



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO

COMITÉ REGIONAL AFRICANO

AFR/RC53/13 Rev.1  
19 de Junho de 2003

Quinquagésima-terceira sessão  
Joanesburgo, África do Sul, 1-5 de Setembro de 2003

**ORIGINAL: INGLÊS**

Ponto 8.6 da ordem do dia provisória

**INTENSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES CONTRA O HIV/SIDA,  
TUBERCULOSE E PALUDISMO NA REGIÃO AFRICANA DA OMS**

**Relatório do Director Regional**

**RESUMO**

1. O HIV/SIDA, a tuberculose e o paludismo contribuem para a elevada morbilidade e mortalidade na Região Africana da OMS, sendo responsáveis por mais de 90% dos casos e óbitos associados a estas doenças, a nível mundial. Impõem um enorme fardo económico a governos, comunidades e famílias, aprisionando milhões de pessoas num círculo vicioso de pobreza e má saúde.
2. Ao longo dos anos, foram concebidas várias intervenções inovadoras, de boa relação custo-eficácia, para reduzir o fardo destas três doenças. A Região aprovou estratégias, quadros de referência e resoluções, tendo os países formulado e estando a implementar planos de acção, em harmonia com essas decisões.
3. Até ao presente, registaram-se os seguintes sucessos: maior empenhamento político, formulação de planos estratégicos pelos países e celebração de parcerias para acelerar a implementação das intervenções; prosseguimento do reforço de capacidades, para a prevenção e controlo das três doenças; mais conhecimentos sobre o HIV/SIDA e segurança do sangue nas transfusões; maior taxa de detecção de casos de tuberculose e de implementação da estratégia DOTS; mais capacidade para planear, implementar, monitorizar e avaliar programas de prevenção e controlo do paludismo em quase todos os países.
4. Apesar desses sucessos, a cobertura e o acesso às intervenções continuam deficientes. Só 6% da população adulta tem acesso a aconselhamento e testes voluntários sobre a SIDA, apenas 40% dos países possuem uma cobertura nacional de serviços de tratamento de curta duração sob observação directa (DOTS) para a tuberculose e a cobertura de mosquiteiros tratados com insecticida é de apenas 5%. Estas doenças não mostram tendência para regredir, o que, em grande medida, se deve a limitados recursos humanos e financeiros, à falta de medicamentos economicamente acessíveis para prevenção e tratamento, e a infra-estruturas deficientes. Estes obstáculos são agravados por abordagens inadequadas à implementação das estratégias programáticas existentes.
5. A implementação das abordagens descritas neste documento contribuirá significativamente para acelerar as intervenções de luta contra as três doenças. O Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, o Mecanismo Mundial para os Tuberculostáticos e a Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo" oferecem enormes oportunidades para acelerar a implementação das actividades. Assim, o Comité Regional é convidado a analisar e a aprovar o presente quadro de referência.

## ÍNDICE

### *Parágrafos*

INTRODUÇÃO .....	1-4
ANÁLISE DA SITUAÇÃO .....	5-19
OBJECTIVOS .....	20-21
PRINCÍPIOS ORIENTADORES .....	22
ABORDAGENS À IMPLEMENTAÇÃO .....	23-34
MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO.....	35-36
PAPÉIS E RESPONSABILIDADES .....	37-39
CONCLUSÃO .....	40-41

## INTRODUÇÃO

1. A SIDA, a tuberculose e o paludismo são as doenças transmissíveis mais importantes na Região Africana. Na última década, a Região registou um ressurgimento da tuberculose, como consequência directa da epidemia de HIV/SIDA. Em 2000, havia na Região 24% dos casos mundiais de tuberculose e 21% dos novos casos de esfregaço positivo. A eficácia no tratamento dos casos de paludismo vê-se ameaçada por níveis rapidamente crescentes de resistência do *Plasmodium falciparum* aos medicamentos antipalúdicos normalmente usados, tendo 13 países alterado a sua política de medicamentos antipalúdicos na última década. As três doenças impõem um enorme fardo económico a governos, comunidades e famílias, aprisionando milhões de pessoas num ciclo de pobreza e má saúde.
2. Em resposta a esta situação, o Comité Regional adoptou várias resoluções<sup>1</sup> sobre a prevenção e controlo das três doenças, a fim de estimular a acção dos países. Estes elaboraram, e têm em implementação, planos decorrentes dessas resoluções.
3. Apesar de tais esforços, a cobertura e o acesso às intervenções de luta contra estas doenças continuam deficientes e com impacto reduzido, devido a limitados recursos humanos e financeiros, a medicamentos dispendiosos para prevenção e tratamento, e à debilidade das infra-estruturas. Estes obstáculos são agravados por abordagens inadequadas à implementação das estratégias e programas existentes.
4. Há uma urgente necessidade de acelerar as intervenções existentes com boa relação custo-eficácia para prevenção e controlo destas doenças, de modo a reduzir a morbilidade e mortalidade a elas associadas. Iniciativas recentes,<sup>2</sup> como o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo (GFATM), a Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/SIDA (UNGASS), o Programa Multisectorial do Banco Mundial contra a SIDA (MAP), o Mecanismo Mundial para os Tuberculostáticos (GDF), a iniciativa Fazer Recuar o Paludismo (FRP), a Parceria Travar a Tuberculose e as Declarações de Abuja oferecem oportunidades para aumentar a cobertura e o acesso às intervenções de luta contra estas doenças. Este documento propõe um quadro de referência para intensificar tais intervenções.

## ANÁLISE DA SITUAÇÃO

### Dimensão do problema

5. Na Região Africana, cerca de 29,4 milhões de pessoas vivem com HIV/SIDA. Em 2002 ocorreram na Região perto de 3,5 milhões de novas infecções, tendo a epidemia sido responsável pela morte de, aproximadamente, 2,4 milhões de pessoas<sup>3</sup>, dez milhões de jovens

---

<sup>1</sup> Estratégia do HIV/SIDA na Região Africana AFR/RC/46/R2 (1996); Estratégia do HIV/SIDA na Região Africana: Quadro de Implementação AFR/RC50/R5 (2000); Fazer Recuar o Paludismo na Região Africana: Quadro de Implementação AFR/RC50/12 (2000); Análise do Programa da Tuberculose AFR/RC40/R7 (1990); Programa Regional da Tuberculose AFR/RC44/R6 (1994).

<sup>2</sup> Cimeira Africana para Fazer Recuar o Paludismo (2000); Cimeira Africana sobre HIV/SIDA, Tuberculose e outras Doenças Infecciosas Correlacionadas (2001).

<sup>3</sup> ONUSIDA/OMS, Actualização da Epidemia de SIDA, Dez 2002

com idades compreendidas entre 15 e 24 anos e quase 3 milhões de crianças com idade inferior a 15 anos vivem com HIV/SIDA. Embora os relatórios registem um menor número de novas infecções em alguns países, na maioria dos países a incidência continuou a aumentar.

6. Muitos países da Região registaram grandes aumentos no número dos casos notificados de tuberculose. Entre 1995 e 2000, houve na Região um aumento de 95,1% no total de casos notificados e de 131,7% nos novos casos de esfregaço positivo. Alguns países da Região têm algumas das taxas de prevalência de tuberculose mais altas do mundo, indo de 100 a mais de 700 por 100.000, no conjunto da população.<sup>4</sup>

7. Presentemente, o paludismo causa em África mais de 270 milhões de episódios agudos e mais de 900.000 óbitos por ano.<sup>5</sup> É responsável por cerca de 30% a 50% do total de consultas externas e de internamentos hospitalares. O problema foi agravado pela evolução de parasitas resistentes aos medicamentos antipalúdicos normalmente usados, em especial à cloroquina. O paludismo causa anualmente, na Região, prejuízos económicos calculados em 12.000 milhões de dólares americanos.<sup>6</sup>

## Sucessos

8. Existem numerosas intervenções inovadoras e de boa relação custo-eficácia para a prevenção e tratamento destas três doenças. A maioria das actividades de prevenção baseiam-se na promoção da saúde; informação, educação e comunicação (IEC); aconselhamento e testes voluntários; preparação e diagnóstico e tratamento precoces.

9. Os países da Região alcançaram vários sucessos. A prevalência do HIV baixou em alguns; o HIV é despistado em 94% do sangue para transfusões e mais de 70% dos países instalaram sistemas de vigilância para monitorizarem as tendências da prevalência do HIV<sup>3</sup>. Quanto à tuberculose, 85% dos países estão a implementar a estratégia DOTS para o seu controlo, 40% destes alcançaram até 2000 uma cobertura de 100% da população e a detecção de casos aumentou de 35% para 41%, entre 1995 e 2000<sup>7</sup>. Mais de 80% dos países reforçaram ou adquiriram capacidade para planear, implementar, monitorizar e avaliar intervenções de prevenção e controlo do paludismo, bem como para monitorizar a eficácia dos antipalúdicos. Em 43 países<sup>8</sup>, estão em curso iniciativas para distribuição de mosquiteiros tratados com insecticida a grupos-alvo.

---

<sup>4</sup>OMS, Relatório Mundial da TB, OMS, Genebra, 2002; Relatório de Vigilância da TB, Harare, 2001.

<sup>5</sup>OMS, Relatório Bienal do Director Regional, Actividades da OMS na Região Africana, 2000–2001, AFR/RC52/2 (2002).

<sup>6</sup>Gallup JL and Sachs, JD, 2001, The economic burden of malaria, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 64 (1, 2) S:85–96.

<sup>7</sup>OMS, Relatório da vigilância da tuberculose na Região Africana, 2001.

<sup>8</sup>Unidade de Paludismo da OMS, Monitorização semestral e análise intermédia, 2002.

## Obstáculos

10. Apesar desses sucessos, a cobertura e o acesso às intervenções continuam a ser reduzidos e as tendências da doença não mostram declínio, tendo sido identificados vários obstáculos que a seguir se enumeram.

11. *Confusão à volta da acção multisectorial:* O recurso à acção multisectorial tem suscitado numerosos desafios que, com frequência, retardaram as actividades do HIV/SIDA; ao mesmo tempo, esse tipo de acção não foi devidamente explorado para a tuberculose e o paludismo. Em muitos países, a falta de clareza na definição e separação das competências de conselhos nacionais de luta contra a SIDA e ministérios da saúde originou confusões e conflitos, que retardaram a implementação dos programas.

12. *Ligação inadequada entre o desenvolvimento dos serviços de saúde e as intervenções:* Muitos países estão empenhados em reformas do sector da saúde, para aumentarem a capacidade de resposta e a eficácia dos sistemas de saúde. Contudo, acontece frequentemente que as ligações entre as reformas do sector da saúde e as intervenções-chave para estas doenças são deficientes. Muitas vezes, os pacotes essenciais de cuidados concebidos no âmbito da reforma da saúde não reflectem adequadamente as necessidades dos programas de luta contra as três doenças. Em muitos países, os três programas criaram sistemas verticais para o planeamento, mobilização de recursos, logística e gestão. São poucas as competências atribuídas a outros departamentos e unidades dos ministérios da saúde, como serviços clínicos, medicamentos essenciais, serviços de laboratório e formação. Com frequência, estes sectores têm pouco acesso aos recursos disponíveis para os três programas, pelo que não podem dar um contributo adequado para a implementação das actividades.

13. *Centralização do planeamento e gestão dos programas:* As estratégias para o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo estão bem definidas. Contudo, o predomínio do planeamento e da gestão centralizados e a constituição inadequada dos órgãos de coordenação, prejudica muitas vezes a operacionalidade. Em muitos casos, os planos estratégicos nacionais são elaborados a nível central, com pouca participação dos níveis distrital e sub-distrital. Daí resulta que os planos de acção e as intervenções são insuficientes para os grupos beneficiários.

14. *Recursos financeiros que não chegam aos níveis operacionais:* É frequente a implementação dos planos distritais ser afectada pela retenção de verbas orçamentais já afectadas e aprovadas. Os planos sanitários distritais de muitos países não reflectem adequadamente as estratégias contempladas nos planos estratégicos do nível central.

15. *Deficiente interacção entre os serviços de saúde e as comunidades:* A participação comunitária está muitas vezes prevista nas políticas e estratégias de desenvolvimento sanitário. No entanto, a sua implementação é frequentemente enfraquecida pela falta de orientação e de capacidade dos profissionais de saúde para promoverem uma eficaz ligação às comunidades. As organizações de base comunitária não têm geralmente acesso ao financiamento, o qual lhes possibilitaria tomar iniciativas próprias, promover a procura de serviços e obrigar o sistema de saúde a responder. Deveriam ser criadas estruturas de nível comunitário, como componentes integradas dos sistemas de saúde.

16. *Debilidade das parcerias (lucrativas e não lucrativas) com o sector privado:* Os locais de trabalho oferecem amplas oportunidades para a prestação de serviços, mas não são devidamente explorados. É muitas vezes deficiente o papel regulamentador dos governos em garantir que os prestadores privados dos cuidados de saúde se conformem às normas e orientações nacionais em matéria de tratamento dos casos de HIV/SIDA, tuberculose e paludismo. Certas capacidades técnicas existentes nos países, fora do âmbito dos ministérios da saúde, frequentemente não são tão utilizadas como deveriam.

17. *Pobreza crescente, instabilidade civil e conflitos:* a pobreza crescente limitou a capacidade dos países para dotar os sistemas de saúde em geral e os programas do HIV/SIDA, tuberculose e paludismo em particular, dos recursos apropriados. O acesso aos serviços de saúde essenciais fica comprometido pois os rendimentos das famílias não lhes permitem pagar os honorários ou os seguros de saúde. Estes aspectos agravam-se devido às longas e constantes situações de instabilidade civil e conflitos na Região, que tem como consequência a deslocação das populações, facilitando a transmissão das três doenças.

18. A OMS deverá advogar a favor de mecanismos mais simples do Fundo Mundial para a disponibilização das verbas, assim como o acesso aos cuidados e aos tratamentos atraumáticos de reabilitação (ART), para contribuir para o objectivo “3 by 5”.

### **Desafios e oportunidades**

19. Entre os desafios fundamentais contam-se uma efectiva descentralização dos serviços, o reforço das capacidades humanas (em número e em competências), mais recursos financeiros, melhores infra-estruturas, garantia de fornecimento ininterrupto de medicamentos e suprimentos a preço acessível, e aumento da participação de comunidades, ONG, Organização com Base na Comunidade (OBC) e sector privado.

20. Existem no momento enormes oportunidades para acelerar a implementação das actividades nos países. O empenhamento político aumentou nos últimos anos, a nível nacional e internacional. As declarações de Abuja<sup>2</sup> de 2000 e 2001 definiram claramente as aspirações dos Chefes de Estado no sentido de tomarem medidas para intensificar a resposta ao paludismo, HIV/SIDA, tuberculose e outras doenças infecciosas correlacionadas. A Declaração da Sessão Especial da Assembleia-Geral da ONU em 2001, o Programa Multissectorial para a SIDA do Banco Mundial, a iniciativa Fazer Recuar o Paludismo, o Mecanismo Mundial para Tuberculostáticos, o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, a Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD) e outras iniciativas para a redução da pobreza, reafirmam o empenhamento à escala mundial e propiciam recursos adicionais para acelerar a luta contra estas doenças.

### **OBJECTIVOS**

21. O objectivo geral consiste em contribuir para acelerar a redução da morbilidade e mortalidade por HIV/SIDA, tuberculose e paludismo, assim como a redução do impacto, (especialmente o impacto social) destas três doenças.

22. Os objectivos específicos, em sintonia com as Declarações de Abuja e da Sessão Especial da Assembleia-Geral da ONU, são:

- a) aumentar a cobertura das intervenções de prevenção e tratamento do HIV/SIDA, tuberculose e paludismo;
- b) aumentar o acesso a medicamentos eficazes para o tratamento e prevenção do HIV/SIDA, tuberculose e paludismo;
- c) assegurar a disponibilidade dos recursos humanos e financeiros necessários à concretização das metas fixadas.

### PRINCÍPIOS ORIENTADORES

23. Ao intensificar a implementação de actividades de luta contra estas três doenças, devem ter-se em conta os seguintes princípios orientadores:

- a) **Assunção de responsabilidades pelos países:** O processo de intensificação deve ser dirigido pelos países, para garantir que as intervenções sejam planeadas e implementadas de acordo com as prioridades nacionais e as necessidades das comunidades.
- b) **Equidade:** O acesso aos serviços, em especial por parte das populações carenciadas e difíceis de alcançar, deve ser tido em conta durante o planeamento e implementação das intervenções nos países.
- c) **Sustentabilidade:** Para garantir que a implementação das actividades seja sustentável e com a participação comunitária, as estratégias devem ter em conta a sua aceitação cultural e a capacidade em recursos humanos, sobretudo no nível distrital e na periferia.
- d) **Parcerias:** Devem celebrar-se parcerias sólidas e eficazes a nível mundial, regional, nacional, distrital e comunitário, para melhorar a coordenação das actividades programáticas, evitar duplicação de esforços e rentabilizar ao máximo o uso dos recursos.
- e) Participação comunitária

### ABORDAGENS À IMPLEMENTAÇÃO

24. A aceleração das intervenções contra o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo exige maior cobertura geográfica e programática, de modo a torná-las viáveis, acessíveis e ao alcance da maioria das populações carenciadas. Assim, propõem-se a seguir várias abordagens para reforçar a eficácia na implementação das estratégias já existentes para as três doenças. Deverá assegurar-se uma atenção especial e uma adaptação local, nos países afectados pelas emergências.

25. **Advocacia:** É necessário preconizar um sector da saúde que responda às necessidades das pessoas e dê prioridade a maior cobertura, equidade, qualidade e eficácia na prestação de serviços, a todos os níveis. Há que implementar políticas e legislação adequadas à criação de um ambiente favorável. Será necessário celebrar parcerias com a comunicação social, pública

e privada, incluindo rádios locais e rurais e comunicação interpessoal, com vista a actividades regulares de informação e educação que estimulem a procura dos serviços e a mudança dos comportamentos.

26. **Reforçar a acção de carácter multisectorial:** Os benefícios potenciais da abordagem multisectorial devem ser explorados em pleno, a todos os níveis da prestação de serviços. Cada sector envolvido deve ter claramente definidos e acordados os seus papéis e responsabilidades. Os ministérios da saúde devem assumir um papel de liderança na resposta do sector e um papel catalisador no reforço das respostas de outros sectores, de acordo com as suas vantagens comparativas.

27. **Desenvolver a capacidade para prestação de serviços a nível dos países:** É necessário aumentar a quantidade e qualidade dos profissionais envolvidos na prestação de serviços. As necessidades devem ser avaliadas na fase de planeamento. Os países devem explorar as oportunidades existentes dentro e fora dos ministérios da saúde e a todos os níveis, para utilizarem recursos humanos subaproveitados na execução dos pacotes de intervenção. Podem usar-se as seguintes abordagens para este efeito:

- a) identificar e aliciar novos parceiros, como instituições académicas e ONG, Organização com Base na Comunidade (OBC), usando métodos inovadores como a celebração de contratos para o desenvolvimento dos recursos humanos;
- b) dar orientação a prestadores privados de cuidados de saúde, o sector corporativo, ONG, CBO e associações profissionais sobre as intervenções para fazer face às três doenças, de modo a que possam participar na prestação de serviços;
- c) intensificar a formação para as três doenças por meio de cursos breves e intensivos de formação em serviço, módulos simplificados para quadros de nível inferior e formação inicial;
- d) alargar os esforços de prestação de serviços aos locais de trabalho, em colaboração com o sector privado.
- e) incluir os programas comunitários no sistema de saúde.

28. **Reforçar a gestão do programa e a afectação de recursos:** O crescente empenhamento expresso a nível nacional, regional e mundial para combater as três doenças levou, em muitos países da Região, à criação de Mecanismos Nacionais de Coordenação (CCM), integrados por parceiros-chave da sociedade pública, privada e civil. Essas comissões têm sido fundamentais na elaboração de propostas para o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo. Deverão ser apropriadamente compostas e reforçadas, para facilitar parcerias e processos de planeamento conjunto a nível nacional, com ênfase num microplaneamento que envolva todos os parceiros a nível distrital e assegure papéis claramente definidos para os parceiros na implementação.

29. Para uma eficaz prestação de serviços a nível de distrito e comunidade, é importante uma descentralização dos serviços que contemple os seguintes aspectos:

- a) delegar e apoiar o planeamento, implementação, monitorização e avaliação nos níveis local e distrital, com base em quadros estratégicos nacionais;



- b) reforçar o nível das capacidades locais e distritais para a gestão e prestação de serviços, graças a parcerias com ONG sediadas localmente;
- c) criar mecanismos para a afectação, utilização, gestão e monitorização dos recursos, especialmente a nível local e distrital;
- d) garantir que as actividades distritais se enquadrem em instrumentos de mobilização de recursos, tais como as iniciativas “Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza” (PRSP) e “Países Pobres Altamente Endividados” (HIPC);
- e) incluir pacotes de intervenções para as três doenças no pacote essencial de saúde ao nível dos distritos;
- f) reforçar os sistemas de referência entre níveis adequados e garantir monitorização eficaz e supervisão de apoio a todos os níveis.
- g) Reforçar os mecanismos multisectoriais.

30. ***Aumentar a prestação integrada de serviços a nível distrital:*** É essencial uma integração das intervenções-chave, nos locais da prestação de serviços. Todos os prestadores (incluindo os responsáveis pelo desenvolvimento comunitário e os profissionais comunitários), bem como os locais de prestação de serviços (unidades de saúde materna e infantil, postos do Programa Alargado de Vacinação, farmácias) devem receber instruções para prestarem à comunidade serviços contra as três doenças, estimulando a mudança dos comportamentos.

31. ***Integrar um serviço noutro que já esteja a ser prestado:*** Pode-se recorrer a uma integração em larga escala para acelerar a intensificação das intervenções. Por exemplo, os serviços de aconselhamento e testes voluntários podem ser integrados nas consultas externas de infecções sexualmente transmitidas e da tuberculose. Onde possível, o pessoal clínico da tuberculose pode receber formação e equipamento para proceder ao aconselhamento e testes de HIV aos doentes de tuberculose, assim como para efectuar aconselhamento e teste voluntários (VCT), terapia antiretroviral de elevada eficácia (HAART), terapia por observação directa de curta duração (DOTS) e os antiretrovirais (ARV).

32. ***Reforçar parcerias com as comunidades para a prestação de serviços:*** As comunidades devem ser consultadas e envolvidas no planeamento, formulação e gestão das intervenções e serviços, a nível local. Devem-se dar aos profissionais de saúde as competências e orientações necessárias, graças a abordagens participativas para análise da situação, inventário das necessidades e planeamento, monitorização e avaliação, por forma a capacitá-los para assegurarem uma eficaz ligação às comunidades. São necessários esforços no sentido de tirar partido de iniciativas de base comunitária, como a Iniciativa de Bamaco, por forma a melhorar a prestação de serviços para o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo. As parcerias com o sector da saúde tradicional, devem ser alargadas, para incluir uma maior focalização na investigação dos medicamentos tradicionais, no âmbito da prevenção e tratamento das três doenças.

33. ***Garantir a disponibilidade de medicamentos (incluindo os antiretrovirais) e outros artigos, a todos os níveis:*** O fornecimento de medicamentos, meios de diagnóstico e outros artigos é essencial para uma eficaz implementação dos pacotes de intervenções contra as três doenças. Há que procurar energicamente formas de os tornar acessíveis e ao alcance dos grupos beneficiários. Por exemplo, os medicamentos, equipamento de diagnóstico e outros artigos fabricados localmente poderão ser adquiridos e distribuídos nos níveis operacionais em pacotes pré-embalados, graças a parcerias com os fabricantes. Quanto aos medicamentos importados, poderão criar-se mecanismos de compra em grande quantidade para grupos de países, de modo a reduzir os custos. Deverão ser criados mecanismos que evitem a compra e fuga de medicamentos adquiridos a preços reduzidos aos países desenvolvidos. Exemplos das prioridades básicas de investigação que os cientistas africanos deverão empreender incluem, entre outros, testes de diagnóstico rápido da tuberculose e medicamentos tuberculostáticos mais eficazes, por forma a diminuir a duração do tratamento.

34. ***Promover a investigação operacional para uma melhor gestão e prestação de serviços.*** Deve prestar-se mais atenção à investigação operacional e à investigação básica, particularmente, ao nível da implementação. A investigação operacional deve ser incorporada e financiada como parte dos planos distritais de saúde. Isto irá assegurar a identificação de soluções para os problemas de implementação, assim como as abordagens mais eficazes para a intensificação dos programas. Deverão continuar a explorar-se intervenções novas e com boa relação custo-eficácia, para o controlo das três doenças.

35. ***Garantir a mobilização de recursos financeiros e o seu desembolso a nível operacional:*** Mesmo com os baixos níveis de cobertura de hoje, é significativa a quantidade de recursos despendidos na luta contra o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo. A mobilização de recursos de fontes nacionais e externas para as três doenças deve ser integrada no processo de planeamento do desenvolvimento nacional, devendo as necessidades dos programas ser contempladas nos planos e orçamentos dos ministérios. Cabe aos governos criar mecanismos eficazes e responsáveis, capazes de garantir que os fundos afectados aos distritos sejam gastos na implementação. Devem procurar-se métodos inovadores para mobilizar recursos junto do sector privado e na comunidade. Para além disso, os Ministérios da Saúde devem assegurar que as necessidades inerentes às três doenças são incorporadas nos Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza. Deve haver acesso a fundos especiais, como o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e o Paludismo, e o Mecanismo Mundial para os Tuberculostáticos, devendo os recursos nacionais ser redistribuídos para dar resposta às crescentes necessidades da prevenção e tratamento.

## **MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO**

36. A monitorização e avaliação das intervenções e actividades a nível nacional são muito importantes para garantir que os objectivos dos programas sejam alcançados, devendo-se recorrer a elas para acelerar a sua implementação. Os objectivos da Cimeira da OUA para o paludismo, HIV/SIDA, tuberculose e outras doenças infecciosas correlacionadas fornecem quadros para a monitorização e avaliação. Devem, além desses, usar-se também os indicadores, instrumentos e orientações existentes para monitorizar e avaliar a implementação das estratégias regionais.

37. O Escritório Regional da OMS para África acompanhará os progressos realizados na intensificação da implementação das intervenções contra as três doenças, por meio de análises e relatórios periódicos apresentados ao Comité Regional. Serão definidos os indicadores-chave para avaliar os progressos na implementação, com base nas declarações de Abuja e da Sessão Especial da Assembleia-Geral da ONU sobre HIV/SIDA (UNGASS), bem como nos Objectivos para o Desenvolvimento do Milénio.

## **PAPÉIS E RESPONSABILIDADES**

### **Países**

38. Cabe aos ministérios da saúde um papel essencial de liderança na formulação de planos e mobilização de recursos interna e externamente, para intensificar a implementação das actividades. Além disso, compete aos países implementar as actividades planeadas, monitorizar e avaliar os programas e garantir a coordenação dos parceiros.

### **OMS**

39. A OMS dará apoio técnico à formulação de planos estratégicos e planos de acção para intensificar as intervenções, além de apoiar a implementação, monitorização e avaliação dos programas. Advogará com vista à mobilização de mais recursos no plano internacional e auxiliará os países na coordenação do apoio dos parceiros, para intensificar as intervenções a nível nacional.

### **Outros parceiros**

40. Outros parceiros tomarão parte em todos os níveis da elaboração dos quadros estratégicos nacionais e na implementação, monitorização e avaliação dos planos, dando ainda contributos financeiros e técnicos, de acordo com as respectivas vantagens comparativas. Apoiarão também o reforço de capacidades nacionais pertinentes para a implementação das intervenções a todos os níveis.

## **CONCLUSÃO**

41. Apesar dos sucessos alcançados na luta contra o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo, a cobertura e o acesso a estas intervenções continuam reduzidos e as tendências destas doenças não mostram uma diminuição das mesmas. Serviços de saúde inadequados, insuficiência de recursos humanos e financeiros, medicamentos e suprimentos dispendiosos para a prevenção e tratamento, e fraca participação das comunidades, ONG e sector privado surgem como os principais desafios. A adopção e implementação das abordagens acima referidas dará aos países a possibilidade de intensificar as actividades de prevenção e luta contra o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo.

42. Presentemente, são enormes as oportunidades para intensificar a implementação das intervenções de luta contra o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo. Assim, solicita-se ao Comité Regional que analise e aprove o presente quadro de referência.