



COMITÉ REGIONAL AFRICANO

ORIGINAL: INGLÊS

Quinquagésima-sétima sessão

Brazzaville, República do Congo, 27–31 de Agosto de 2007

Ponto 7.8 da ordem do dia provisória

**TUBERCULOSE E VIH/SIDA: ESTRATÉGIA PARA O CONTROLO
DE UMA DUPLA EPIDEMIA NA REGIÃO AFRICANA DA OMS**

Relatório do Director Regional

RESUMO

1. A epidemia da tuberculose na Região Africana da OMS atingiu proporções de emergência. Com base em recentes dados de vigilância, a Região conta com 25% dos casos de tuberculose notificados a nível mundial, tendo apenas 10% da população do planeta. Durante os últimos 10 anos, as taxas de notificação da tuberculose excederam o dobro na maioria dos países. Embora esse aumento seja generalizado, é mais notório nas regiões em que a prevalência do VIH é elevada. Em média, 35% dos doentes de tuberculose na Região estão simultaneamente infectados pelo VIH, e a tuberculose é responsável por, aproximadamente, 40% das mortes de pessoas que vivem com o VIH/SIDA.
2. Vários estudos aleatórios demonstraram a eficácia das intervenções conjuntas contra a tuberculose e o VIH/SIDA na redução da morbidade e mortalidade entre as pessoas com as duas infecções. Apesar de se reconhecer que a co-infecção potencia a epidemia da TB e apesar das provas existentes sobre a eficácia das intervenções conjuntas, os programas de luta contra a TB e o VIH/SIDA continuam a implementar actividades de controlo independentemente um do outro. O resultado tem sido uma baixa cobertura, o acesso limitado e o uso ineficaz dos escassos recursos existentes.
3. Esta estratégia propõe intervenções para: o reforço dos mecanismos de colaboração; a melhoria da prevenção, detecção de casos e tratamento da TB nas pessoas que vivem com o VIH/SIDA; a melhoria do acesso aos testes e aconselhamento sobre o VIH entre os doentes com TB; o controlo da infecção para reduzir a transmissão; advocacia, comunicação e mobilização social; parcerias; mobilização de recursos; e investigação.
4. O Comité Regional é convidado a analisar e adoptar a estratégia proposta.

ÍNDICE

Parágrafos

INTRODUÇÃO	1-3
ANÁLISE DA SITUAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO	4-13
ESTRATÉGIA REGIONAL	14-31
CONCLUSÃO	32-34

INTRODUÇÃO

1. O número de casos de tuberculose já excedeu o triplo em muitos países nos últimos 10 anos,¹ especialmente onde a prevalência do VIH é elevada. Com aproximadamente 35% dos doentes com TB também infectados com VIH, a co-infecção pela TB e VIH tornou-se no mais importante factor de propagação da epidemia de TB na Região Africana.

2. Reconhecendo a importância das duas epidemias para a saúde pública, o Comité Regional Africano da OMS aprovou duas resoluções, na sua Quinquagésima-quinta sessão, em 2005. A Resolução AFR/RC55/R5 declarou a TB uma emergência na Região; além disso, exortava os Estados-Membros a implementarem acções urgentes e extraordinárias para controlar a epidemia de TB, incluindo o reforço das intervenções contra a TB e o VIH/SIDA. A Resolução AFR/RC55/R6 pedia a aceleração das intervenções de prevenção do VIH nos países. Anteriormente, os ministros da saúde africanos tinham-se comprometido com os objectivos da iniciativa “3 by 5” e com o acesso universal à terapêutica anti-retroviral para as Pessoas que Vivem com o VIH/SIDA, (PVVS).

3. Esta estratégia propõe intervenções prioritárias para promover e acelerar a implementação de actividades conjuntas contra as duas doenças, reduzir a morbidade e a mortalidade associadas à co-infecção pela TB e VIH e melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com a TB e o VIH/SIDA. Todavia, a implementação eficaz desta estratégia requer participação multisectorial, coordenação e recursos adicionais sustentáveis.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO

Análise da situação

4. Em 2005, foram notificados mais de um milhão de novos casos de TB. Com apenas 10% da população mundial, a Região Africana regista anualmente, pelo menos, 25% dos casos notificados de TB.² Desde o início de 2006, foi confirmado, em alguns países da Região, um aumento da incidência de casos de TB resistentes aos medicamentos antituberculose de primeira e segunda linha. No final de 2006, todos os Estados-Membros estavam a implementar o tratamento recomendado de curta duração por observação directa (DOTS) para controlar a TB.³

5. A África Subsariana carrega o fardo mais pesado de infecções pelo VIH e de mortalidade relacionada com o VIH/SIDA em todo o mundo, contando com mais de 60% de PVVS. Aproximadamente três quartos das mulheres e quase 90% das crianças que vivem com o VIH/SIDA encontram-se nesta Região.

6. Nas pessoas infectadas pelo VIH, o vírus promove o avanço da TB activa, se houver infecções por *Mycobacterium tuberculosis* latentes ou recentemente adquiridas. Do ponto de vista de patologia, a TB acelera o desenvolvimento da SIDA nas pessoas que vivem com o VIH e é uma condição determinante da SIDA. Em alguns países, especialmente na África, a prevalência do VIH entre os

¹ OMS, Relatório sobre a vigilância da tuberculose, Brazzaville, Organização Mundial de Saúde, Escritório Regional Africano, 2005.

² OMS, Relatório sobre a vigilância da tuberculose, Brazzaville, Organização Mundial de Saúde, Escritório Regional Africano, 2006.

³ WHO, Interim policy on collaborative TB/VIH activities, Geneva, World Health Organization, 2004.

doentes de TB chega a atingir 70%, sendo a TB responsável por, pelo menos, 40% das mortes de PVVS na Região.⁴

7. A cobertura das principais intervenções contra a TB e o VIH/SIDA ainda é inaceitavelmente baixa na Região. Em 2005, entre 2% e 50% dos casos de TB foram submetidos aos testes de VIH e menos de 10% dos doentes de TB duplamente infectados elegíveis tinham acesso ao tratamento anti-retroviral. Apenas pouco mais de 50% dos doentes de VIH duplamente infectados tinham acesso à terapia profiláctica com cotrimoxazole, enquanto menos de 10% das PVVS fizeram o rastreio da TB activa. Globalmente, a cobertura da terapia anti-retroviral na África é, aproximadamente, de 28% (24%–33%). No final de 2005, entre a população em geral, a percentagem mediana de homens e mulheres que tinham feito o teste do VIH e tinham recebido os resultados era, respectivamente, de 12% e 10%.⁵

8. Apesar da conhecida interacção sinérgica negativa entre as duas infecções e as provas de redução da morbidade e da mortalidade através das intervenções conjuntas contra a TB e o VIH/SIDA, os programas de controlo das duas infecções foram, normalmente, implementados independentemente um do outro. Os programas de luta contra a TB visam a implementação da DOTS; os programas de luta contra o VIH/SIDA, normalmente, consideram a TB apenas uma infecção oportunista, concedendo pouca atenção às necessidades de cuidados especiais das PVVS co-infectadas com TB.

9. Existe um maior empenho político, tanto ao nível regional como ao nível internacional, no acesso universal aos serviços de luta contra a TB e o VIH/SIDA, incluindo as intervenções conjuntas contra a TB e o VIH/SIDA. Existe, igualmente, um maior financiamento do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo (GFATM) e de outros parceiros, destinado ao reforço dessas intervenções.

Justificação

10. Até à data, vários ensaios clínicos aleatorizados demonstraram a eficácia das intervenções conjuntas na redução da incidência de TB e de morte entre as PVVS. O uso da terapêutica preventiva com cotrimoxazole e isoniazida, assim como o tratamento de outras infecções oportunistas, reduziram a morbidade e a mortalidade entre as PVVS. Além disso, a terapêutica anti-retroviral reduziu a incidência da tuberculose em mais de 80% entre as PVVS.⁶

11. Embora se conheça o efeito negativo da dupla infecção TB-VIH e tenha ficado demonstrado o impacto positivo das intervenções conjuntas, os programas de luta contra a TB e o VIH/SIDA têm sido, geralmente, implementados independentemente um do outro. Isto teve como consequência um acesso limitado às intervenções eficazes existentes para as pessoas duplamente infectadas e tem resultado numa utilização ineficaz dos escassos recursos disponíveis.

⁴ WHO, Interim policy on collaborative TB/VIH activities, Geneva, World Health Organization, 2004.

⁵ WHO, UNAIDS, UNICEF, *Towards universal access: Scaling up priority VIH/SIDA interventions in the health sector, Progress Report*, Geneva, World Health Organization, 2007.

⁶ Badri M, Wilson D, Wood R, Effect of highly active antiretroviral therapy on incidence of tuberculosis in South Africa: a cohort study, *The Lancet*, 359: 2059–2064, 2002.

12. O controlo eficaz da TB e do VIH/SIDA terão necessariamente de incluir intervenções destinadas a combater a dupla epidemia. Os doentes com TB deverão ter acesso célere à prevenção do VIH/SIDA, bem como aos respectivos cuidados e intervenções de apoio; do mesmo modo, as PVVS deverão ter acesso à mesma prevenção, cuidados e intervenções contra a TB.

13. Esta estratégia põe ênfase na importância da dupla epidemia da TB e VIH/SIDA e facilitará o reforço das intervenções eficazes disponíveis, para melhorar a qualidade de vida das pessoas duplamente infectadas.

ESTRATÉGIA REGIONAL

Objectivo geral

14. A finalidade desta estratégia é contribuir para reduzir a morbilidade e a mortalidade associadas à co-infecção por TB e VIH na Região, através da garantia do acesso universal às intervenções contra a TB e o VIH/SIDA, tendo em conta as orientações da Iniciativa “Travar a Tuberculose”.

Objectivos

15. Os objectivos específicos são:

- a) fornecer um quadro para o planeamento, organização, implementação, monitorização e avaliação da aplicação de intervenções conjuntas contra a TB e o VIH/SIDA;
- b) promover a prevenção e a prestação de cuidados e serviços de apoio à TB e VIH/SIDA como parte integrante de um pacote completo de cuidados para as pessoas duplamente infectadas;
- c) constituir uma plataforma para a advocacia, a favor do controlo da dupla epidemia de TB e VIH;
- d) reforçar a colaboração intersectorial e as parcerias para a luta contra a dupla epidemia de TB e VIH/SIDA;
- e) promover o acesso universal aos serviços de TB e VIH.

Princípios orientadores

16. A implementação da estratégia será orientada pelos seguintes princípios:

- a) O **acesso equitativo às intervenções de TB e VIH/SIDA** consiste em visar e incluir todos os grupos vulneráveis..
- b) A **apropriação e liderança** da estratégia e do processo de implementação devem pertencer aos países e ser geridas de modo a garantir a harmonização e a sustentabilidade.
- c) A **parceria e a colaboração** deve envolver todos os sectores, incluindo a sociedade civil e as comunidades, em todas as fases de desenvolvimento e implementação do programa, para aumentar a aceitação das intervenções, alargar o acesso aos serviços e mobilizar recursos humanos e financeiros adicionais para a implementação do programa.

Intervenções prioritárias

17. As principais intervenções destinam-se a: reforçar a colaboração entre os dois programas de luta; melhorar a prevenção, a detecção de casos e o tratamento da TB entre as PVVS e as populações vulneráveis, tais como os prisioneiros; e melhorar o acesso aos testes e aconselhamento sobre o VIH entre os doentes com TB. As acções propostas são recomendadas para todas as áreas em que a prevalência do VIH entre os doentes com TB exceda 5% e devem ser levadas a cabo no contexto dos programas de luta contra a TB e o VIH/SIDA já existentes.

Reforço dos mecanismos de colaboração

18. É necessário criar melhores mecanismos para a colaboração entre os programas de luta contra a TB e a SIDA. Isto poderia ser facilitado pela criação de órgãos coordenadores conjuntos a nível operacional, bem como pela elaboração de planos de acção conjuntos para a TB e o VIH. Para se desenvolver uma base de colaboração, é necessário criar um pacote completo de intervenções, assim como orientações e instrumentos técnicos para lidar com a co-infecção. Todos os financiadores e prestadores de cuidados nos sectores público e privado precisam de ser sensibilizados e formados para apoiarem a prestação de todas as intervenções de colaboração.

Melhoria da prevenção, detecção e tratamento da TB entre as PVVS

19. A redução do fardo da tuberculose entre as PVVS é um dos principais pilares desta estratégia. Isto poderá ser conseguido com a intensificação da detecção de casos de tuberculose entre as PVVS, para identificar e tratar os que sofrem de TB activa, administrando ao mesmo tempo a terapêutica preventiva com isoniazida e outros métodos às PVVS sem TB activa.

Melhoria do acesso aos testes e aconselhamento sobre o VIH dos doentes de TB

20. Esta estratégia destina-se a melhorar o aconselhamento e os testes de VIH nos doentes de TB. Isto poderá ser conseguido utilizando como porta de entrada a testagem e aconselhamento de rotina sobre o VIH, com opção de escolha, a todos os doentes de TB e com a finalidade de prestar cuidados continuados de VIH/SIDA e apoio aos doentes de TB com infecção dupla. Outros serviços incluem intervenções de prevenção de novas infecções pelo VIH, redução da transmissão do VIH, oferta de terapêuticas profilácticas para outras infecções bacterianas oportunistas e fornecimento de medicamentos anti-retrovirais para doentes de TB com infecção dupla elegíveis, de modo a reduzir a carga viral.

Controlo da infecção para reduzir a transmissão

21. Têm de ser implementadas medidas de controlo da infecção como parte integrante das intervenções conjuntas TB/VIH. Deverá ser dada especial atenção às PVVS vulneráveis e a outros grupos de risco, como prisioneiros e refugiados, para evitar a transmissão cruzada da TB com resistência multi-medicamentosa e resistência extensiva aos medicamentos. Isto seria facilitado, quando possível, pela triagem dos doentes, separação física (isolamento e medidas adicionais para evitar a transmissão através dos prestadores de cuidados) reajustamento das instalações com vista a garantir a assepsia do ambiente e melhoria do cumprimento da terapêutica da TB por parte dos doentes, de modo a evitar o desenvolvimento de uma resistência aos medicamentos.

Contribuir para o reforço dos sistemas de saúde

22. O reforço dos sistemas de saúde é um componente da iniciativa “Travar a TB”. O reforço dos recursos humanos para a saúde, das infra-estruturas laboratoriais e da gestão e fornecimento de medicamentos representam os principais contributos dos programas de controlo da tuberculose para o reforço dos sistemas de saúde. As inovações na prestação de serviços para a tuberculose, no enquadramento geral dos serviços de saúde, precisam de ser documentadas e partilhadas. O trabalho em curso da OMS para elaborar documentos e instrumentos de apoio ao envolvimento activo dos programas nacionais de controlo da tuberculose no reforço dos sistemas de saúde deve ser agilizado e deve ser dada orientação aos Estados-Membros.

Advocacia, comunicação e mobilização social

23. Para promover o apoio da população à implementação das actividades, é necessário informar e sensibilizar as comunidades e o pessoal dos cuidados de saúde para a importância da co-infecção TB e VIH. Isto poderá ser facilitado pela implementação de uma advocacia orientada, estratégias de comunicação e de mobilização social para a luta contra a TB e o VIH.

Parcerias e mobilização de recursos

24. É essencial a mobilização de recursos adicionais financeiros e outros para um reforço significativo das intervenções propostas. Se o financiamento dos doadores é uma opção para aumentar o pacote dos recursos, a afectação de recursos nacionais suficientes e a inclusão das intervenções de TB/VIH nos planos nacionais de desenvolvimento são cruciais para garantir a sustentabilidade dos recursos. O apoio pode ser suscitado através da apresentação de propostas a agências de financiamento, como o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, a Fundação Bill e Melinda Gates e outros parceiros doadores bilaterais e multilaterais.

25. É igualmente importante aumentar a capacidade dos parceiros colaboradores a levarem a cabo intervenções conjuntas, através da descentralização dos processos de tomada de decisões e prestação de serviços. Isto poderá ser conseguido através de uma maior participação comunitária e da sociedade civil, bem como de parcerias público-privadas, na prestação de determinados serviços.

Investigação

26. A actual investigação clínica e de outro tipo para um melhor entendimento e avaliação do impacto das intervenções é um importante elemento da implementação do programa. Isto poder-se-á fazer através da promoção da estreita colaboração com instituições nacionais de investigação e investigadores, para se realizar uma investigação operacional útil à prevenção e controlo da TB e VIH/SIDA.

Funções e responsabilidades

Países

27. Os países deverão afectar fundos às intervenções prioritárias, para promover o acesso universal aos serviços de TB e VIH/SIDA. Entre as funções e responsabilidades específicas dos países contam-

se: a criação e implementação de actividades de advocacia e de mobilização social e planos de acção a curto e médio prazo para combater a dupla epidemia TB e VIH; o desenvolvimento e adaptação de instrumentos e orientações técnicas; a mobilização dos recursos, quer internos quer externos, para implementação de actividades; a monitorização e a avaliação da implementação do programa e seus impactos; a coordenação dos parceiros colaboradores; e a criação de parcerias nacionais para a implementação de actividades de TB, VIH/SIDA e actividades conjuntas TB-VIH/SIDA.

OMS e outros parceiros

28. A estratégia prevê as seguintes funções e responsabilidades para a OMS e outros parceiros: apoio aos programas nacionais para promover um controlo eficaz da TB, do VIH/SIDA e da dupla infecção TB-VIH; fornecimento de apoio técnico aos países na criação ou adaptação de instrumentos e orientações nacionais, implementação do programa, monitorização e avaliação; e apoio aos países na mobilização de recursos e reforço dos sistemas de prestação de serviços de saúde. A OMS deverá identificar e dar apoio aos centros de excelência, sobretudo em relação à tuberculose multi e ultra-resistente, e elaborar uma estratégia para as estirpes resistentes à TB.

Implicações dos recursos

29. Segundo dados da OMS e da União Internacional contra a Tuberculose e Doenças Pulmonares, custa entre de 5–10 dólares o rastreio de um caso de TB, 17 dólares o tratamento de um caso de TB não complicado e cerca de 2000 dólares o tratamento de um caso de TB com resistência multi-medicamentosa. Pelas estimativas da ONUSIDA, um teste do VIH custa aproximadamente 2 dólares, uma terapêutica anti-retroviral para um ano custa 130–300 dólares por doente. Assim, um reforço significativo de intervenções para combater a epidemia dupla TB-VIH/SIDA necessitará de um nível mais elevado de recursos financeiros de base sustentada.

30. Serão necessários recursos adicionais para responder ao aumento do número de pessoas que irão precisar de testes e aconselhamento sobre o VIH, rastreio da TB e tratamento correcto das duplas infecções.

Monitorização e avaliação

31. Para monitorizar e avaliar a implementação das intervenções conjuntas que são propostas para a TB e VIH/SIDA, os seguintes indicadores serão monitorizados, de acordo com a localidade, grupo etário e sexo:

- a) Percentagem da população visada com acesso geográfico definido a serviços conjuntos de TB e VIH/SIDA;
- b) Percentagem de doentes de TB seropositivos elegíveis, com acesso a serviços essenciais de VIH/SIDA, incluindo terapêutica anti-retroviral;
- c) Mortalidade entre os doentes de TB relacionada com o VIH/SIDA, e mortalidade entre os doentes de SIDA relacionada com a TB;
- d) Percentagem de PVVS rastreadas para TB activa e percentagem de PVVS com TB activa, com acesso a tratamento eficaz da TB.
- e) Rastreio da tuberculose MDR e XDR.

CONCLUSÃO

32. A co-infecção do VIH é o mais importante factor de risco para o aumento da incidência da TB na Região Africana. Simultaneamente, a TB é a causa mais comum de morte entre as PVVS. Existem intervenções para reduzir o impacto da dupla epidemia, mas elas são actualmente fornecidas separadamente, por programas de controlo independentes. O resultado é o limitado acesso aos serviços; as oportunidades perdidas de diagnóstico, tratamento e cuidados; a reduzida eficácia; e o uso ineficaz dos recursos.

33. Esta estratégia exige uma prestação conjunta de serviços, de modo a acelerar o reforço das intervenções da TB e VIH/SIDA, na via do acesso universal e maximização dos recursos e do impacto sobre a saúde.

34. O Comité Regional é solicitado a analisar e adoptar a estratégia proposta.