de Sucesso de tratamento na CAT1 para 2014 foi de 50%, longe das metas da OMS de alcançar 80% de sucesso no tratamento.
- A Tx de Abandono na coorte da CAT 1 em 2014 atingiu 34% que somados aos não avaliados, o abandono real seria de 56%, esta situação a ser analisada, já que mostra que não estão a realizar seguimento dos casos em tratamento, situação que irá aumentar o risco de estirpes resistentes ao tratamento.

CATEGORIA CAT2: Resultado tratamento em Cunene



- Analise da CAT 2 em 2014, mostra que foram notificado 273 casos dos quais 183 registados em tratamento (67%),

- A Taxa de Sucesso de tratamento da CAT2 em 2014 foi mais baixa reportando apenas 38%. Esta situação mostra que não realizam com responsabilidade o seguimento dos doentes em tratamento,
- A Tx de Abandono foi de 38%. A Tx de óbitos de 11 %, as transferências (não conhecidas) de 8% dados que mostram que o programa está longe de melhorar.

Conclusão Programa TB-Cunene

- Em conclusão, o programa provincial em Cunene tem fraco desempenho, as normas não cumprem, é uma província com alto risco de aumento da TB-MR devido às altas taxas de abandono, de não avaliados e de retratamentos.
- O TDO deve-ser reforçado na rede de serviços de TB; com monitorio permanente até a cura do doente.
- Existe disparidade nos dados reportados, devem-se rever os dados nos serviços onde é gerada a informação.
- Realizar supervisão e monitoria na rede de serviços e nos seus relatórios apresentados nos vários níveis.
- Para cumprir estes desafios é necessário maior comprometimento das autoridades de saúde nos vários níveis, com reforço de quadros capacitados, assim como uma rede de serviços da TB funcional e de qualidade.
- A província de Cunene, necessita expandir a rede com 3 novas UDT e 16 UT (área urbana 1 laboratório/serviço x 100.000 hab e na área rural 1 laboratório/serviço x 500.000 hab).

PROVÍNCIA DE HUAMBO:

Nº	Município de Huambo	Nº							SEM UDT	SEM VIH
		Habitante	Comuna	U.San	Hosp Sanatório	DATS	UDT	UT		
1	BAILUNDO	290.050	5	30			1			
2	CAALA	266.749	5	27			1			
3	EKUNHA	81.056	2	13			1			
4	KATCHIUNGO	118.859	3	18			1			
5	LONGONJO	89.225	4	13			1			
6	LONDUIMBALE	127.933	5	15			1			
7	HUAMBO	684.210	3	61	1	1	1	5		
8	MUNGO	113.521	2	11			1			
9	TCHINDJENJE	28.987	2	10			1			
10	TCHICALA TCHOLOANGA	104.768	4	26			1			
11	UKUMA	43.882	3	17			1			
TOTAL: 11		1.949.240	38	242	1	1	11	5		

- A província tem 11 municípios, conta com Hospital Sanatório, DATS e uma rede de 11 UDT e 5 UT.
- Apenas 8% das US da província contam com serviços de TB (UDT/UT). Para melhorar a prestação deve-se expandir a rede com 10 novas UDT e 20 UTS.
- A rede de laboratório foi reforçada com 2 microscópios ópticos, 3 iLED e 1 GeneXpert

Notificação de Casos TB- HUAMBO 2015

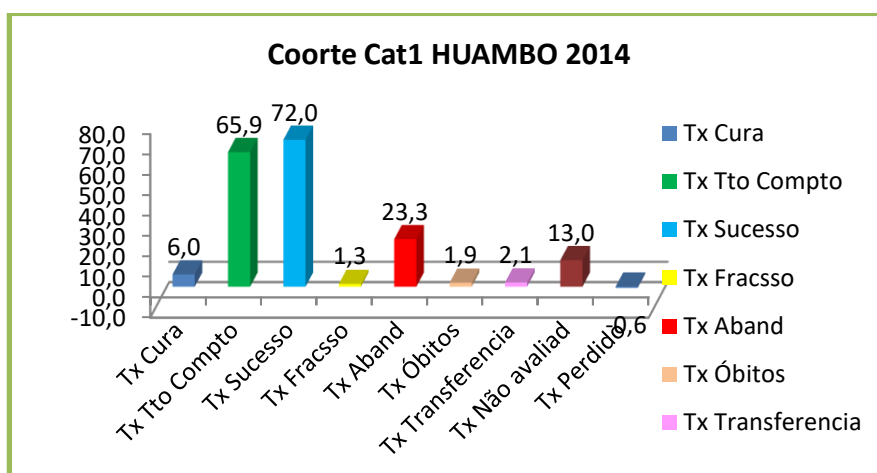
ANO	CASOS NOVOS			RE-TRATAMENTOS	TOTAL TB	TB/MR	TB/VIH	
	BK (+)	BK(-)	EP				TESTADO	TB/VIH (+)
HUAMBO	858	809	82	155	1.904	0	1.574	29

- Em 2015 notificaram 1.904 casos de TB, dos quais 45% de BK (+) e 42% BK (-); com 8% de retratamentos e 4% de EP.
- Foram testados 83% dos casos notificados com uma positividade de 2%.

- Apesar de contar com HS, Dispensario e laboratório de Cultura para TB-MR, ainda é limitado o controlo da TB-MR entre os retratamentos, BK (-), EP e coinfectados.
- Actualmente encontram-se 36 doentes em tratamento para TB-MR.

CATEGORIA CAT1: Resultado tratamento em Huambo:

- No gráfico a seguir vemos o resultado de tratamento dos doentes da CAT1.
- Análise dos dados de Huambo da CAT 1 de 2014, referem ter notificado 783 casos novos de TB dos quais 681 foram registados em tratamento (87%) com 13% de não avaliados.

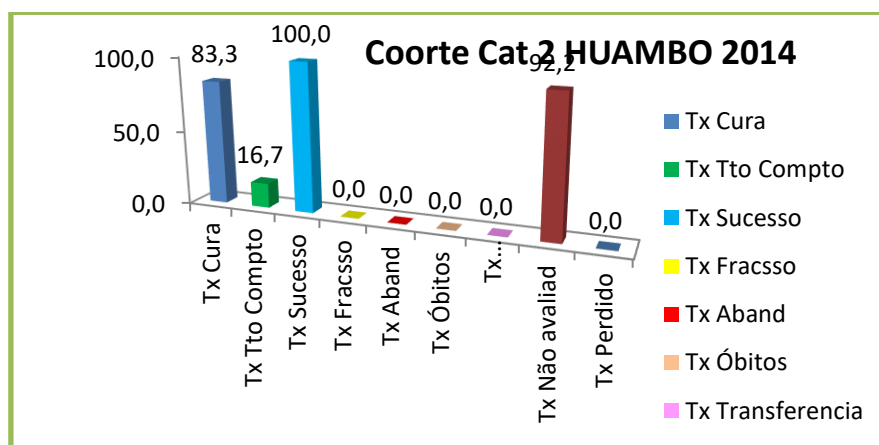


- As Taxas de Sucesso de tratamento em 2014 entre os doentes registados em tratamento atingiu 72%;
- As taxas de abandono na CAT1 notificaram 23% em 2014 que somados aos não avaliados, a taxa real de abandono atingiria 36%, situação para que a província realize uma reflexão desta situação.

CATEGORIA CAT2: Resultado tratamento em Huambo

- Análise da CAT 2 reportados por Huambo em 2014 foram notificado 77 casos dos quais apenas 8% (6 casos) foram registados em tratamento, quer dizer que 92% foram não avaliados, situação que não deve ser permitida pelo alto risco de desenvolver cepas resistentes.
- Existe incoerência nos dados notificados que deve ser revista permanentemente no local onde é gerada a informação.

- Estes resultados mostram que o programa não está a realizar seguimento dos doentes em tratamento, situação que aumentará a existência de TB/MR.



Conclusão Programa TB-Huambo

- Em conclusão, o programa em Huambo tem baixo desempenho, deve-se cumprir as normas de TDO, o seguimento dos doentes em tratamento, a busca dos faltosos, controlo dos contactos, SR, a busca de TB-MR entre os retratamentos, fracassos, TB/VIH.
- A província de Huambo, para ter um programa com maior eficiência necessita maior compromisso dos profissionais nos vários níveis, reforçar os quadros capacitados, assim como uma rede funcional e de qualidade.
- Deve-se expandir a rede com 10 novas UDT e 20 UT que assegurem o acesso do controlo da TB nos seus 11 municípios (área urbana 1 laboratório/serviço x 100.000 hab e na área rural 1 laboratório/serviço x 500.000 hab).

PROVÍNCIA DE HUÍLA:

Nº	Município de Huila	Nº							SEM UDT	SEM VIH
		Habitante	Comuna	U.San	Hosp Sanatório	DATS	UDT	UT		
1	CACULA	132.007	4	8			1	4		
2	CACONDA	164.385	4	23			1			
3	CALUQUEMBE	174.164	3	26	1	1	1	6		
4	CUVANGO	77.928	3	22			3	1		
5	QUIPUNGO	151.028	5	10			1	8		
6	CHIBIA	186.511	4	14			3	6		
7	CHIPINDO	63.104	3	7			1			
8	CHICOMBAS	130.837	3	15					X	X
9	GAMBOS	78.116	3	17			1			
10	JAMBA	103.735	4	15			1	5		
11	HUMPATA	85.075	5	19					X	X
12	LUBANGO	752.059	5	51	1		2	4		
13	MATALA	250.768	4	17			1			
14	QUILEMBES	70.605	3	18					X	X
TOTAL:		2.420.322	53	262	2	1	14	29	3	3

- A província conta com 14 municípios, com 2 Hospitais Sanatório, 1 DATS e uma rede de 14 UDT e 29 UT.
- A rede de laboratório foi reforçada com 2 microscópios ópticos, 3 iLED.
- Apesar de ter uma ampla rede de serviços da TB, apenas 16% das US contam com atendimento para a TB (UDT/UT).
- Ainda existem 3 município sem rede de UDT (com laboratório de BK).
- Para melhorar a prestação da TB deve-se expandir a rede com 10 novas UDT e 25 UT.

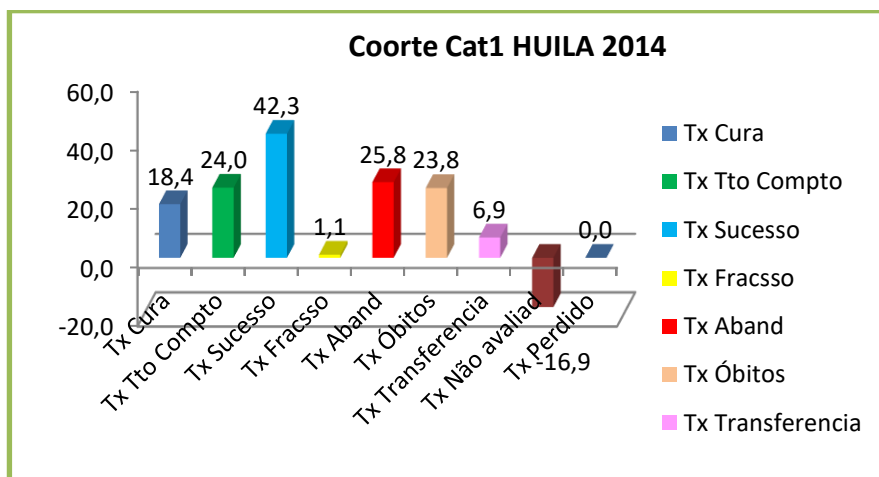
Notificação de Casos TB- HUILA 2015

ANO 2015	CASOS NOVOS			RE- TRATAMENTOS	TOTAL TB	TB/MR	TB/VIH	
	BK (+)	BK(-)	EP				TESTADO	TB/VIH (+)
HUILA	2.300	1.553	170	483	4.584	0	2.465	111

- Em 2015 notificaram 4.584 casos de TB, dos quais 50% são BK(+); 34% os BK (-); 5% EP e 11% Retratamentos.
- Foram testados para VIH apenas 54% dos casos com uma positividade de 5% de coinfeção TB/VIH, mais ainda não se conta com informação sobre a situação destes doentes.
- Não realizam controlo das TB-VIH contam com casos em retratamentos, EP, BK (-) e coinfectados que deveriam ser investigados para TB/VIH.

CATEGORIA CAT1: Resultado tratamento em Huila:

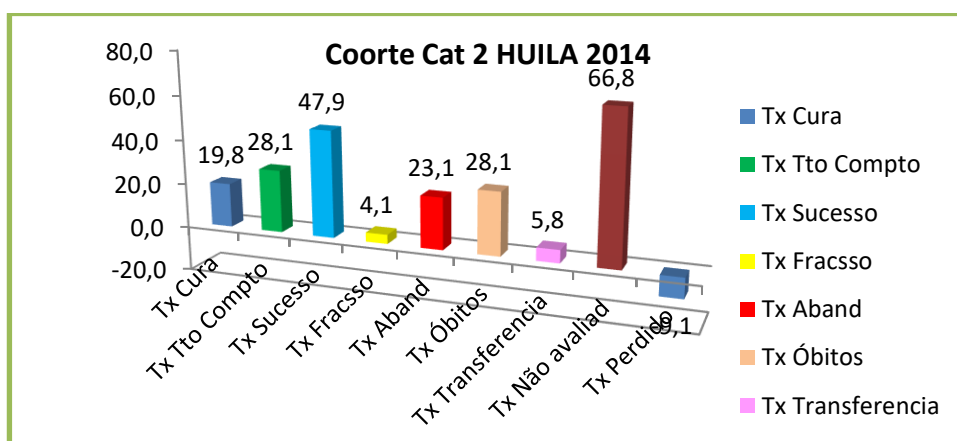
- Entre os dados notificados em Huila da CAT1 existe disparidade entre os casos notificados (1.921 casos) e os de seguimento em tratamento (2.245).
- A taxa de sucesso de tratamento de 42%



- A Taxa de abandono na CAT1 atingiu 25%, longe das metas da OMS de 5% de abandonos.
- A Tx de óbito de 23% muito alta (meta OMS < 5% de mortalidade por TB).

CATEGORIA CAT2: Resultado tratamento em Huila

- Os dados notificados da CAT2 foram 365 doentes CAT2 dos quais 121 (33,2%) foram seguidos em tratamento, dos quais apenas 47% tiveram sucesso no tratamento (39%).
- Na CAT2 reportaram 66,8% de não avaliados que não ingressaram a tratamento. Esta situação é preocupante porque estes doentes são futuros doentes de TB-MR.



- Na CAT2 os abandonos alcançaram 23% e os óbitos a 28%. Situação que deve ser analisada pela província para a tomada de decisão na melhoria no seguimento ao tratamento.

Conclusão Programa TB-Huila

- Em conclusão, o programa em Huila contam com Supervisor provincial e com OPP apoiado por FG-Ronda 9; mais observa-se que o programa piorou em comparação ao ano anterior, já que existe baixo sucesso de tratamento na CAT 1 de 42% e na CAT 2 de 47%.
- Altas taxas de abandono na CAT1 de 25% e na Cat 2 de 23%. Os óbitos na CAT1 de 24% e na CAT 2 de 28%. Estes dados mostram que se devem tomar-se medidas imediatas.
- Deve-se melhorar o TDO, seguimento dos doentes e/ou busca activa dos faltosos.
- A província de Huila, para ter um programa eficiente necessita maior comprometimento dos profissionais nos vários níveis, quadros responsáveis e capacitados,

- Deve-se expandir a rede com 10 novas UDT e 20 novas UT (área urbana 1 laboratório/serviço x 100.000 hab e na área rural 1 laboratório/serviço x 500.000 hab).

PROVÍNCIA DE KUANDO KUBANGO:

Nº	Município de K-KUBANGO	Nº							SEM UDT	SEM VIH
		Habitante	Comuna	U.San	Hosp Sanatório	DATS	UDT	UT		
1	CALAI	20.806	3	8				1	X	X
2	CUCHI	44.100	3	8				1	X	X
3	CUITO CUANVALE	39.923	3	6					X	X
4	CUANGAR	28.100	3	7			1			
5	DIRICO	15.010	3	5					X	X
6	MAVINGA	26.750	3	11					X	X
7	MENONGE	315.207	3	38	1	0	1			
8	NANCOBA	3.548	2	4					X	X
9	RIVUNGO	31.215	3	8					X	X
TOTAL:		524.659	26	95	1	0	2	2	7	7

- A província conta com 9 municípios, 1 Hospitais Sanatório, uma rede de 2 UDT e 2 UT.
- A rede de laboratório foi reforçada com 2 microscópios ópticos, 2 iLED e 1 GeneXpert.
- Apenas 4% das US contam com serviços de TB (UDT/UT).
- Existem 7 município sem rede de UDT (com laboratório de BK). Para melhorar a prestação da TB deve-se expandir a rede com 9 novas UDT e 19 UT.

Notificação de Casos TB- K-KUBANGO 2015

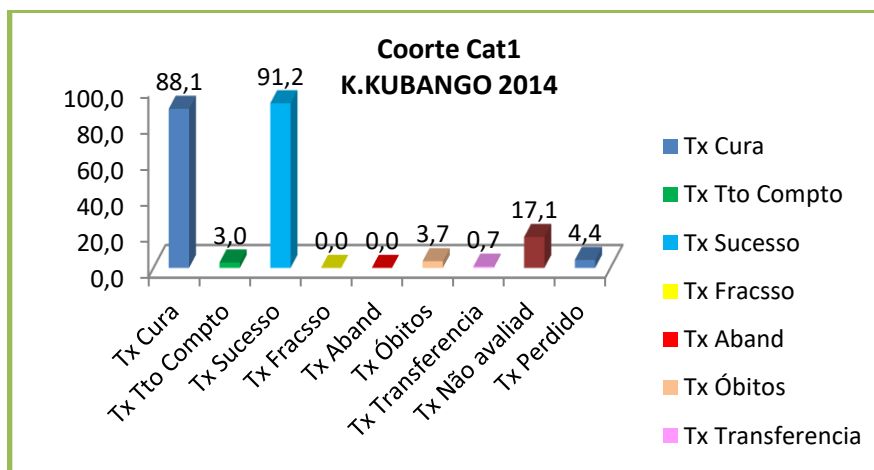
ANO 2015	CASOS NOVOS			RE- TRATAMENTOS	TOTAL TB	TB/MR	TB/VIH	
	BK (+)	BK(-)	EP				TESTADO	TB/VIH (+)
K-KUBANGO	543	403	3	16	965	0	333	96

- Em 2015, notificaram 965 casos de TB dos quais 563% são BK (+); 42% BK (-); 0,3% EP e 1,6% Retratamentos.
- Foram testados para VIH apenas 34% dos doentes detectados com TB, com uma positividade de coinfeção de 28%.

- Não realizam seguimentod dos doentes com coinfeccção TB/VIH que terminaram tratamento da TB e/ou iniciaram tratamento com TARV. Deve-se melhorar a coordenação entre ambos os programas

CATEGORIA CAT1: Resultado tratamento em Kuando Kubango:

- No gráfico a seguir, observa-se o resultado de tratamento dos doentes de CAT1 da província de K-Kubango;

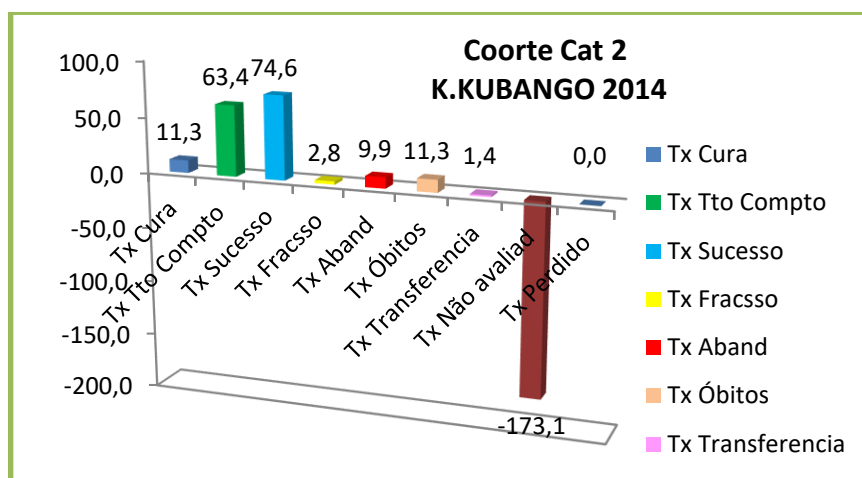


- A coorte de 2014 notificou 519 doentes da CAT1 dos quais 83% foram seguidos em tratamento. Destes doentes tiveram sucesso no tratamento 91%, existindo 7% entre perdas e óbitos.
- A taxa de sucesso de tratamento melhorou em 2014 comparativamente a 2013 que reportou 77% de sucesso no tratamento.
- Em 2014 observa-se uma Tx de não avaliados de 17% e de perdidos de 4%.
- Os abandonos reportados na coorte de 2014 da CAT1 foi de 17%, realizando a comparação com a coorte de 2013 cujos abandonos foram estimados em 23%.

CATEGORIA CAT2: Resultado tratamento em Kuando Kubango

- Existe em K-Kubando disparidade entre os dados reportados na CAT2, já que foram notificados 26 casos e reportam 71 doentes seguidos em tratamento, existindo 45 doentes a mais dos notificados.

- Como pode observar-se no gráfico a seguir, estas diferenciam na notificação não permite realizar uma análise realística, já que existem casos não avaliados.



- Na coorte de 2014, aumentaram os óbitos a 7%. Igualmente os abandonos aumentaram a 10% em 2014 comparado com 2013.

Conclusão Programa TB-Kuando Kubango

- Em conclusão, o programa em K-Kubango é de baixo desempenho, conta com Hospital Sanatório localizado na sede da província.
- Existem 7 municípios que não conta com UDT (serviços de TB com laboratório de BK).
- Não cumprem com as normas de TDO (tratamento directamente observado), seguimento dos doentes em tratamento, busca activa dos faltosos ou desaparecidos assim como a investigação de TB/MR e TB/VIH;
- Existe disparidade nos dados reportados, quer dizer que não realizam revisão e análise nos serviços onde geram a informação. Isto mostra que os técnicos do programa não realizam supervisão e monitoria nos seus relatórios apresentados nos vários níveis.
- O programa da TB em K-Kubando requer de maior envolvimento das autoridades provinciais com reforço de quadros que se envolvam activamente no controlo
- Deve-se expandir a rede com 9 novas UDT com Laboratório de BK (em cada município) e 19 novas UT (área urbana 1

laboratório/serviço x 100.000 hab e na área rural 1
laboratório/serviço x 500.000 hab).

PROVÍNCIA DE KUANZA NORTE:

Nº	Município de K-Norte	Nº							SEM UDT	SEM VIH
		Habitante	Comuna	U.San	Hosp Sanatório	DATS	UDT	UT		
1	AMBACA	64.289	5	13	1			1	X	X
2	BANGA	10.032	4	8					X	X
3	BOLONGOMBO	13.353	2	10					X	X
4	CAMBAMBE	94.002	5	32			1			
5	CAZENGO	175.255	2	33			1	1		
6	GOMBENGO	7.255	3	9				1	X	X
7	BOLUNGO ALTO	30.920	4	11		1	1			
8	KIKULUNGO	10.632	1	9		1	1			
9	LUCALA	21.292	2	9			1			
10	SAMBA CAJU	25.243	3	3					X	X
TOTAL:		452.273	31	140	1	2	5	3	5	5

- A província conta com 10 municípios, 1 Hospitais Sanatório e 2 DATs, uma rede de 5 UDT e 3 UT.
- A rede de laboratório foi reforçada com 2 microscópios ópticos, 2 iLED.
- Apenas 8% das US contam com serviços de TB (UDT/UT).
- Existem 5 município sem rede de UDT (com laboratório de BK).
- Para melhorar a prestação da TB deve-se expandir a rede com 10 novas UDT e 20 UT.

Notificação de Casos TB- K-NORTE 2015

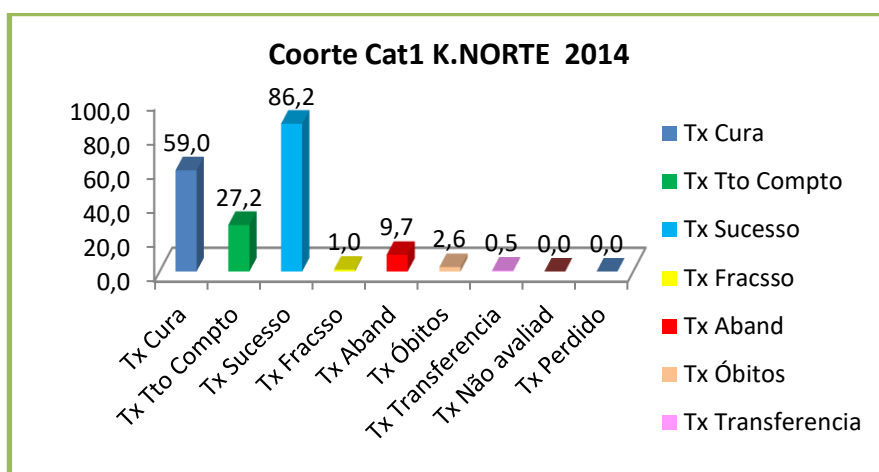
ANO 2015	CASOS NOVOS			RE- TRATAMENTOS	TOTAL TB	TB/MR	TB/VIH	
	BK (+)	BK(-)	EP				TESTADO	TB/VIH (+)
K-NORTE	567	483	40	100	1.190	0	754	63

- Em 2015, notificaram 1.190 casos de TB todas as formas, dos quais 47,6% de BK (+), 40,5% de BK (-), 3,3% EP, 8,4% de retratamentos.

- Foram testados para VIH 63% dos casos com uma positividade de 8,3% de coinfeção TB/VIH.
- Não realizam controlo da TB-MR em 52% dos casos que requerem ser investigados (retratamentos, BK negativos, EP e coinfectados).

CATEGORIA CAT1: Resultado tratamento em Kuanza Norte:

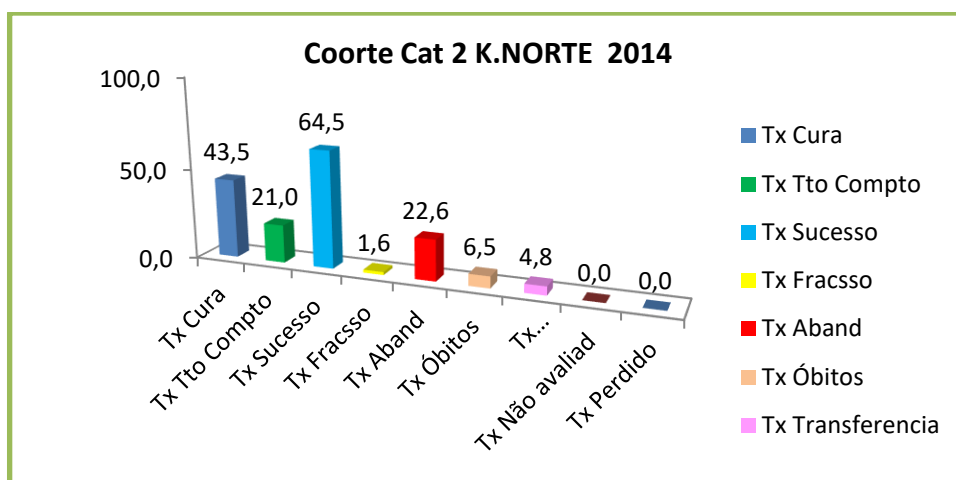
- No gráfico a seguir observa-se o resultado de tratamento dos doentes da CAT1.



- Em Kuanza Norte, foram reportada 578 doentes da CAT1 que na totalidade foram seguidos em tratamento. Destes 86% (468 doentes) terminaram com sucesso o tratamento, importante indicar que 59% deles foram realizados o controlo com baciloscopia.
- Observa-se que a Taxa de Fracasso na coorte de 2014 subiu a 1% (6 doentes) em comparação a 2013. A taxa de abandono se manteve em 9,7% em 2014.

CATEGORIA CAT2: Resultado tratamento em Kuanza Norte

- A seguir observa-se a coorte da CAT2 de 2014, vemos que foram notificados 62 doentes na CAT2 dos quais na sua totalidade foram seguidos em tratamento.
- A Taxa de Sucesso de tratamento da CAT2 em 2014 atingiu 64% com melhoria comparativamente com 2013 que reportou 46% de Sucesso no tratamento.



- A Taxa de Abandono para 2014 aumentou a 22%. Isto deve-se analisar e reforçar a busca activa de doentes em tratamento.
- A Taxa de óbitos de 6,5%.

Conclusão Programa TB-Kuanza Norte

- A província de K. Norte, conta com supervisor e com OPP financiado pelo R-9/FG,
- O programa teve leve melhoria, mais ainda deve extremar esforço para realizar a busca activa de faltosos, reduzir os fracassos e retratamentos, aumentar as taxas de sucesso de tratamento, aumentar a investigação de VIH entre todos os casos notificados e realizar a investigação da TB-MR.
- Kuanza Norte, para ter um programa eficiente necessita maior comprometimento dos profissionais nos vários níveis, quadros responsáveis e capacitados,
- Deve-se expandir a rede com 10 novas UDT e 20 UT (área urbana 1 laboratório/serviço x 100.000 hab e na área rural 1 laboratório/serviço x 500.000 hab).

PROVÍNCIA DE KUANZA SUL:

Nº	Município de K-SUL	Nº							SEM UDT	SEM VIH
		Habitante	Comuna	U.San	Hosp Sanatório	DATS	UDT	UT		
1	AMBOIM	248.232	3	22			1			
2	CAZONGUE	148.570	3	21				1	X	X
3	CELA	230.912	3	32			1	1		
4	CONDA	947.074	3	28				1	X	X
5	EBO	167.025	3	20				1	X	X
6	KIBALA	143.615	4	15			1			
7	KILANDA	97.609	3	14				1	X	X
8	LIBOLO	899.039	4	18			1			
9	MUSSENDE	806.016	6	15			1			
10	SUMBE	282.893	4	24			1			
11	SELES	184.917	3	34				1	X	X
12	PORTO AMBOIM	126.542	2	21				1	X	X
TOTAL: 12		4.282.444	41	264	0	0	6	7	6	6

- A província conta com 12 municípios, com uma rede de apenas 6 UDT e 7 UT.
- A rede de laboratório foi reforçada com 2 microscópios ópticos, 2 iLED.
- Apenas 5% das US contam com serviços de TB (UDT/UT).
- Existem 6 município sem rede de UDT (com laboratório de BK). Para melhorar a prestação da TB deve-se expandir a rede com 10 novas UDT e 20 UT.

Notificação de Casos TB- K-SUL 2015

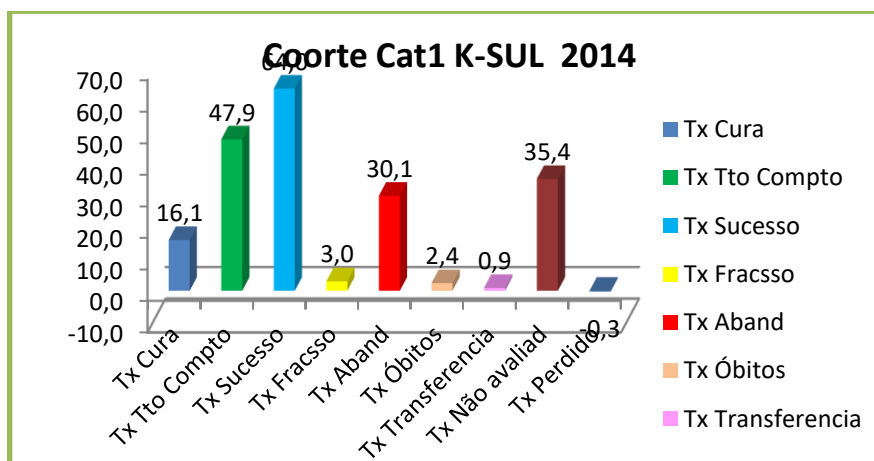
ANO 2015	CASOS NOVOS			RE- TRATAMENTOS	TOTAL TB	TB/MR	TB/VIH	
	BK (+)	BK(-)	EP				TESTADO	TB/VIH (+)
K-SUL	572	603	17	142	1.334	0	484	42

- Em 2015, notificaram 1.334 casos de TB todas as formas, dos quais 43% de BK (+), 45% de BK (-), 1,4% EP, 10,6% de retratamentos.

- Foram testados para VIH 36% dos casos (só 484 BK +) com uma positividade de 9,6% de coinfeção TB/VIH.
- Análise de 2015 mostra que não realizam controlo da TB-MR em 57% dos casos que requerem ser investigados (retratamentos, BK negativos, EP e coinfectados). O controlo da TB-VIH apenas cobre 36% do total de casos de TB reportados (todas as formas).
- Continuam a notificar maior número de BK (-) 45%, longe das metas da OMS que reportam não devem ultrapassar 30%.

CATEGORIA CAT1: Resultado tratamento em Kuanza SUL:

- No gráfico a seguir observa-se o resultado de tratamento da coorte 2014 da CAT1, foram notificados 520 doentes dos quais 64% (336 doentes) foram seguidos em tratamento.
- Existem 35% de não avaliados isto mostra que não realizam a busca activa dos faltosos e o seguimento dos doentes.
- A Taxa de Sucesso de tratamento em 2014 melhorou alcançando 64% que comparativamente a 2013 que reportou 29% de sucesso de tratamento na CAT 1.
- Mais apenas 16% dos doentes em tratamento da CAT1 foram seguidos cumprindo as normas de controlo do tratamento através de baciloscopia de controlo.

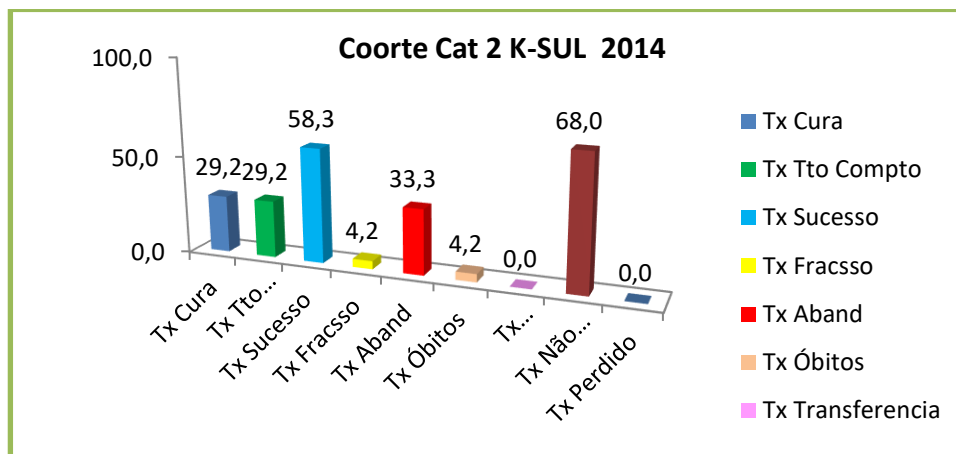


- A taxa de abandono atingiu 30% e de óbitos 2,4%.

CATEGORIA CAT2: Resultado tratamento em Kuanza Sul

- Em 2014 foram notificados 150 doentes da CAT2 e seguidos em tratamento apenas 32% (48 doentes). Isto mostra que 68% dos doentes não foram avaliados e não ingressaram a tratamento.

- Dos doentes seguidos em tratamento apenas 58% tiveram sucesso no tratamento, situação de preocupação, quer dizer que os abandonos a tratamento aumentaram.



- O Sucesso de tratamento de 58%.
- Preocupa a existencia duma Taxa de abandono que subio a 33%, que somados a de 68% de Não avalidos situação que deve ser analisada.

Conclusão Programa TB-Kuanza Sul

- Em conclusão, o desempenho do programa provincial da TB em Kuanza Sul é fraco, continuam a enviar os relatórios tardiamente e incompletos, existem altas taxas de abandono, não realizam seguimento dos doentes em tratamento as normas de TDO não cumprem.
- A província de K. Sul, para ter um programa eficiente necessita maior comprometimento dos profissionais em todos os níveis, ter quadros responsáveis e capacitados,
- Deve-se expandir a rede com 10 novas UDT e 20 novas UT (área urbana 1 laboratório/serviço x 100.000 hab e na área rural 1 laboratório/serviço x 500.000 hab).

PROVÍNCIA DE LUANDA:

Nº	Município de LUANDA	Nº							SEM UDT	SEM VIH
		Habitante	Comuna	U.San	Hosp Sanatório	DATS	UDT	UT		
1	BELAS	862.351	5	26				7	1	
2	CACUACO	882.398	3	21			1	2		
3	CAZENGA	1.525.771	4	22			2	1		
4	ICOLÓ BENGÓ	2.107.648	4	23			1			
5	LUANDA	1.065.106	13	43	1	1	5	9	2	
6	QUISSAMA	74.644	4	14					1	1
7	VIANA	25.086	4	22			3	3		
TOTAL:		6.542.944	37	159	1	1	12	22	4	1

- A província tem mais de 60% da população nacional, conta com 7 municípios subdivididos em 37 Distritos.
- A rede de TB da província conta com 1 Hospital Sanatório; 1 DATS, e uma rede de apenas 12 UDT e 22 UT.
- A rede de laboratório foi reforçada com 2 microscópios ópticos, 5 iLED e 2 GeneXpert.
- Apenas 21% das US contam com serviços de TB (UDT/UT). Existem 2 município sem rede de UDT (sem laboratório de BK: Belas e Quissama) e 2 grandes Distritos sem UDT (Sambizanga e Samba).
- Para melhorar a prestação da TB deve-se expandir a rede com 15 novas UDT e 60 UT.

Municípios/Distritos	Distritos	Unidades Diagnóstico e Tratamento (UDT) com Laboratório BK	Unidades de Tratamento (UT)
Belas	5 Subdivisões (Talatona, Kilamba, Benfica, Barra do Cuanza e Mussulo)		7 UT: CS-Benfica; Ramiro; Sapú 2 e o Wenji-Maka 2
Cacuaco	3 Subdivisões: Cacuaco, Kicolo e Funda	1 UDT CS-Ex-Leprosaria	2 UT: CS Cacuaco; e Sº Lucas
Cazenga	4 Subdivisões: Cazenga, Tala Hady, Hoji ya Henda e 11 de Novembro	2 UDT CS- IEBA CS-Cariango	1 UT: C Progresso
Icolo e Bengo	4 Subdivisões: Catete, Caviri, Bom Jesus e Cassoneca	1 UDT HM- Catete	
Luanda	Ingombotas (2 Subdivisão: Ingombotas e Ilha do Cabo)	1 UDT CS-Boa Vista	1 UT: CS 4 de Fevereiro
	K-Kiaki (4 Subdivisões: K-K, K-K, K-K, K-K)	2 UDT H Div.Providência	2 UT: CS Palanca e HM K. Kiaki

	Golf, Palanca e Neves Bendinha)	H Sanatório	
	Maianga (2 Subdivisão: Maianga e Prenda)	1 UDT Dispensário Antituberculoso	1 UT: CS Cassequel
	Rangel (2 Subdivisões: Rangel e Vila Alice)	1 UDT CS-Terra Nova	1 UT: CS-Rangel
	Samba (1 Subdivisão: Samba)		2 UT: CS Samba e CS-S° José
	Sambizanga (2 Subdivisão: Sambizanga e Ngola Kiluanji		2 UT: CS- Sambizanga e CS S° Catalina
Quissama	4 Subdivisões: Quissama, Demba Chio, Mumbondo, Quixinge		
Viana	4 Subdivisões: Viana, Mbaia,Zambo, Calumbo.	3 UDT CS-Viana 1 CS- CAOP-C CS- Km 12	3 UT: CS Boa Nova; CAOP-A e de Viana
Total	37	12	22

Notificação de Casos TB- LUANDA 2015

ANO 2015	CASOS NOVOS			RE- TRATAMENTOS	TOTAL TB	TB/MR	TB/VIH	
	BK (+)	BK(-)	EP				TESTADO	TB/VIH (+)
LUANDA	8.093	12.313	1.554	1.418	23.378	0	9.596	1.666

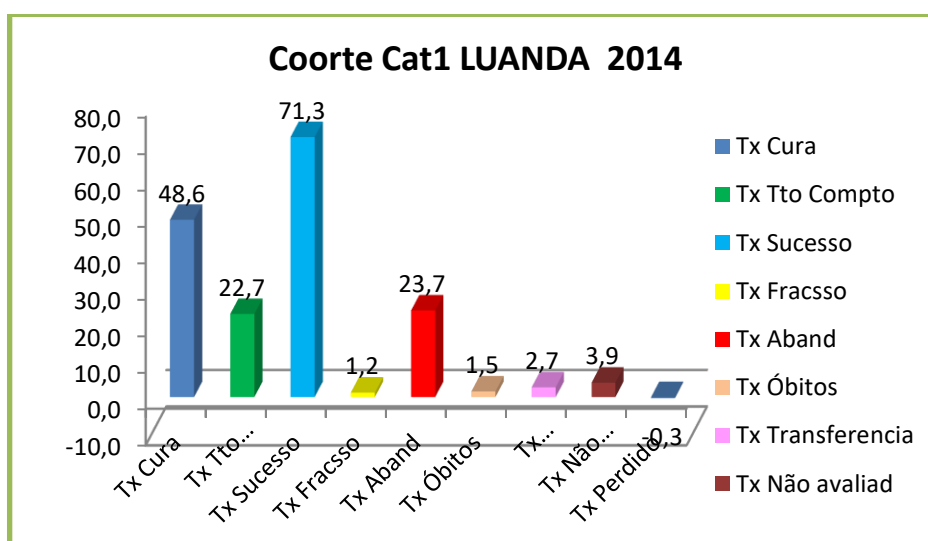
- A Província notifica 38,2% do total dos casos de TB todas as formas notificadas a nível nacional.
- Em 2015 notificaram 23.378 casos de TB todas as formas, dos quais 35% de BK (+); 53% de BK (-) com relação BK (+) vs BK (-) invertida¹³ (normas da OMS a proporção de BK (-) não deve ultrapassar 30% isto demonstra que não realizam baciloscopias diagnósticas);
- Notificaram 7% de EP; 6% de retratamentos.
- Apenas 41% dos doentes de TB são testados para VIH (longe das metas de testar 90% dos doentes com TB); com uma positividade de 7% de coinfeção TB/VIH. É necessário reforçar a interrelação entre os programas de TB e SIDA.
- Continuam com baixo controlo do VIH, 65% dos casos notificados estão entre os EP, BK (-) e Retratamentos (15.285 casos) que somados aos 1.666 coinfectados deveriam ser investigados para TB-

¹³ A notificação de BK (+) deve ser maior que a de BK (-), uma inversão na relação, mostra que o diagnóstico da TB é clínico ou por Rx, portanto a rede de laboratórios de baciloscopia não é funcional ou existe uma boa qualidade no diagnóstico laboratorial.

MR, esta situação coloca ao país em alto risco de expansão da TB-MR.

CATEGORIA CAT1: Resultado tratamento em LUANDA:

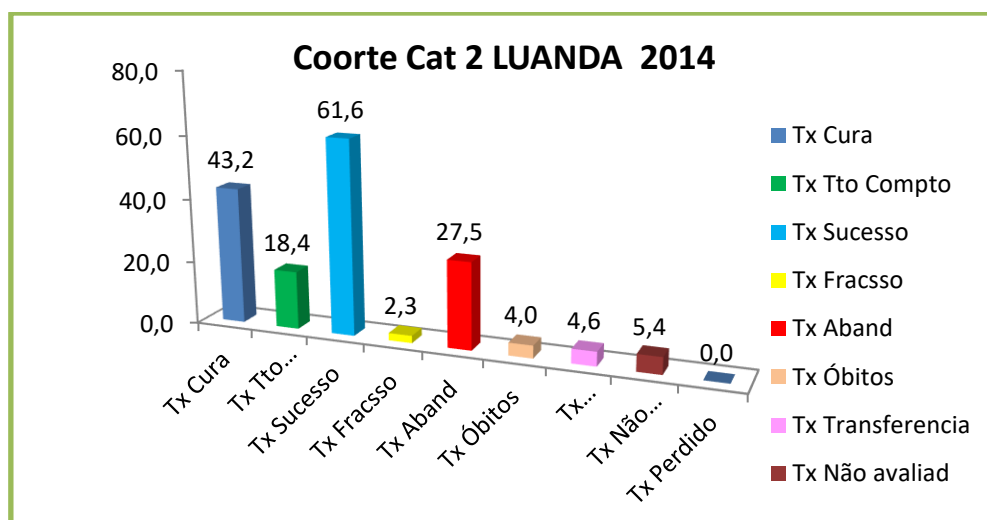
- Em 2014 a coorte da CAT1 notificou 7.345 doentes dos quais 96% (7056 doentes) ingressaram a tratamento. A Taxa de Sucesso de tratamento melhorou alcançando 71% (apenas 5.028 doentes terminaram com sucesso o tratamento);



- A Taxa de abandono em 2014 alcançou a 23%. Continua a ser preocupante a existencia de Não avaliados e transferências sem seguimento que podem ser também classificadas como abandonos.

CATEGORIA CAT2: Resultado tratamento em LUANDA

- A Coorte 2014 da CAT2 notifica 999 casos dos quais 95% ingressaram a tratamento (945 casos). Destes apenas 582 doentes terminaram com sucesso o tratamento.
- Quer dizer que a Taxa de Sucesso de tratamento em 2014 para a CAT2 alcançou a 61% com leve melhoria comparativamente a 2013 que reportou 58%.



- É preocupante a Taxa de abandono que se mantém sem alterações em 2014 atingindo 27% de abandonos; assim como a Taxa de Não avaliados que aumentou a 5% em 2014.
- A Taxa de óbitos de 4%.

Conclusão Programa TB-LUANDA

- O controlo do VIH em doente diagnosticados com TB é baixa apenas 41% dos casos notificados todas as formas foram testados para VIH;
- Mais preocupante é a investigação da TB-MR do total dos casos EP, BK (-) e Retratamentos notificados em 2015 na sua mairia não foram investigados para TB-MR, o HS de Luanda realiza o controlo da TB-MR a demanda a mesma que é baixa, por tanto os dados detectados de TB-MR não podem ser extrapolados à situação real em Luanda e do país.
- Análise da informação da TB-MR realizada no HS de Luanda mostra que na sua maioria estes doentes foram já tratados nos serviços de saúde: 19% no município de Belas e de Viana; 14% Cacenga, 10% de Maianga; 9% de K-Kiayi e de Cacuaço, segue Sambizanga, Rangel e Ingombotas.
- Existem no HS de Luanda 242 doente em tratamento da TB-MR com drogas de 2ª linha; foram notificados 57 abandonos, 30 óbitos, 56 sucessos no tratamento e 2 fracassos de tratamento.
- Esta situação mostra que na rede de serviços de TB de Luanda e incluso no HS-Luanda não estão a realizar a busca activa dos faltosos a tratamento na CAT1; CAT2 e também entre os coinfectados TB/VIH e nos doentes detectados e em tratamento

da TB-MR, deve ser tomada com maior responsabilidade por ter futuros potenciais portadores da TB-XMR.

- A província de Luanda, para ter um programa eficiente necessita uma resposta multisectorial no controlo da TB com maior comprometimento e envolvimento das autoridades municipais, dos Directores e chefes de enfermagem dos US.
- Os quadros de profissionais das Unidades de Saúde (US) devem prestar atendimento personalizado e humanizada a cada doente de TB, já que é uma doença que em forma silenciosa pode agravar a situação da epidemia da SIDA, acarretando maior problema socio-económico no país com risco de aumento da TB, TB/VIH, TB-MR e TB-XMR.
- A melhoria do programa da TB em Luanda contribuirá a melhorar os indicadores de saúde do País.
- Para reverter à situação actual da TB, devem-se extremar esforços em expandir a rede de diagnóstico com maior acesso à baciloscopia de escarro, cumprir em toda a rede de US com o TDO (tratamento directamente observado), seguimento dos doentes em tratamento, busca activa dos faltosos, controlo de contactos e SR; assim como o reforço no controlo do VIH entre doentes com TB e viceversa; o controlo da TB-MR e o seguimento permanente no tratamento;
- Estas estratégias são viáveis e contribuiriam em aumentar as Taxas de sucesso de tratamento, reduzir os abandonos, as transferências desconhecidas, os não avaliados e os perdidos.
- A rede de serviços da TB deve ser expandida a toda US onde o more perto um doente de TB. Luanda para cumprir as normas da OMS, necessita como mínimo criar 15 novas UDT e 20 UT (área urbana 1 laboratório/serviço x 100.000 hab e na área rural 1 laboratório/serviço x 500.000 hab).

PROVÍNCIA DE LUNDA NORTE:

Nº	Município de L-NORTE	Nº							SEM UDT	SEM VIH
		Habitante	Comuna	U.San	Hosp Sanatório	DATS	UDT	UT		
1	CUILO	20.272	2	6					X	X
2	CAUNGULA	27.858	2	10					X	X
3	CUANGO	178.216	2	11			1			
4	CAPENDA	55.272	2	12			1			
5	CHITATO	201.144	2	23	1			3	X	X
6	LUBALO	18.813	2	8					X	X
7	LOVA	11.954	1	1					X	X
8	LUCAPA	150.827	2	12			1			
9	XA MUTEBA	53.910	3	12			1	4		
10	CAMBULO	116.036	4	12	1				X	X
TOTAL:		822.348	22	107	2	0	4	7	6	6

- A província conta com 10 municípios, 2 Hospitais Sanatório, uma rede de 4 UDT e 7 UT.
- A rede de laboratório foi reforçada com 2 microscópios ópticos, 2 iLED.
- Apenas 10% das US contam com serviços de TB (UDT/UT).
- Existem 6 município sem rede de UDT (com laboratório de BK). Para melhorar a prestação deve-se expandir a rede com 11 novas UDT e 12 UT

Notificação de Casos TB- LUNDA NORTE 2015

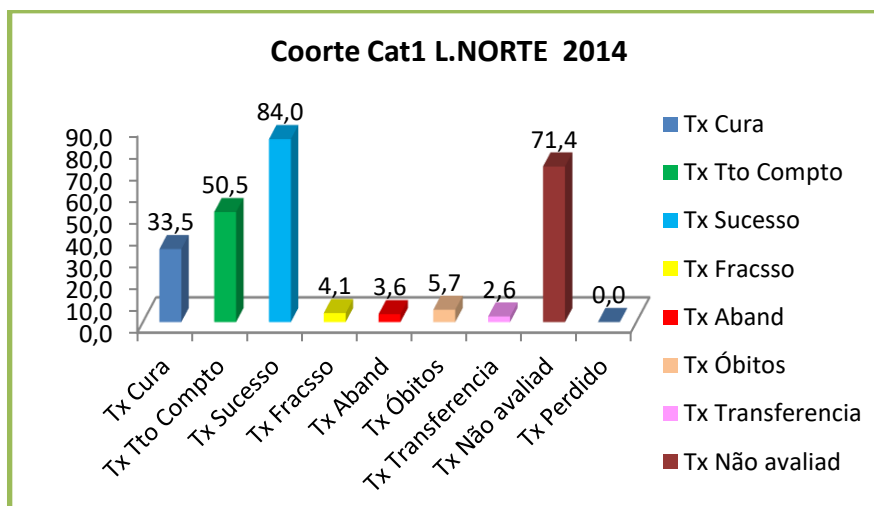
ANO 2015	CASOS NOVOS			RE- TRATAMENTOS	TOTAL TB	TB/MR	TB/VIH	
	BK (+)	BK(-)	EP				TESTADO	TB/VIH (+)
LUNDA NORTE	469	1.055	46	192	1.762	0	1.212	147

- Em 2015 foi notificado 1.762 casos de TB todas as formas; dos quais 27% de BK (+); 60% BK (-); 3% EP e 11% de Retratamentos.

- Foram testados para VIH 69% dos doentes notificados, ainda longe das metas nacionais de testar 90% dos doentes notificados. A seropositividade detectada foi de 12% de coinfectados.
- Preocupa muito a notificação de 60% de BK (-) (não deveria ultrapassar 30%); esta inversão entre notificação BK (+) vs BK (-) mostra que estão a realizar diagnóstico clínico ou através de Rx e que as normas nacionais não são cumpridas de uso da baciloscopia de escarro como meio de diagnóstico da TB.
- Ao igual que as outras províncias, Lunda Norte não esta a realizar controlo do 63% dos BK (-), EP e Retratamento e/ou 12% de coinfectados (em total 1. 260 doentes a investigar).

CATEGORIA CAT1: Resultado tratamento em LUNDA NORTE:

- O gráfico a seguir mostra a análise da Coorte da CAT1 notificaram 679 doentes dos quais apenas 29% (194 doentes) ingrasaram a tratamento na CAT1, com 71% de Não avaliados (289 doentes) o alto número de não avaliados podem-se considerar como abandonos ao tratamento.

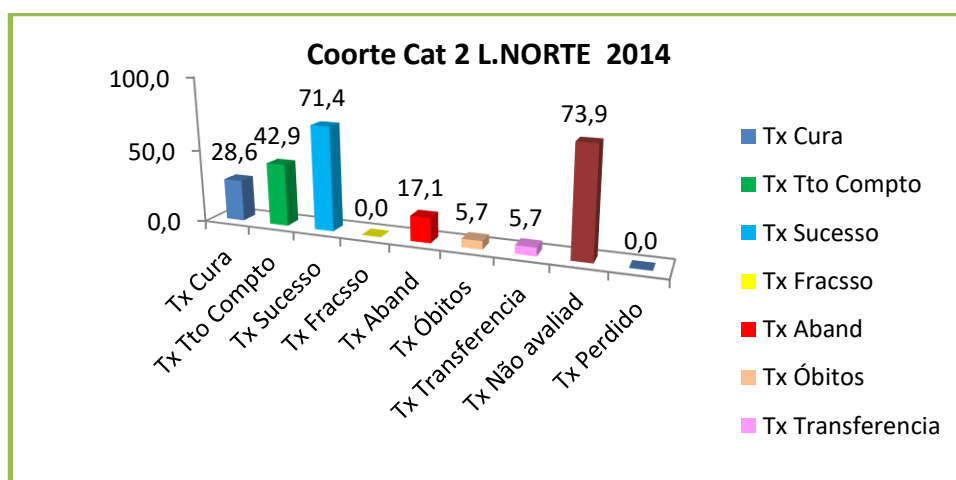


- Entre os doentes que foram seguidos no tratamento tiveram sucesso de tratamento 84% (significa que apenas 43 doentes dos 679 notificados tiveram sucesso no tratamento); mais os doente com sucesso no tratamento na sua maioria não foram seguidos com uso da baciloscopia de controlo.

- A taxa de abandono na CAT1 atingiu 3% mais se somamos os não avaliados e as transferências desconhecidas estaríamos a falar de 77% de abandonos reais.

CATEGORIA CAT2: Resultado tratamento em LUNDA NORTE

- A seguir vemos o gráfico da coorte 2014 da CAT2, foram notificados 134 doentes dos quais 26% ingressaram a tratamento (apenas 35 doentes); por tanto os Não avaliados atingem 74% (não ingressaram a tratamento 99 doentes).



- A taxa de sucesso de tratamento em 2014 foi de 71% com melhoria à coorte que reportou 30%.
- Os abandonos ao tratamento em 2014 registaram 17%. Mais analisando o alto número de Não avaliados e transferências desconhecidas significa que a taxa de abandono superou aos anos anteriores.
- Os óbitos atingiu uma Taxa de 5,7%.

Conclusão Programa TB-LUNDA NORTE

- Existe disparidade nos dados reportados, quer dizer que não realizam revisão e análise na rede de serviços onde é gerada a informação. Isto mostra que os técnicos do programa não realizam supervisão e monitoria dos seus relatórios apresentados nos vários níveis.
- O Programa da TB em Lunda Norte continua com muita fraqueza, mostram maior notificação de BK (-) vs BK (+); baixas taxas de controlo da TB-VIH de apenas 60% que não satisfacem as normas nacionais;

- Não realizam controlo periodico dos casos suspeitos de TB-MR, maioritariamente reporto mais de 63% de EP, BK (-) e Retratamentos que somado aos 12% de coinfectados são número importante para investigar TB-MR
- A província de L. Norte, para ter um programa eficiente necessita maior comprometimento nos vários níveis, com quadros responsáveis e capacitados,
- Deve-se expandir com 11 novas UDT (com Laboratórios de BK) e 12 UT (área urbana 1 laboratório/serviço x 100.000 hab e na área rural 1 laboratório/serviço x 500.000 hab).

PROVÍNCIA DE LUNDA SUL:

Nº	Município de LUNDA SUL	Nº							SEM UDT	SEM VIH
		Habitante	Comuna	U.San	Hosp Sanatório	DATS	UDT	UT		
1	CACOLO	31.379	3	7				1	X	X
2	DALA	27.502	2	7				1	X	X
3	MUCONDA	36.239	3	9					X	X
4	SAURIMO	435.407	2	11		1	1	1		
TOTAL:		6.542.944	10	34	0	1	1	3	3	3

- A província conta com 4 municipios, 1 Dispensário da TB e uma rede de 1 UDT e 3 UT. Existem 3 municipios sem rede de UDT (com laboratório de BK).
- A rede de laboratório foi reforçada com 2 microscópios ópticos, 2 iLED.
- Apenas 10% das US contam com serviços de TB (UDT/UT).
- Existem 3 municipio sem rede de UDT (com laboratório de BK).
- Para melhorar a prestação deve-se expandir a rede com 4 novas UDT e 10 UT

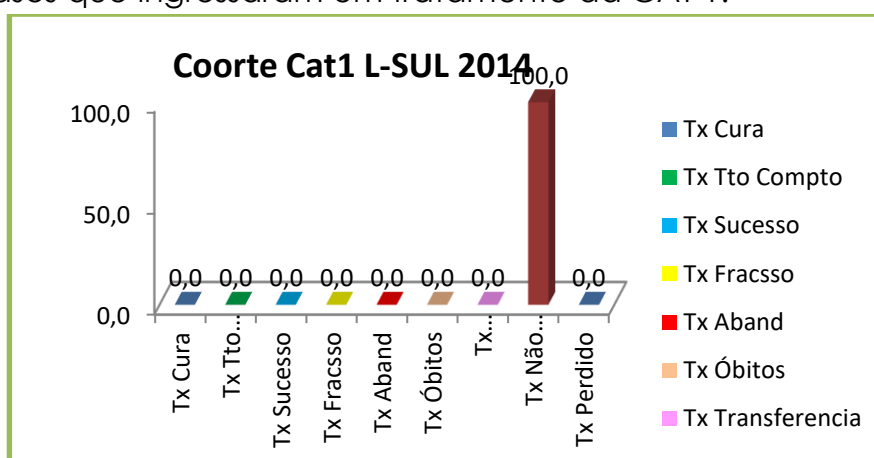
Notificação de Casos TB- LUNDA SUL 2015

ANO 2015	CASOS NOVOS			RE-TRATAMENTOS	TOTAL TB	TB/MR	TB/VIH	
	BK (+)	BK(-)	EP				TESTADO	TB/VIH (+)
LUNDA SUL	385	111	151	202	849	0	150	29

- Em 2015 foram notificados 849 casos de TB todas as formas, dos quais 45% BK (+); 13% BK (-); 18% EP; 24% Retratamentos.
- Foram testados apenas 18% dos casos notificados com TB com uma positividade de 32%.
- Ao igual que em outras províncias, Lunda Sul não está a realizar controlo dos BK (-), EP e Retratamento e/ou 32% de coinfectados (total 492 doentes de risco a investigar).

CATEGORIA CAT1: Resultado tratamento em LUNDA SUL:

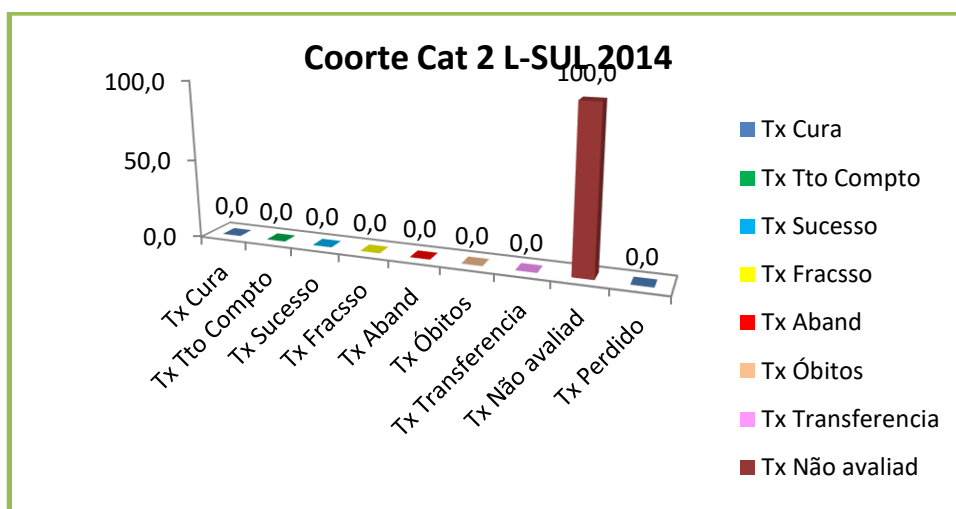
- O gráfico a seguir mostra a análise da Coorte da CAT1 realizada em Lunda Sul notificaram 351 doentes, não se tem registos dos casos que ingressaram em tratamento da CAT 1.



- Por tanto 100% dos casos notificados podem ser considerados abandonos já que não temos informação e foram analisados como Não avaliados,
- Isto mostra que em Lunda Sul não existe programa da TB por tanto também reflecte a falta de compromisso das suas autoridades, da rede sanitária e profissionais da província.

CATEGORIA CAT2: Resultado tratamento em LUNDA SUL:

- Análise da Coorte da CAT2 notificaram 58 doentes, não se tem registos dos casos que ingressaram em tratamento da CAT 2 em 2014.
- Por tanto a totalidade dos casos notificados da CAT2 podem ser considerados abandonos já que não temos informação e foram analisados como Não avaliados.



Conclusão Programa TB-LUNDA SUL

- O programa da TB em Lunda Sul não funciona, conta com supervisor provincial e com Dispensario da TB mais a falta de notificação mostra que não estão a trabalhar com responsabilidade e não cumprem com as normas de controlo da TB.
- A falta de seguimento dos doentes coloca em risco a todo o País e contribuem negativamente com os indicadores, isto deve-ser reflectido pelas autoridades nacionais e provinciais para a tomada de decisões neste sentido.
- A província de L. Sul, para ter um programa eficiente necessita maior comprometimento dos profissionais envolvidos e das US, quadros responsáveis e capacitados,
- Expandir a rede com 4 novas UDT e 10 UT (área urbana 1 laboratório/serviço x 100.000 hab e na área rural 1 laboratório/serviço x 500.000 hab).

PROVÍNCIA DE MALANGE:

Nº	Município de Malange	Nº							SEM UDT	SEM VIH
		Habitante	Comuna	U.San	Hosp Sanatório	DATS	UDT	UT		
1	CACUSO	73.544	5	12			1	1		
2	CACULAMA	29.850	3	8			1	1		
3	KALANDULA	89.453	5	8			1	1		
4	KAGANDALA	45.083	4	10				1	X	X
5	KABUNDI-KATB	45.457	4	7				1	X	X
6	KUNDA DIA BASE	14.033	3	7					X	X
7	KAHOMBO	22.734	3	6					X	X
8	KIWABA NZOJI	14.805	1	10					X	X
9	LUQUENBO	53.093	6	16					X	X
10	MALANGE	500.502	3	40	1	1	1	2		
11	MARIMBA	27.832	3	8					X	X
12	MASSANGO	33.523	3	9					X	X
13	QUELA	22.459	4	9				1	X	X
14	QUIRIMA	22.873	2	7					X	X
TOTAL:		995.241	49	157	1	1	4	8	10	10

- A província conta com 14 municípios, 1 Hospital Sanatório, 1 Dispensário da TB e uma rede de 4 UDT e 8 UT.
- Existem 10 municípios sem rede de UDT (com laboratório de BK).
- A rede de laboratório foi reforçada com 2 microscópios ópticos, 2 iLED.
- Apenas 7% das US contam com serviços de TB (UDT/UT).
- Para melhorar a prestação deve-se expandir a rede com 12 novas UDT e 20 UT

Notificação de Casos TB- MALANGE 2015

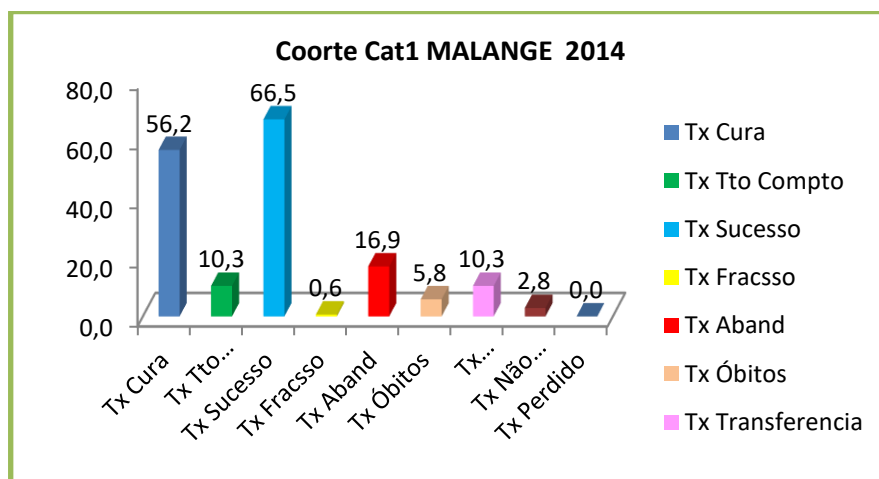
ANO 2015	CASOS NOVOS			RE- TRATAMENTOS	TOTAL TB	TB/MR	TB/VIH	
	BK (+)	BK(-)	EP				TESTADO	TB/VIH (+)
MALANGE	520	93	9	58	684	0	634	17

- Em 2015 foram notificados 684 casos de Tb todas as formas, dos quais 76% BK (+), 14% de BK (-), 1% EP e 8% retratamentos.

- Foram testados para VIH 93% dos casos com uma positividade de 2,7% de co-infectados.

CATEGORIA CAT1: Resultado tratamento em MALANGE:

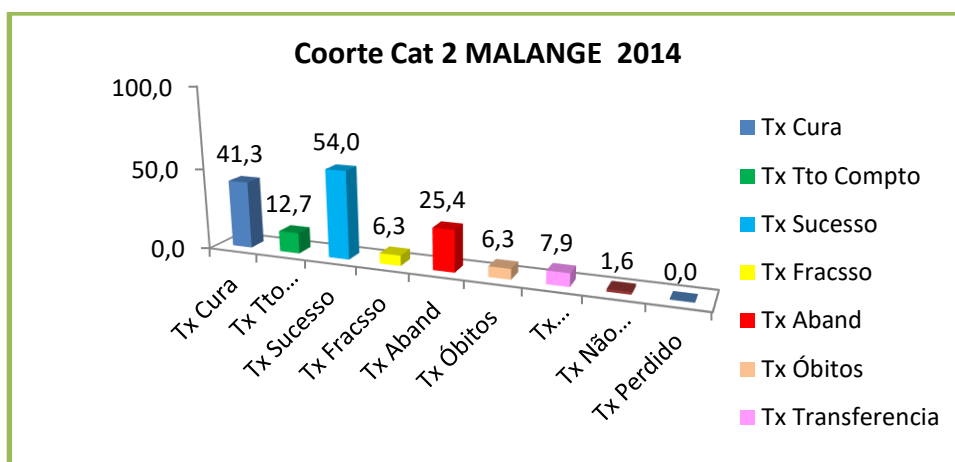
- O gráfico a seguir mostra a análise da Coorte da CAT1 realizada em Malange notificaram 500 doentes, dos quais 97% (486 doentes) foram registados em tratamento.
- A taxa de sucesso da CAT1 atingiu 66% que comparativa ao ano anterior baixo, já que em 2013 reportaram 78% de sucesso de tratamento.
- Esta decida da taxa de sucesso de tratamento em 2014 foi devido ao aumento nas transferências que aumentou a 10% e aumento nos abandonos a 17%. Ambos indicadores aumentaram significativamente em comparação ao ano anterior.



- A coorte de 2014 da CAT1, vemos que o não avaliado alcançou a 3%, os fracassos 1% e os óbitos 5%.

CATEGORIA CAT2: Resultado tratamento em MALANGE:

- O gráfico a seguir mostra a análise da Coorte da CAT2 realizada em Malange em 2014 que notificaram 64 doentes, dos quais 99% (63 doentes) foram registados em tratamento.
- Dos doentes registados em tratamento apenas 54% terminaram o tratamento com Sucesso (34 doentes).



- Na coorte de 2014 na CAT2 a taxa de abandonos foi de 25%. A Taxa de Fracasso de 6%.
- Observa-se que as Taxas de transferências reportaram 8%; mesma situação é observada com os óbitos que reportaram 6% em 2014.

Conclusão Programa TB-MALANGE

- O programa da TB em Malange requer de melhorar principalmente no seguimento dos doentes em tratamento, reduzir os abandonos e reforçar a investigação TB/VIH.
- Além de ter Hospital Sanatorio e Dispensário não realizam controlo da TB-MR, existe altas taxas de retratamentos que juntamente às EP, BK (-) e os com coinfeção devem ser investigados.
- Para ter um programa eficiente necessita maior comprometimento nos vários níveis, quadros de profissionais responsáveis e capacitados,
- Expandir a rede com 12 novas UDT (com laboratório de Bk) e 20 novas UT (área urbana 1 laboratório/serviço x 100.000 hab e na área rural 1 laboratório/serviço x 500.000 hab).

PROVÍNCIA DE MOXICO:

Nº	Município de MOXICO	Nº							SEM UDT	SEM VIH
		Habitante	Comuna	U.San	Hosp Sanatório	DATS	UDT	UT		
1	ALTO ZAMBESE	1.476.000	7	17			1			
2	BUNDAS	65.774	7	13			1			
3	KAMANONGE	32.587	1	12			1			
4	KAMEIA	27.644	1	11			1			
5	LEUA	30.747	1	14	1		1	3		
6	LUACANO	21.447	1	11			1			
7	LUAU	84.477	1	17			1			
8	LUHAZES	13.649	5	6					X	X
9	MOXICO	350.803	4	42			2	3		
TOTAL:		2.103.128	28	143	1	0	9	3	1	1

- A província conta com 9 municípios, 1 Hospital Sanatório e uma rede de 9 UDT e 3 UT. Existem 7 municípios sem rede de UDT (com laboratório de BK).
- A rede de laboratório foi reforçada com 2 microscópios ópticos, 2 iLED.
- Apenas 7% das US contam com serviços de TB (UDT/UT).
- Para melhorar a prestação deve-se expandir a rede com 5 novas UDT e 10 UT

Notificação de Casos TB- MOXICO 2015

ANO 2015	CASOS NOVOS			RE-TRATAMENTOS	TOTAL TB	TB/MR	TB/VIH	
	BK (+)	BK (-)	EP				TESTADO	TB/VIH (+)
MOXICO	540	738	416	200	1.894	0	721	188

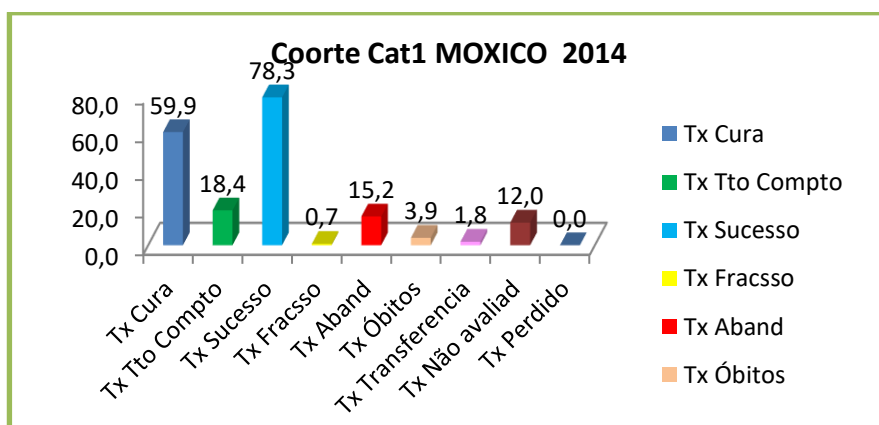
- Em 2015 foram notificada 1.894 casos de TB todas as formas, dos quais 29% são BK (+); 39% BK (-); 22% EP e 11% Retratamentos.
- Foram testados para VIH apenas 38% dos casos de TB com uma positividade de 26% de coinfeção TB/VIH.
- Preocupante a maior notificação de BK (-) esta situação mostra que a província não realiza diagnóstico através da baciloscopia

de escarro. Igualmente é preocupante a alta notificação de casos EP e de retratamento.

- Ter alta percentagem de retratamentos demonstra que o programa não realiza o TDO (tratamento directamente observado) e que não cumpre com o seguimento dos doentes em tratamento.

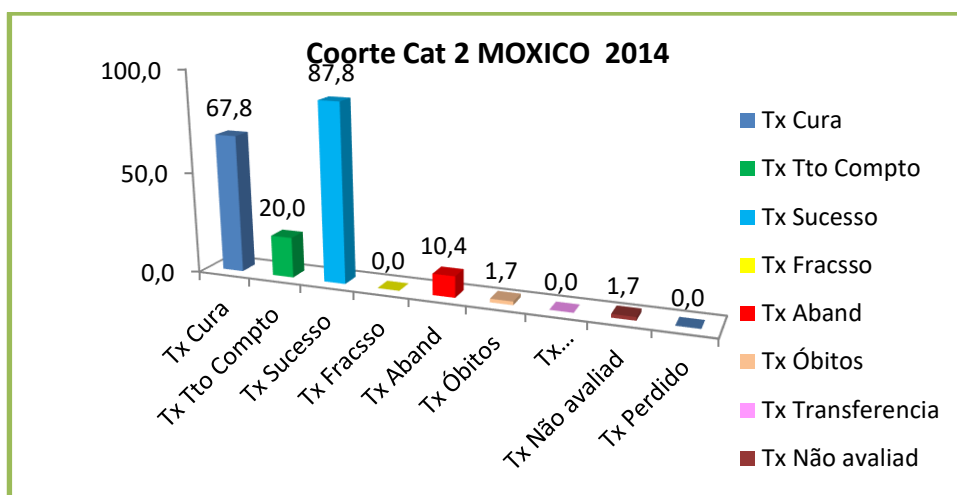
CATEGORIA CAT1: Resultado tratamento em MOXICO:

- Análise da Coorte da CAT2 realizada em 2014, notificaram 493 doentes, dos quais 88% (434 doentes) foram registados em tratamento.
- Dos doentes registados em tratamento apenas 78% terminaram o tratamento com Sucesso (340 doentes), ficando 22% (153 casos) em abandono e/ou não avaliados. Esta situação deve ser revertida em curto prazo.
- A Taxa de abandono na CAT1 foi de 15%. A Taxa de óbitos em ambos os anos se mantem em 4%.



CATEGORIA CAT2: Resultado tratamento em MOXICO:

- O gráfico a seguir mostra a análise da Coorte da CAT2 notificaram 117 doentes, dos quais 99% (115 doentes) foram registados em tratamento.
- Dos doentes registados em tratamento apenas 87% terminaram o tratamento com Sucesso (101 doentes)



- Vemos que a taxa de abandonos de 10% que somados aos não avaliados a taxa real de abandono alcançou a 12,1%.

Conclusão Programa TB-MOXICO

- O programa da TB em Moxico requer melhorar principalmente no seguimento dos doentes em tratamento, reduzir os abandonos e reforçar a investigação TB/VIH.
- Além de contar com Hospital Sanatório é necessário que realizem o controlo da TB-MR, entre os casos com fracasso e retratamentos, as EP, BK (-) e os coinfectados TB/VIH.
- Debe-se reforçar a supervisão e monitoria dos doentes em tratamento com vista a atingir as metas de cura da OMS de 70% e diminuir o abandono de tratamento.
- A província de Moxico, para ter um programa eficiente necessita maior compromisso dos profissionais nos vários níveis, quadros responsáveis e capacitados,
- Deve-se expandir com 5 novas UDT e 10 UT (área urbana 1 laboratório/serviço x 100.000 hab e na área rural 1 laboratório/serviço x 500.000 hab).

PROVÍNCIA DE NAMIBE:

Nº	Município de NAMIBE	Nº							SEM UDT	SEM VIH
		Habitante	Comuna	U.San	Hosp Sanatório	DATS	UDT	UT		
1	BIBALA	56.950	4	27					X	X
2	CAMUCUIO	50.691	4	13				2	X	X
3	NAMIBE	289.954	3	37	1	1	1	9		
4	TOMBWA	56.409	3	7			1	4		
5	VIREI	30.814	2	13	1				X	X
TOTAL:		484.818	16	97	1	1	2	15	3	3

- A província conta com 5 municípios, 1 Hospital Sanatório e uma rede de 2 UDT e 15 UT. Existem 3 municípios sem rede de UDT (com laboratório de BK).
- A rede de laboratório foi reforçada com 2 microscópios ópticos, 2 iLED.
- Apenas 17% das US contam com serviços de TB (UDT/UT).
- Para melhorar a prestação deve-se expandir a rede com 5 novas UDT e 10 UT

Notificação de Casos TB- NAMIBE 2015

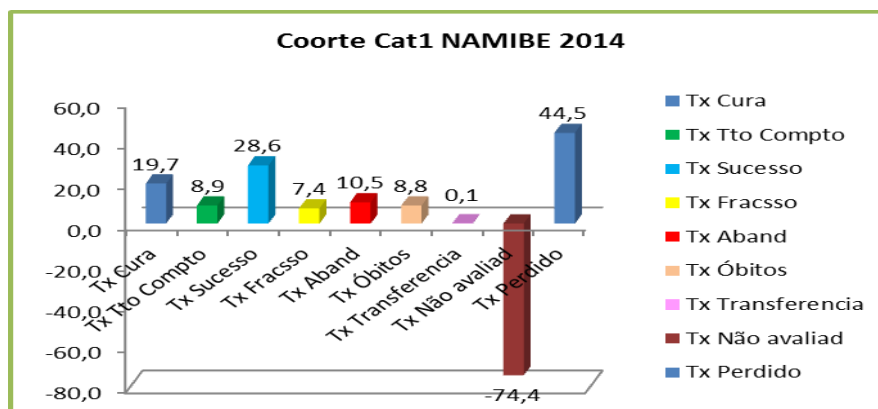
ANO 2015	CASOS NOVOS			RE- TRATAMENTOS	TOTAL TB	TB/MR	TB/VIH	
	BK (+)	BK(-)	EP				TESTADO	TB/VIH (+)
NAMIBE	1.131	955	416	1.204	3.479	0	1.161	111

- Em 2015 foram reportados 3.479 casos de TB todas as formas, dos quais 33% foram BK (+); 27% BK (-); 12% EP e 35% de retratamentos.
- Foram testados para VIH 33% dos casos de TB com uma positividade de 9,6%.
- Não estão a realizar investigação de TB-MR entre os KB (-), EP, Retratamento e coinfectados que atingem 74% do total dos casos notificados.

CATEGORIA CAT1: Resultado tratamento em NAMIBE:

- Os dados da coorte de CAT 1 de 2014 mostra disparidade entre os dados notificados e os que ingresaram em tratamento. Esta situação não permite realizar uma análise perto da realidade.

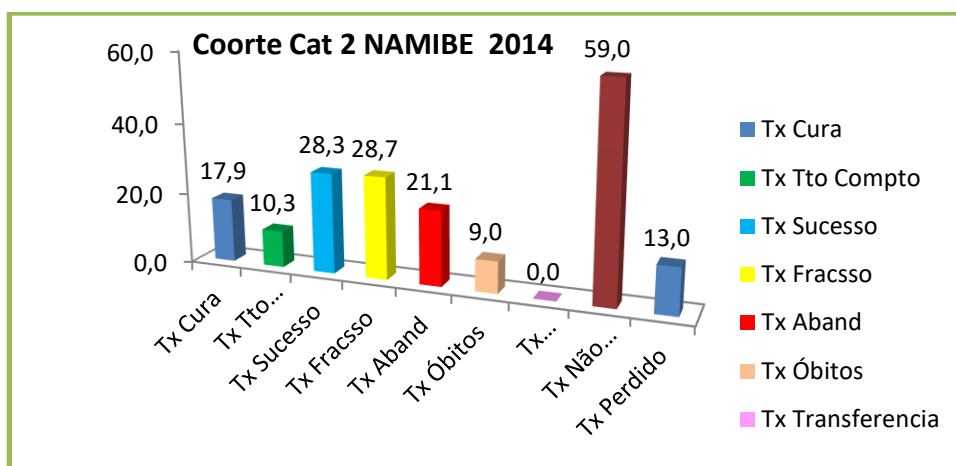
- Em 2014 foram reportados 778 casos da CAT1 e os relatórios de seguimento de tratamento mostram que 1.357 doentes foram seguidos em tratamento. O seja que temos 579 doentes que não figuram na notificação.
- Por tanto, Namibe deve tomar com maior responsabilidade a notificação de casos e o sistema de informação.



- Dos 1357 doentes que foram seguidos em tratamento apenas 28% (388 doentes) terminaram tratamento com sucesso;
- Por tanto reportaram 44,5% de perdidos (604 doentes) que somados aos 10% de abandonos, significa que a taxa real de abandonos da CAT1 atingiu a 55,5%.
- Estes dados comparativamente a 2013 vemos que a Taxa de sucesso reportada o ano anterior atingiu 27%, os não avaliados alcançaram a 30% e os abandonos a 20%

CATEGORIA CAT2: Resultado tratamento em NAMIBE:

- Em 2014 foram notificados 544 casos da CAT2, dos quais 41% (223 casos) foram seguidos em tratamento; o seja, 59% (323 casos) não avaliados; situação que mostra a qualidade de trabalho que se está a realizar em Namibe.
- Dos 223 casos seguidos em tratamento, apenas 28% (63 casos) terminaram com sucesso o tratamento; mais é preocupante a notificação de 29% de fracasso do tratamento entre os da CAT2.
- Importante analisar que reportaram 13% de perdidos durante o tratamento
- A taxa de abandono na CAT2 para 2014 alcançou a 21% comparativamente a 11% em 2013.
- Os obitos em 2014 alcançaram a 9%.



- Esta situação é alarmante por que os fracassos de tratamento e os abandonos ou perdidos ou não avaliados são potencialmente futuros casos de TB-MR.

Conclusão Programa TB-NAMIBE

- Com muita preocupação vemos que o programa da TB em Namibe não existe, já que os abandonos, perdidos durante o tratamento e não avaliados superam o número de doentes que terminam tratamento com sucesso.
- Esta situação deve ser analisada e reflectida pelas autoridades, porque estão a colocar em risco ao país e a contribuir na perda de credibilidade com os parceiros nacionais e internacionais.
- Namibe requer melhorar principalmente no seguimento dos doentes em tratamento, reduzir os abandonos e reforçar a investigação TB/VIH.
- Além de contar com Hospital Sanatório e Dispensário de TB é necessário que realizem o controlo da TB-MR, entre os casos com fracasso e de retratamentos, os EP, BK (-) e os coinfectados TB/VIH.
- A província de Namibe, para ter um programa eficiente necessita maior comprometimento dos profissionais nos vários níveis, quadros de profissionais responsáveis e capacitados, assim como uma rede funcional e de qualidade,
- Deve-se expandir com 5 novas UDT (com Laboratório de BK) e 10 novas UT (área urbana 1 laboratório/serviço x 100.000 hab e na área rural 1 laboratório/serviço x 500.000 hab).

PROVÍNCIA DE UÍGE:

Nº	Município de Uíge	Nº							SEM UDT	SEM VIH
		Habitante	Comuna	U.San	Hosp Sanatório	DATS	UDT	UT		
1	AMBUILA	18.118	2	17			1			
2	BEMBE	32.955	3	22			1	3		
3	BUNGO	37.153	1	22			1			
4	BUENGAS	57.248	4	22			1			
5	CANGOLA	53.720	3	14			1			
6	DAMBA	66.472	5	28			1			
7	MAQUELA DO ZOMBO	127.351	5	24			1			
8	MILUNGA	50.596	4	15			1			
9	MUCABA	43.974	3	19			1			
10	NEGAGE	137.559	3	30			1			
11	PURI	37.910	1	14			1			
12	QUITEXE	34.297	4	12			1			
13	QUIMBELE	136.496	4	17			1			
14	SANZA POMBO	68.391	4	27			1			
15	SONGO	61.682	2	27			1			
16	UÍGE	519.196	1	50	1		1	9		
TOTAL: 16		1.483.118	47	360	1	0	16	12	0	0

- A província conta com 16 municípios, 1 Hospital Sanatório e uma rede de 16 UDT e 12 UT.
- A rede de laboratório foi reforçada com 2 microscópios ópticos, 2 iLED.
- Apenas 8% das US contam com serviços de TB (UDT/UT).
- Para melhorar a prestação deve-se expandir a rede com 4 novas UDT e 15 UT

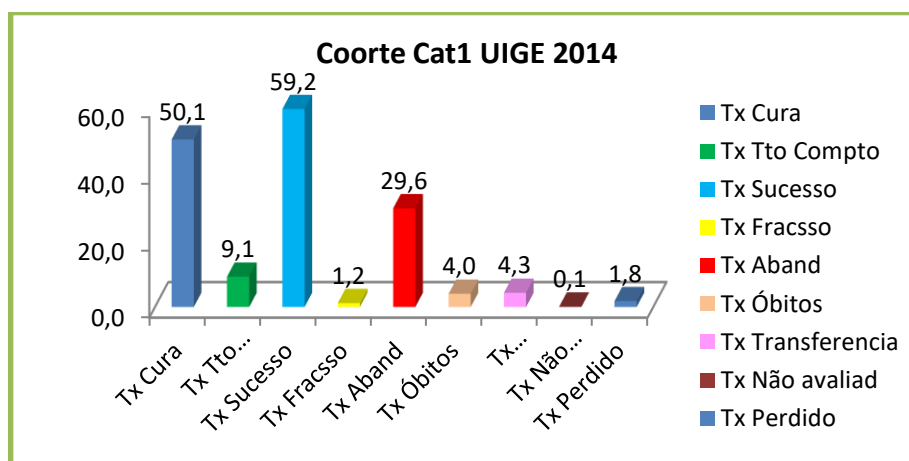
Notificação de Casos TB- UÍGE 2015

ANO 2015	CASOS NOVOS			RE-TRATAMENTOS	TOTAL TB	TB/MR	TB/VIH	
	BK (+)	BK(-)	EP				TESTADO	TB/VIH (+)
UÍGE	624	450	51	166	1.291	0	1.226	37

- Em 2015 foi notificado 1.291 casos da TB todas as formas, dos quais 48% foram BK (+); 35% BK (-); 4% EP e 13% Retratamentos.
- Foram testados para VIH 95% dos casos (1.226 casos) com uma positividade de 3% de coinfectados.
- Observa-se alta percentagem de Retratamentos que de acordo as normas da OMS de 5%, esta situação mostra que não realizam acompanhamento dos casos em tratamento e a busca activa dos faltosos ao tratamento.

CATEGORIA CAT1: Resultado tratamento em UÍGE:

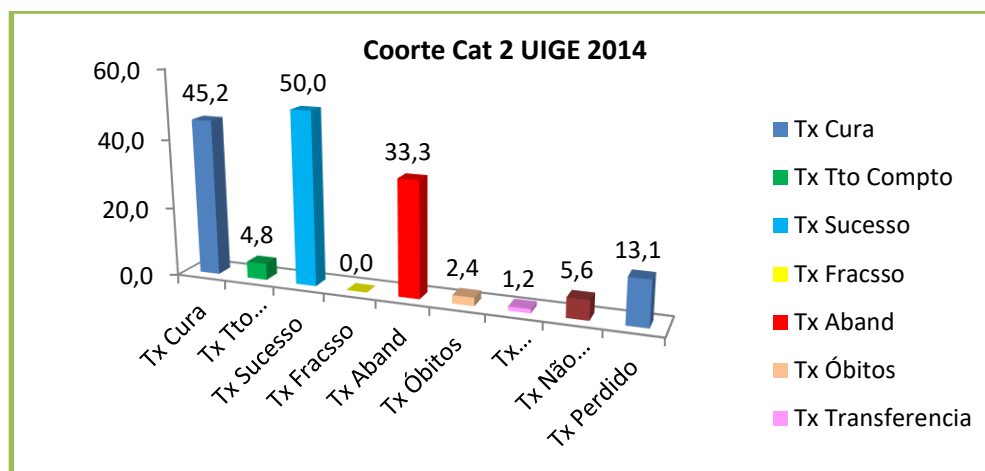
- Os dados da coorte de CAT 1 foram reportados 683 casos da CAT1 e os relatórios de seguimento de tratamento mostram que 682 doentes foram seguidos em tratamento.
- Destes doentes 59% terminaram com sucesso o tratamento (404 doentes), comparativamente a 2013 que reportou 42% de sucesso de tratamento;
- Os abandonos foram 29,6% e os perdidos durante o tratamento que atingiram 2% do total de casos reportados em tratamento.
- Óbitos 4% e transferências desconhecidas e sem seguimento 4%.



CATEGORIA CAT2: Resultado tratamento em UÍGE:

- Em 2014 foram notificados 89 casos da CAT2, dos quais 94,4% (84 casos) foram seguidos em tratamento; com 5,6% de não avaliados (5 casos).
- Dos casos em tratamento apenas 50% (42 casos) terminaram com sucesso o tratamento na CAT2, com altas taxas de abandonos e perdidos.

- Comparativamente ao ano anterior, vemos que a coorte CAT2 em 2013 reportou 14% de sucesso no tratamento.



- Importante analisar que em 2014 a coorte mostrou 33% de abandonos e 13% de perdidos durante o tratamento, que dizer que a taxa real de abandonos alcançou a 46%, situação inaceptável e que deve ser analisada pelas autoridades da província.

Conclusão Programa TB-UÍGE

- Uíge conta com OPP financiado pelo FG-Ronda 9, mais ainda vemos com preocupação o baixo desempenho do programa.
- Não cumprem as normas do TDO, seguimento e acompanhamento dos doentes e busca activa dos faltosos a tratamento.
- Além de contar com Hospital Sanatorio não estão a realizar o controlo da TB-MR entre os casos com fracasso/retratamentos, os EP, BK (-) e os coinfectados TB/VIH que somam 52% do total de casos reportados.
- A província de Uíge, para ter um programa eficiente necessita maior comprometimento dos profissionais nos vários níveis, quadros de profissionais responsáveis e capacitados,
- Deve-se estender a rede com 4 novas UDT e 15UT (área urbana 1 laboratório/serviço x 100.000 hab e na área rural 1 laboratório/serviço x 500.000 hab).

PROVÍNCIA DE ZAIRE:

Nº	Município de Cunene	Nº							SEM UDT	SEM VIH
		Habitante	Comuna	U.San	Hosp Sanatório	DATS	UDT	UT		
1	KUIMBA	69.194	4	13			1			
2	MBANZA CONGO	180.223	6	24			1	1		
3	NOQUI	23.880	3	7			1			
4	NZETO	47.824	4	13			1			
5	SOYO	227.175	5	24			1			
6	TOMCABA	46.025	4	15			1			
TOTAL:		594.321	26	96	0	0	6	1		

- A província conta com 6 municípios e uma rede de 6 UDT e 1 UT.
- A rede de laboratório foi reforçada com 2 microscópios ópticos, 2 iLED.
- Apenas 7% das US contam com serviços de TB (UDT/UT).
- Para melhorar a prestação deve-se expandir a rede com 4 novas UDT e 20 UT

Notificação de Casos TB- ZAIRE 2015

ANO	CASOS NOVOS			RE-TRATAMENTOS	TOTAL TB	TB/MR	TB/VIH	
	BK (+)	BK (-)	EP				TESTADO	TB/VIH (+)
2015								
ZAIRE	496	1.825	22	46	2.389	0	2.184	77

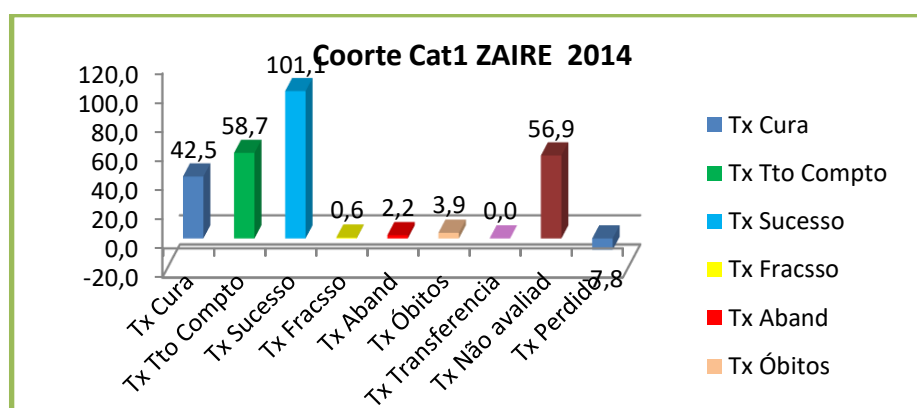
- Em 2015 reportaram 2.389 casos de TB todas as formas, dos quais 21% são BK (+); 76% BK (-); 1% EP e 2% Retratamentos. Foram testados 91% dos doentes de TB, com uma positividade de 3,5% de coinfeção TB/VIH.
- É uma preocupação a notificação de 76% de BK (-) que de acordo as normas não devem ultrapassar a 30%, esta situação mostra que não estão a cumprir as normas de diagnóstico da TB através da baciloscopia de escarro.
- Existe disparidade entre os casos notificados e em seguimento, apenas 24,7% dos casos foram seguidos ao tratamento, existindo uma diferença de 62,9% de casos desaparecidos com

desconhecimento no tratamento (abandonos?); sem embargo não notificam abandonos.

- As taxas de retratamentos foram de 4,8%, os Extrapulmonar a 2%, a coinfeção TB/VIH de 4,8%.

CATEGORIA CAT1: Resultado tratamento em Zaire:

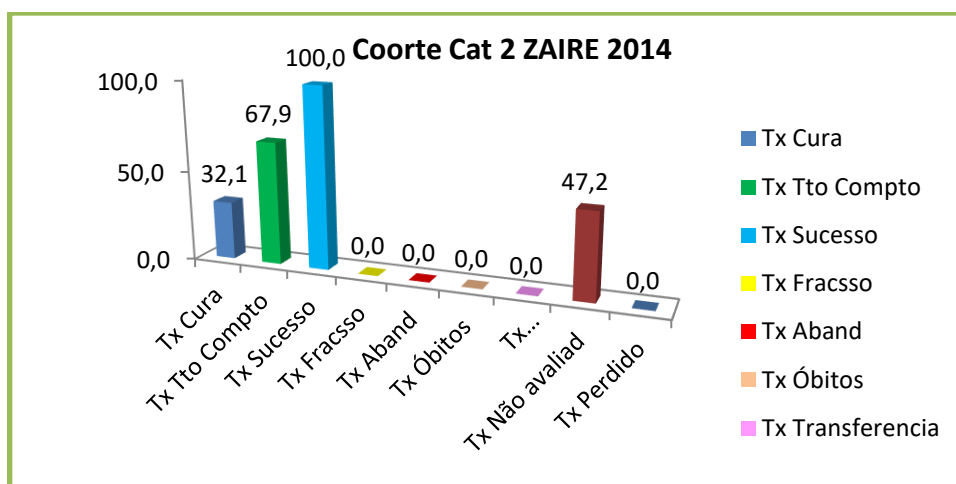
- Os dados da coorte de CAT 1 reportam 415 casos da CAT1, dos quais apenas 43% (179 doentes) seguidos em tratamento. Isto significa que 57% dos doentes da CAT1 não avaliados.
- Existe disparidade nos dados dos relatórios apresentados por Zaire, reportam 179 doentes que iniciaram tratamento e concluem com 181 doentes que terminaram tratamento.
- A disparidade na notificação não permite uma análise realística e confiável situação que deve ser analisada e melhorada a nível do programa nos vários níveis.



- Devido à disparidade nos dados, observa-se no gráfico que atingiram uma taxa de sucesso de tratamento alta que não é confiável comparativamente ao ano anterior que reportaram apenas 10% de sucesso no tratamento entre os doentes da CAT1.

CATEGORIA CAT2: Resultado tratamento em ZAIRE:

- Em 2014 foram notificados 53 casos da CAT2, dos quais 53% (28 casos) foram seguidos em tratamento; com 47,2% de não avaliados (25 casos).
- Existe disparidade entre os dados reportados em tratamento e os que terminaram com sucesso em tratamento dados que não são confiáveis.



Conclusão Programa TB-ZAIRE

- Zaire conta com OPP financiado pelo FG-Ronda 9, mais ainda vemos com preocupação o baixo desempenho do programa principalmente no cumprimento das normas do TDO, do seguimento e acompanhamento dos doentes e busca activa dos faltosos a tratamento.
- Importante reverter os BK (-) que são muitos altos, não estão a realizar o controlo da TB-MR entre os casos com fracasso/retratamentos, os EP, BK (-) e os coinfectados TB/VIH que somam 52% do total de casos reportados.
- A província de Zaire, para ter um programa eficiente necessita maior comprometimento dos profissionais nos vários níveis, quadros responsáveis e capacitados,
- Deve-se expandir a rede com 4 novas UDT e 20 UT (área urbana 1 laboratório/serviço x 100.000 hab e na área rural 1 laboratório/serviço x 500.000 hab)

4.3 Resultado da análise de desempenho

Com vista a melhorar o desempenho do programa foi realizada a regionalização segundo o grau de desempenho realizado com os dados 2013 – 2015 temos.

Grau desempenho	PROVINCIAS
Desempenho Fraco, - Tx abandono > 15% - Tx Fracasso > 4% - Tx não avaliados > 20% - Tx de cura < 50%. - Tx BK (-) > 30% - Limitada rede UDT/UT	Bengo Cabinda Cunene Huambo Huila K-Kubango K-Sul Luanda L-Sul L-Norte Malange Namibe Zaire
Desempenho Regular, - Tx cura entre 50 a 60%, -Tx abandono entre 10 a 15% - Tx Não avaliados entre 5 a 20%	Benguela Bié K- Norte Moxico Uíge

V. ANÁLISE DA CONTRIBUIÇÃO DO PROJECTO TB-R9 FG NO CONTROLO DA TB

O Projecto de Expansão e melhoria dos serviços de diagnóstico e tratamento da TB em Angola (Grant Number: AGO 911-G05-T) da Ronda 9, contou com 2 Subrecipientes: SR1 o PNCT e SR2 o CUAMM e cujas intervenções direcionadas às seguintes áreas:

- Reforço institucional (Rec. Humanos, Materiais, Equipamentos e comunicação)
- Coordenação multisectorial
- Formação contínua dos RH
- Supervisão
- IEC e advocacia comunitária (teatro)
- Monitoria e Avaliação com ênfase no Sistema de Informação da Tuberculose

O projecto que devia iniciar em Setembro de 2011, inicia com um ano de atraso. A **1ª Fase** do Projecto inicia em Setembro de 2012 até Março de 2014, o SR1 com responsabilidade da coordenação e Formações; o SR2 com responsabilidade das supervisões, IEC, advocacia multisectorial, logística, aquisição de insumos e materiais IEC, apoio em comunicação as províncias e teatro comunitário.

A **2ª Fase** do Projecto inicia em Abril de 2014, o PNCT assume a responsabilidade das áreas anteriormente citadas de CUAMM, este fica com a responsabilidade das consultorias.

Neste segundo período o Projecto teve vencer múltiplas barreiras de mudança de pessoal em FG, UTG, PNCT, MINSA, assim como auditorias e outros problemas que atrasaram no cumprimento atempado dos desembolso e na realização das actividades.

Na segunda fase o PNCT recebeu desembolsos parciais do Projecto FG-R9- PNCT-SR1 com uma execução de 96% das despesas desembolsadas para actividades do segundo ano da 2ª Fase do Projecto, alcançando a cobrir apenas 64% das actividades planificadas principalmente nas áreas de formação de recurso humano nas 18 províncias.

As formações realizadas: para médicos, enfermeiras, estatísticos, técnicos de laboratórios, assim como encontros de avaliação entre os programas de TB e SIDA.

Foram realizadas supervisões formativas em serviço com ênfase na gestão dos casos, cumprimento de normas de TDO (tratamento directamente observado), seguimento e acompanhamento dos doentes em tratamento, busca activa dos faltosos e controlo dos contactos, havendo-se observado resposta leve aos múltiplos factores que fazem do PNCT um programa com baixo desempenho.

Nesta segunda fase do Projecto da Ronda 9-FG, foi adquirido materiais funfiveis de laboratório, 24 Microscópios iLED, materiais educativos e livros/formulários, cartões para o registo e gestão de casos nas UDT/UT.

Através de FG o CUAMM está apoiar ao PNCT na 1ª Fase (2015 com um consultor para a área de DOTS-C que neste periodo está a elaborar o Projecto, instrumentos e normas).

Uma 2ª fase prevista para 2016 com a implementação de acções do DOTS-comunitário em 5 províncias pilotos, nomeadamente Luanda, Benguela, Huambo, Cunene e Huila. Contou-se com apoio de Consultoria na área Técnica do programa e na área de TB-MR, havendo-se alcançado ter concluído o Manual de Normas para gestão da TB-MR e os formulários de registos.

A seguir será analisada as actividades de supervisão e formação realizadas no PNCT com apoio financeiro do projecto FG-Ronda 9.

5.1 Supervisões formativas em serviço, Formação de RH e Financiamento do PNCT através da R-9

a) Supervisões formativas em serviço

No _ireci do FG-R9, durante a segunda fase do projecto foram realizadas actividades de **supervisão** _direcionadas a rede de UDT/UT e a rede de Laboratórios de TB a nível provincial e municipal:

- Análise das UDT/UT e rede de laboratorios de BK sobre a cobertura, grau de desempenho dos técnicos dos programas na implantação

das políticas de controlo da TB e na implantação das suas actividades;

- Identificar os problemas que constituem constrangimentos e soluções a todos os níveis;
- Avaliar a qualidade dos dados providenciados à província da rede de serviços que notificam;
- Apoiar ao supervisor provincial na melhoria de conhecimentos para a elaboração de actividades e sua implantação.

Província	Nº Supervisões
Bengo	1
Benguela	2
Bié	1
Cabinda	2
Cunene	1
Huambo	1
Huíla	2
K-Kubango	1
K-Sul	1
K-Norte	1
Luanda	2
Lunda Sul	2
Lunda Norte	1
Malanje	2
Moxico	1
Namibe	2
Uíge	2
Zaire	2

Fonte: PNCT 2015

b) Formação de RH em serviço

Durante 2015, foram realizadas 19 formações/encontros com 323 participantes beneficiados entre técnicos e profissionais envolvidos no controlo da TB, havendo-se cumprido com apenas 64% do planificado.

O PNCT, com fundos OGE e do projecto Fundo Global-R9, realizou capacitações que ainda não dão o resultado esperado, principalmente na gestão do sistema de informação, sendo necessária maior monitoria para que as normas sejam cumpridas e o desempenho do programa nos diferentes níveis seja mais eficiente.

As actividades de **Formação** foram _direcionadas a:

- (i) Para os Programas Provinciais com vista a Reforçar a capacidade institucional do PNCT nos vários níveis através da actualização das normas de gestão de casos de TB, organização dos serviços UDT/UT, gestão casos de TB/VIH e sistema de informação;
- (ii) Formação de novos Técnicos de laboratórios de BK das UDT

Tema	Cursos/encontros Planificadas			Cursos/encontros Realizados		
	Nº Formação	Pessoas planificadas	Província	Nº Formação	Pessoas Formadas	Província
Encontro Supervisores Provinciais e OPP	1	28	18 Prov	1	28	18 Prov
Gestão de casos de TB Para Doctores	3	45 Médicos	Luanda e Benguela	2	30	Luanda
Gestão de casos de TB Para enfermeiras	10	200 Enfermeiras	10 Províncias	5	90	10 prov.
Encontros Municipais	5	75 Pontos focais Municipais	15 pessoas por Províncias	5	75	5 Prov
Formação em Técnicas de Laboratório	6	90 Técnicos	15 Províncias (3 técnicos por prov)	3	45	15 prov
Curso TB/VIH	4	60 Profissionais	4 Províncias	3	55	Luanda e L-Norte
TOTAL	29	498		19 (65%)	323 (64%)	

Fonte: PNCT 2015

5.3 Outros apoios e financiamento ao PNCT

O PNCT recebeu apoio do Projecto de Reforço dos Serviços Municipais de Saúde financiado pelo Banco Mundial; foi adquirido 18 Microscópios LED; 10 Genexpert e equipamento variado de laboratorios e reagentes para assegurar o funcionamento dos Genexpert.

Os Genexpert nesta primeira fase foram distribuidos em 10 Províncias com elevado risco de TB-MR que reportam anualmente número elevado de retratamentos, alto percentagem de coinfectados TB/VIH, existência de populações vulneráveis e em aglomeração, áreas fronteiriças e com capacidade institucional onde funcionem Hospitais Sanatórios ou DATS como centros de referência no manuseio dos casos de TB-MR a ser detectados.

Estas provinciais seleccionadas são: Benguela, Cabinda, Cunene, Huambo, Huila, K-Kubango, Luanda, L-Norte, Malange e Namibe. Na 2ª Fase de implantação dos Genexpert será realizada com fundos da Nota Conceptual (NC) do Fundo Global cuja previsão de inicio Setembro/2016.

Foi previsto através de o Banco Mundial contar com uma consultoria externa para implantar os Genexpert em 10 províncias e realizar periodicamente a manutenção destes equipos adquiridos através do MINSA-Banco Mundial.

Através de CUAMM, o PNCT recebeu apoio na logística às províncias de material requerido para funcionamento do programa, assim como a realização do estudo de TB-Diabetes que está a decorrer na Província de Luanda.

Atraves de OIM foi reforçada a parceria, realizando-se encontros e planificação dum Projecto para realizar uma análise da situação da TB nos Mineiros, o mesmo que foi aprovado e que esta prevista o inicia em Maio de 2016.

VI. OUTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS

1. Preparação **relatórios para as auditoria do** Fundo Global Segunda Fase – Ronda 9
2. Participação activa na preparação da **Nota conceptual** para Fundo Global, que visa na extensão do projecto da TB para 2016 a 2018 das principais actividades com ênfase na interligação TB/VIH e Reforço Institucional.
3. Encontro de finalização do **plano de Acção do PNCT para 2016** – DNSP com vista a “Continuidade na expansão do DOTS Institucional e Comunitário no âmbito da Municipalização”
4. Preparação **Relatório 2015 do PNCT**
5. Reuniões trimestrais do **Grupo Técnico** da TB
6. Encontro com INLS para revisar o Draft de **Plano colaborativo e integrado para o controlo da Coinfecção TB-VIH 2015 - 2018**
7. Preparação e realização do **Dia Mundial da TB** a nível nacional e provincial
8. Revisão e preparação **materiais educativos** impressos e audiovisual para o Dia Mundial da TB.
9. Revisão do **Manual de gestão do Fármaco resistência** (TB-MR);
10. Revisão de estratégias, normas e instrumentos de registo para a implementação do **DOTS-C** em 5 províncias.
11. Preparação mensal de **relatórios** para Fundo Global – ronda 9;
12. Participação na observação local de dados com LFA/Fundo Global em varias províncias
13. Realização **semanal de encontros** no PNCT para monitorizar actividades com pontos focais do Fundo Global
14. Coordenação com as províncias e levantamento de dados estatísticos do PNCT com carácter mensal;
15. Monitoria e envio permanente de medicamentos e reagentes para as províncias e parceiros;
16. Supervisão as 18 províncias
17. Encontro mensal de balanço da equipa PNCT e UTG do Projecto Fundo Global

VII. PERSPECTIVAS PARA 2016

7.1 OBJECTIVOS ESPECÍFICOS – PLANO ACÇÃO 2016

1. Melhorar a funcionalidade e sustentabilidade da qualidade na prestação da TB na rede institucional de UDT/UT, envolvendo as Unidades de Saúde Municipal, os Hospitais Gerais e serviços de referência HS/DAT.
2. Melhorar a logística de medicamentos e o sistema de informação ágil e oportuno;
3. Reforçar o controlo da coinfeccção da TB/VIH, TB-MDR e o controlo da TB nas prisões.
4. Desenvolver o DOTS comunitário articulando a rede institucional de UDT/UT
5. Reforçar a Monitoria e avaliação do PNCT nos vários níveis

7.2 METAS

- Expandir as UDT em 90% dos municípios e as UT em 30% das Unidades de Saúde elegíveis.
- Detectar 85% dos novos casos estimados de TB BK +;
- Aumentar a proporção de controlo da baciloscopia em todos os casos em tratamento da TB (mínimo 2 baciloscopias de controlo;
- Expandir a rede de laboratórios de baciloscopias em todos os municípios para atingir 97% no controlo da qualidade da rede de laboratórios de baciloscopias;
- Atingir uma taxa de sucesso de tratamento de 85% entre os novos Casos de TB BK +;
- Reduzir a taxa de abandono de tratamento de 14,3% a 5%;
- Reduzir a mortalidade de TB de 7,0% a 6,0%;

- Melhorar a integração dos programas SIDA/TB para o controlo da coinfeção TB/VIH, aumentando de 25% a 95% a proporção de casos de TB testados para o VIH e vice-versa;
- Assegurar o acompanhamento no tratamento em 100% dos doentes detectados com coinfeção TB-VIH;
- Reforçar nas províncias o controlo da TB-MR, testando com cultura/TSA a 100% dos retratamentos, fracassos, abandonos, coinfectados; assim como tratar e acompanhar a todos os doentes detectados com TB-MR;
- Estabelecer o DOTS-C em 5 províncias e 10 municípios de alta prevalência da TB, assegurando que 70% dos doentes em tratamento sejam acompanhados;
- Melhorar e harmonizar os registos do sistema de informação da TB em todos os serviços UDT/UT/DAT, Hospitais e parcerias público/privadas envolvidas, enviando os relatórios com qualidade e em tempo oportuno.
- Assegurar o abastecimento de medicamentos e reagentes em toda a rede UDT/UT público-privada.

AGRADECIMENTOS

O nosso reconhecimento a todos os profissionais e técnicos que dia a dia trabalham arduamente em prol do controlo da Tuberculose, agradeço também, a todos os que contribuíram directa ou indirectamente na produção, recolha, análise e elaboração do presente relatório do Programa Nacional de controlo da TB que constituirá um instrumento de mais-valia para a tomada de decisões e busca da excelência no controlo da Tuberculose em Angola.

Pelo Coordenador do PNCT

Dr. JOSUE MARTINS

Luanda, Agosto de 2016

ACRÓNICOS

AT	Aconselhamento e Testagem
BK -	Baciloscopia da Expetoração Negativa
BK +	Baciloscopia da Expetoração Positiva
CECOMA	Central Compra, Aproveitamento Medicamentos e outros meios.
CQ	Control de Qualidade
CUAMM	ONG internacional Colégio Universitário de Aspirante a Médicos
Misioneri	
DAT	Dispensário Antituberculose
DNME	Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
DOT	Direct Observational Treatment/Trat Directamente Observado
DOTS-I	DOT Strategy Institucional (Estratégia OMS para o controlo da TB)
DOTS-C	DOTS Comunitário
DPS	Direcção Provincial de Saúde
EP	Extrapulmonar (TB)
ESSO	Empresa Petrolífera parceira do PNCT
FG	Fundo Global (Global Fund)
FG-Ronda 9	Projecto da TB financiado pelo Global Fund
HS	Hospital Sanatório
ICAP	Organização internacional na área de VIH-TB
IEC	Informação, Educação e Comunicação.
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSP	Instituto Nacional de Saúde Pública
INLS	Instituto Nacional de Luta contra a SIDA
LNR	Laboratório Nacional de Referência
LFA	Organização de controlo de dados do Fundo Global
M&A	Monitoria e Avaliação
MINSA	Ministério da Saúde
NC	Nota Conceptual (Projecto para financiamento do Global Fund)
OIM	
ODM	Objectivo de Desenvolvimento do Milénio
OBS	Observação / Observações
OMS/WHO	Organização Mundial da Saúde
OPP-TB	Oficial Provincial do Programa da TB
PAL	Practical Approach to Lung Health
PEN	Plano Estratégico Nacional
PNCT	Programa Nacional de Controlo da Tuberculose
PPTB	Programa Provincial de Controlo da Tuberculose
PPM	Public-Private or Public-Public Mix
RH	Recurso Humano
SADC	Southern African Development Community
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SIS	Sistema de Informação em Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculose
TB/VIH	Coinfecção Tuberculose/VIH-SIDA
TB MR/MDR	Tuberculose Multirresistente
TB XRD	Tuberculose Extremamente resistente
TEP	Tuberculose Extrapulmonar

TP	Tuberculose Pulmonar
TPI	Tratamento Preventivo com Isoniazida
UDT	Unidade de Diagnóstico e Tratamento
US	Unidade Sanitária
UT	Unidade de Tratamento
UTG	Unidade Técnica de Gestão do Fundo Global
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana