

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA

P. O. Box 3243

Telephone 517 700

Fax : 517844

CONSELHO EXECUTIVO

Quinta Sessão Ordinária

25 de Junho a 3 de Julho de 2004

Adis Abeba, Etiópia

EX.CL/123 (V)

**RELATÓRIO DE ACTIVIDADES RELATIVAS À
IMPLEMENTAÇÃO DA DECLARAÇÃO DE MAPUTO
SOBRE VIH/SIDA, MALÁRIA, TUBERCULOSE E
OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS CONEXAS (ODIC)**

**RELATÓRIO DE ACTIVIDADES RELATIVAS A IMPLEMENTAÇÃO DA
DECLARAÇÃO DE MAPUTO SOBRE VIH/SIDA, MALÁRIA, TUBERCULOSE
E OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS CONEXAS (ODIC)**

SUMÁRIO EXECUTIVO

Na introdução, o relatório revê os debates da Sessão Especial da Conferência Ministerial dos Ministros Africanos de Saúde, que se reuniu de 14 a 15 de Maio de 2004, antes da abertura da Assembleia Mundial dos Ministros de Saúde a 17 de Maio de 2004, em Genebra, Suíça.

O principal objectivo da Conferência era avaliar a implementação da Declaração de Maputo sobre Malária, HIV/SIDA, TB e ODIC. Estiveram representados trinta e quatro (34) Estados Membros, entre os quais 17 eram Ministros e um Vice Ministro.

Depois de uma discussão acesa, os delegados aprovaram uma Declaração na qual se reflecte o resultado da Conferência.

Em seguida, o relatório cinge-se nos antecedentes, que incluem a reafirmação de doze áreas prioritárias constantes na Declaração de Abuja sobre HIV/SIDA, TB e ODIC. As estratégias e actividades de cada área prioritária constituem o processo de implementação e, os seus indicadores avaliam o progresso feito pelos Estados Membros na luta contra a pandemia.

O relatório está dividido nas seguintes secções:

- (a) O ponto actual de situação do control do HIV/SIDA em África - que indica a elevada taxa de prevalência da infecção em cidades seleccionadas do Continente.
- (b) Impacto do HIV/SIDA sobre o desenvolvimento socio-económico, que indica o papel da pandemia na redução dos recursos humanos para a produtividade e o subsequente declínio do crescimento económico.
- (c) A implementação da Declaração de Maputo pelos Estados Membros, que ilustra um progresso lento a despeito do aumento da disponibilidade de recursos financeiros do FGSTM¹ (Fundo Global para o Combate ao SIDA Tuberculose e Malária), Banco Mundial e doadores bilaterais; compromissos políticos de líderes e uma parceria cada vez maior.
- (d) A secção sobre o “*Roll Back Malária*”² indica que apenas 18 países conseguiram, com sucesso, reduzir ou eliminar as tarifas

¹ GFATM - *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*

² *Fazer Recuar a Malária*

aplicadas sobre as RTI³ (Redes Tratadas com Insecticidas) e outros materiais para fazer recuar a malária, em conformidade com os compromissos assumidos pelos líderes na Declaração e Plano de Acção de Abuja, relativo ao “*Roll Back Malária*” (2000).

- (e) De igual modo, a secção sobre a TB indica que 14 países estão a implementar a estratégia Tratamento Directamente Observado (TDO)⁴ em menos de 10% do total da população e 17 países estão a fazer o mesmo em relação a mais de 90% da população total. Dezasseis países não estão a implementar a estratégia TDO.
- (f) Quanto a secção sobre a vigilância do SIDA em África - liderada pelo Presidente da Nigéria e 7 outros Membros deve ser expandida através da inclusão de Estados Membros com a maior prevalência de HIV/SIDA.

Para terminar, o relatório menciona os assuntos principais e recomendações relativos aos passos a seguir.

³ ITNs - Insecticide Treated Nets

⁴ DOT - Directly Observed Treatment

**RELATÓRIO DE ACTIVIDADES RELATIVAS A IMPLEMENTAÇÃO DA
DECLARAÇÃO DE MAPUTO SOBRE VIH/SIDA, MALÁRIA, TUBERCULOSE
E OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS CONEXAS (ODIC)**

Ref. Assembly/AU/Decl.6 (III)

INTRODUÇÃO

1. A sessão especial da Conferência dos Ministros Africanos da Saúde foi realizada no Hotel Ramada Park, Genebra, Suíça, de 14 a 15 de Maio 2004. O seu objectivo principal era proceder a revisão do progresso feito na implementação da Declaração de Maputo, de 2003 sobre o HIV/SIDA, Malária, Tuberculose e Outras Doenças Infecciosas Conexas (ODIC) bem como outros compromissos relevantes assumidos pelos Chefes de Estado e de Governo. A Declaração de Maputo reafirmou a Declaração e Plano de Acção de Abuja (POA)⁵ sobre o “*Roll Back Malaria*”, e a Declaração e Plano de Acção de Abuja de 2001 sobre o HIV/SIDA, TB e ODIC. A reunião foi convocada pelo Ministro da Saúde de Moçambique, como Presidente em exercício da União Africana, o Ministro da Saúde da Jamahiriya Árabe da Líbia, como actual Presidente da Conferência dos Ministros de Saúde da UA; com o apoio e colaboração da OMS/AFRO, Fundo Global para o combate ao SIDA, Tuberculose e Malária (FGSTM) e a Aliança Global para Vacinas e Imunização (GAVI)⁶. A ONUSIDA e a UNICEF também deram o seu apoio técnico.

2. A reunião foi pontual e útil pelo facto de ter havido partilha de conhecimentos e experiências e terem sido feitas recomendações substantivas par uma implementação mais eficaz dos programas de combate às maiores causas de morbidade e mortalidade em África. A Sessão Especial precedeu a 57^a Sessão da Assembleia Mundial da Saúde (AMS)⁷ que foi realizada de 17 a 22 de Maio de 2004, em Genebra. As áreas discutidas pela AMS incluíam as que foram debatidas na Sessão Especial dos Ministros Africanos de Saúde. A Comissão da UA aproveitou a oportunidade para informar aos delegados que o control do HIV/SIDA e outras pandemias, constituía uma das prioridades do Plano de Acção de 2004 - 2007. O Programa da NEPAD da UA e a sua estratégia para área da saúde também coloca o HIV/SIDA no topo da agenda.

⁵ Plan Of Action

⁶ Global Alliance on Vaccines and Immunization

⁷ WHA - World Health Assembly

3. Participaram na reunião os seguintes 34 Estados Membros, representados por 17 Ministros e um Vice Ministro. África do Sul, Angola, Argélia, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo verde, Chade, Congo Brazzaville, Djibouti, Egípto, Etiópia, Gabão, Gana, Lesoto, Libéria, Líbia, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Maurícias, Moçambique, Quênia, Nigéria, Ruanda, Seychelles, Sierra Leone, Tanzânia, Tunísia, Uganda, Zâmbia e Zimbabuê. Também fizeram-se representar as seguintes agências especializadas das Nações Unidas e organizações internacionais: UNICEF, UNOSIDA, Secretariado da Comunidade Regional de Saúde da Commonwealth para a África Oriental, Central e Austral (SCRSC-AOCA)⁸; o Fundo Global para o Combate ao SIDA, Tuberculose e Malária (GFATM); a Aliança Global para a Imunização (GAVI) e a Comissão da União Africana.

4. As deliberações da sessão especial cingiram-se no seguinte:

- Ponto de situação dos aspectos críticos e desafios na luta contra o HIV/SIDA, Tuberculose e Malária a nível nacional, regional continental e internacional;
- Progresso na imunização em África, incluindo a erradicação da poliomielite;
- Aquisição de vacinas essenciais, redes mosquiteiras tratadas com insecticidas;
- Sustentabilidade financeira;
- Barreiras e fortalecimento de parcerias no sector da saúde;
- Coordenação com os doadores;
- Passos a seguir para uma implementação mais eficaz dos compromissos dos Chefes de Estado e de Governo.

4. O resultado das deliberações foi a **“Declaração dos Ministros de Saúde da União Africana relativa à ocasião da sua Sessão Especial em Genebra, Suíça, de 14 a 15 de Maio de 2004”**, que está anexo a este Relatório.

⁸ CRHCS-ECSA - Commonwealth Regional Health Community Secretariat for East, Central and Southern Africa

ANTECEDENTES

5. Ao adoptar a Declaração de Maputo, os Chefes de Estado e de Governo exprimiram profunda consternação com o contínuo alastramento do VIH/SIDA, TB, Malária e ODIC a despeito dos esforços que os Estados Membros envidaram, para operacionalização dos compromissos assumidos em Abuja e Maputo. Reconheceram a necessidade urgente de aliviar o impacto sobre a vida das pessoas infectadas e afectadas por essas doenças, e nas perspectivas do seu desenvolvimento a longo prazo. Por conseguinte, os líderes apelaram à adopção de políticas apropriadas, incluindo um quadro jurídico e estratégico que vise prestar serviços essenciais, especialmente para os grupos mais vulneráveis. Os Líderes estavam convencidos que o cuidado, apoio e o tratamento dos que estão infectados e afectados pelo HIV/SIDA deviam ser parte integrante da prevenção e control do progresso da infecção do VIH; e a luta contra o estigma e discriminação.

6. A implementação está assente sobre as doze áreas prioritárias do Plano de Acção de Abuja, nomeadamente:

- I. Liderança aos níveis nacional, regional e continental para mobilização da sociedade em geral para a luta contra o VIH/SIDA, TB e ODIC;
- II. Mobilização de Recursos a nível Nacional e Internacional;
- III. Protecção dos Direitos Humanos;
- IV. Pobreza, Saúde e Desenvolvimento;
- V. Fortalecimento dos Sistemas de Saúde;
- VI. Prevenção;
- VII. Melhoramento da Informação, Educação e Comunicação;
- VIII. Acesso ao tratamento, cuidados e apoio;
- IX. Acesso a medicamentos e tecnologias acessíveis;
- X. Investigação e Desenvolvimento na área do VIH/SIDA, TB e ODIC, incluindo vacinas e medicamentos tradicionais;
- XI. Parcerias;
- XII. Acompanhamento e avaliação

7. O Mecanismo para o Acompanhamento e Prestação de Relatório da implementação do Quadro do Plano de Acção de Abuja está estabelecido e torna operacional cada área prioritária através de uma estratégia; e cada uma delas com um conjunto de actividades, responsabilidades, calendários, indicadores e meios de verificação. Todos os intervenientes devem utilizar este mecanismo na implementação e preparação de relatórios para a Comissão da UA, que por sua vez deve compilar um relatório de progresso para os Chefes de Estado e de Governo.

Ponto de Situação do Control do VIH /SIDA em África

8. A prevalência do VIH entre adultos em África varia de menos de 1% na Mauritânia e outros países do Norte de África, para cerca de 40% em Botswana e Suazilândia. Em África, as mulheres tendem a estar em maior risco, pelo menos 1.2 vez mais que os homens. Na categoria de 15 - 24 anos de idade, as mulheres são 2.5 vezes mais propensas a ser infectadas pelo VIH que os homens. Segundo a UNOSIDA, mais de uma em cada cinco mulheres grávidas está infectada pelo VIH na maior parte dos países da África Austral; enquanto no resto do continente a prevalência nas clínicas pré Natais excede os 10% nalguns países. Apesar das taxas terem diminuído ou estabilizado nalguns países, noutros países regista-se um aumento de taxas de prevalência.

9. A tabela que se segue ilustra os exemplos da prevalência entre mulheres nalgumas cidades:

Cidade	% Prevalência (Idade 15 a 49)
Gaborone (Botswana)	40
Maurine	40
Blantyre (Malawi)	16
Lusaka (Zâmbia)	20
Província de Gauteng (África do Sula)	>30
Maputo (Moçambique)	18 (2002)
Kampala (Uganda)	8
Kigali (Rwanda)	13
Adis Abeba (Etiópia)	11 (entre mulheres de 15-24 anos)
Nairobi (Quênia)	10 (2002)
Dakar (Senegal)	14 (entre trabalhadoras/es de sexo)
Kaolack	23 (2002) entre trabalhadoras/es de sexo
Nas Cidades do Sahel (África do Norte)	1-2%
Accra (Gana)	2(2002)
Abidjan (Côte d'Ivoire)	7

Impacto do VIH/SIDA no Desenvolvimento Socio-Económico

10. A pandemia tem um efeito devastador na maior parte da categoria produtiva da força laboral, 15-49 anos de idade. Está a causar custos adicionais para empresas e indivíduos que têm que pagar pelo tratamento ou cobrir políticas onerosas de seguros de saúde. A força laboral afectada faz com que haja uma produtividade reduzida que por sua vez, tem efeitos adversos no crescimento da economia. Segundo a UNOSIDA, estima-se que o PIB tenha estado a ter um declínio de 2.6% em média nos países em que as taxas de prevalência são de mais de 20%, e a esperança de vida reduziu em cerca de 15 anos nalguns países.

A perda de produtividade e o fraco crescimento económico traduzem-se em menos receitas derivadas dos impostos para serviços financiados pelos governos, o que põe em causa a habilidade do país responder ao VIH e outras pandemias. Sistemas de saúde débeis também estão a perder pessoal por causa do SIDA. Esta situação é agravada pela migração de profissionais de saúde, especialmente para países mais desenvolvidos.

11. Ademais, o SIDA tem um impacto devastador no sector da educação. Além disso, tornou-se evidente que o VIH/SIDA tem influência negativa na segurança alimentar. Segundo a FAO, 7 Milhões de trabalhadores do sector agrícola pereceram, vítimas do SIDA nos 25 países mais afectados desde 1985 até 2000. Outros 16 milhões podem perder a vida nos próximos 20 anos. Por exemplo, na zambia, uma avaliação da vulnerabilidade referente ao período 2002 – 2003, revelou que as famílias que vivem da agricultura, e que tenham o seu responsável cronicamente doente plantaram 53% menos culturas do que as famílias que não tenham o seu responsável doente. Quando tais condições são agravadas por um elevado índice de pobreza, aumenta o risco de fome e má nutrição, fazendo com que se torne difícil que qualquer pessoa infectada possa lidar com a pandemia ou qualquer infecção provocada por outra doença infecciosa conexas.

Como é que os países estão a implementar a Declaração de Maputo sobre Malária, VIH/SIDA, TB e ODIC

12. Mais de 70% dos países Africanos que dão o ponto de situação sobre os esforços que empreendem para reduzir a transmissão do VIH/SIDA a bebés e crianças, não têm programa algum para administrar uma terapia profilática anti-retroviral para mulheres grávidas e para recém nascidos. Quase metade dos países Africanos não adoptaram legislações para evitar a discriminação contra pessoas que vivem com o VIH/SIDA, e um em cada quatro países reporta que pelo menos 50% dos pacientes que padecem do VIH/SIDA e outras infecções sexualmente transmitidas (co-factores para a infecção do VIH) estão sendo diagnosticados, aconselhados e tratados. Apesar da cobertura de tratamento permanecer baixa (apenas cerca de 50.000 pessoas tiveram acesso a medicamentos antiretrovirais entre 2002/2003), alguns países como o Botswana, Camarões, Eritreia, Nigéria e Uganda fizeram tremendos esforços no sentido de melhorar o acesso a anti-retrovirais, através dos sectores público e privado.

13. Actualmente existe um aumento repentino do compromisso político por parte dos líderes africanos, no concernente a formulação de políticas, mobilização das comunidades, incremento do financiamento e apoio às organizações da sociedade civil e ONGs na luta contra o VIH/SIDA. Alguns países criaram Ministérios específicos para o control do SIDA; todos os países tem um Conselho do Sida ou uma instituição equivalente. Por exemplo, há vários países em que o Presidente ou o Primeiro Ministro dirige pessoalmente os esforços de combate ao VIH/SIDA, conforme ilustra a tabela que se segue:

País	Presidente do Organismo Nacional de Coordenação dos Programas do SIDA
Botswana	Presidente
Burkina Faso	Presidente
Burundi	Presidente
Cabo Verde	Presidente
Congo	Presidente
Etiópia	Primeiro Ministro
Gana	Presidente
Quênia	Presidente
Madagáscar	Primeiro Ministro
Moçambique	Primeiro Ministro
Namíbia	Ministro da Saúde
Níger	Presidente
Nigéria	Presidente
Senegal	Primeiro Ministro
África do Sul	Vice Presidente
Suazilândia	Presidente
Togo	Presidente

Oportunidades

15. Foi constatado que há muitas oportunidades para vencer a luta contra o VIH/SIDA; e que tais incluem: o aumento do compromisso político; aumento de recursos; aumento do número de parceiros; redução de preços de anti-retrovirais; abordagens provadas como bem sucedidas, especialmente a mobilização da comunidade; iniciativas descentralizadas, garantir que haja melhor acesso para todos.

16. Um dos maiores desafios no combate ao VIH/SIDA é a operacionalização de Declarações e estratégias nacionais e torná-las planos de acção bem orçamentados e possíveis de implementar. A tabela que se segue ilustra o número de países que estão a implementar algumas das áreas prioritárias.

	Áreas Prioritárias em Implementação	Número de países
1.	Mecanismo de Coordenação Nacional	35
2.	Plano Estratégico Nacional	32
3.	Plano Estratégico Nacional com Custos Determinados	16
4.	Legislação contra o Estigma e Discriminação	11
5.	Sistemas de Acompanhamento e Avaliação estabelecidos	4

Mobilização de Recursos

16. Apesar de alguns países serem financeiramente independentes, a maior parte dos países Africanos continuam dependentes do apoio de doadores, especialmente do Fundo Global para o combate ao VIH/SIDA, TB e Malária e o Programa Multinacional de Sida para a África (MAP) do Banco Mundial, como uma dos principais financiadores de actividades contra o Sida. Na Declaração de Abuja sobre o VIH/SIDA, TB e ODIC, os Chefes de Estado e de Governo comprometeram-se a atribuir pelo menos 15% do Orçamento Geral de Estado para o sector da saúde. Apenas um punhado de países é que alcançou ou está quase a alcançar essa meta. Segundo a UNOSIDA, em 2002, a África sub-sahariana gastou 250 milhões de dólares americanos em actividades relacionadas ao VIH/SIDA. Esse montante é equivalente a 13% das necessidades orçamentais da região para o mesmo período.

Desembolso do Fundo Global para o Combate ao VIH/SIDA, Tuberculose e MALária (GFATM)⁹

17. É de notar que 60% de todos os fundos do *GFATM* são desembolsados para países Africanos. A tabela que se segue ilustra o montante que cada país recebeu até Maio de 2004

⁹ FGSTM

Subvenções para Países Africanos, Rondas 1-3 de Financiamento (Maio 2004)

País (Em \$EU)	VIH/SIDA		Tuberculose		Malária		VIH/TB		Grand Total	
	Acima de 2 Anos	Acima de 5 Anos	Acima de 2 Anos	Acima de 5 Anos	Acima de 2 Anos	Acima de 5 Anos	Acima de 2 Anos	Acima de 5 Anos	Acima de 2 Anos	Acima de 5 Anos
África do Sul	15,521,456	66,509,557					49,509,529	167,432,018	65,030,985	233,941,575
Argélia	6,185,000	8,869,360							6,185,000	8,869,360
Angola					25,259,000	38,383,000			25,259,000	38,383,000
Benin	11,348,000	17,726,000	2,173,404	3,104,104	3,773,116	5,118,963			17,294,520	25,949,067
Botswana	18,580,414	18,580,414							18,580,414	18,580,414
Burkina Faso	7,130,400	19,632,122			7,499,988	7,499,988			14,630,388	27,132,110
Burundi	4,877,000	8,657,000			13,792,126	17,766,125			18,669,126	26,423,125
Camarões	14,641,407	55,735,254	2,986,220	6,218,220	16,938,794	32,770,143			34,566,421	94,723,617
Chade	7,380,156	18,581,945	1,263,963	3,039,327	3,028,688	8,030,340			11,672,807	29,651,612
Comores	751,700	1,360,900			1,534,631	2,485,878			2,286,331	3,846,778
Cote d'Ivoire	19,122,932	56,867,112	2,870,122	3,837,301					21,993,054	60,704,413
Egipto			2,480,219	4,032,014					2,480,219	4,032,014
Eritreia	8,124,910	17,354,035			2,617,633	7,911,425			10,742,543	25,265,460
Etiópia	55,383,811	139,403,241	10,962,600	21,290,742	37,915,011	76,875,212			104,261,422	237,569,195
Gabão	3,154,500	5,405,000							3,154,500	5,405,000
Gambia	6,241,743	14,568,679			5,665,500	13,861,866			11,907,243	28,430,545
Gana	4,965,478	14,170,222	2,336,940	5,687,055	7,596,111	9,356,933			14,898,529	29,214,210
Guiné	4,804,696	13,230,165			6,893,509	8,798,945			11,698,205	22,029,110
Guiné-Bissau			1,503,587	2,646,004					1,503,587	2,646,004
Quênia	39,593,495	131,925,781	6,740,983	15,022,984	10,526,880	33,586,810			52,861,358	180,535,575
Lesoto	10,557,000	29,312,000	2,000,000	5,000,000					12,557,000	34,312,000
Libéria	7,658,257	7,658,257	4,534,017	4,534,017	12,140,921	12,140,921			24,333,195	24,333,195
Madagáscar	17,194,365	26,537,181			6,715,024	12,400,786			23,909,389	38,937,967
Malawi	41,751,500	284,110,722			20,872,000	39,688,000			62,623,500	323,798,722
Mali					2,023,424	2,592,991			2,023,424	2,592,991
Mauritânia			1,104,742	2,728,225	824,044	2,899,074			1,928,786	5,627,299
Marrocos	4,738,806	9,238,754							4,738,806	9,238,754
Moçambique	29,692,640	109,338,584	9,202,140	18,190,995	12,217,393	28,205,783			51,112,173	155,735,362
Multi-country África (RMCC)					7,090,318	22,387,532			7,090,318	22,387,532
Namíbia	26,082,802	105,319,841	904,969	1,532,603	3,719,354	6,304,577			30,707,125	113,157,021

País (Em \$EU)	VIH/SIDA		Tuberculose		Malária		VIH/TB		Grand Total	
	Acima de 2 Anos	Acima de 5 Anos	Acima de 2 Anos	Acima de 5 Anos	Acima de 2 Anos	Acima de 5 Anos	Acima de 2 Anos	Acima de 5 Anos	Acima de 2 Anos	Acima de 5 Anos
Níger	8,475,297	11,968,331			4,815,109	5,886,835			13,290,406	17,855,166
Nigéria	28,168,386	70,891,576			17,828,808	44,314,691			45,997,194	115,206,267
República Centro Africana	8,198,921	25,090,588							8,198,921	25,090,588
República Democrática do Congo	34,799,786	113,646,453	6,408,741	7,973,002	24,966,676	53,936,609			66,175,203	175,556,064
Ruanda	14,890,735	56,676,465			13,045,301	17,676,240	8,409,268	14,641,046	36,345,304	88,993,751
Senegal	6,000,000	11,714,285			4,285,714	7,142,857			10,285,714	18,857,142
Sierra Leone			2,569,103	5,698,557					2,569,103	5,698,557
Somália			5,601,215	13,825,35	8,890,497	12,886,413			14,491,712	26,711,764
Sudão	7,842,140	20,781,000	5,842,932	15,252,236	27,093,343	61,067,498			40,778,415	97,100,734
Suazilândia	29,633,300	54,872,400	1,348,400	2,507,000	978,000	1,864,500			31,959,700	59,243,900
Tanzania	5,400,000	5,400,000			11,959,076	19,827,716	23,951,034	86,987,868	41,310,110	112,215,584
Tanzania/ Zanzibar	1,116,000	2,302,922	959,482	1,699,867	781,220	1,153,080			2,856,702	5,155,869
Togo	14,185,638	19,882,903	1,752,982	2,617,655	3,479,336	5,885,906			19,417,956	28,386,464
Uganda	106,672,524	170,444,124	4,692,021	5,713,081	23,211,300	35,783,000			134,575,845	211,940,205
Zâmbia	42,298,000	92,847,000	14,755,256	46,682,000	17,891,800	39,274,000			74,945,056	180,803,000
Zimbabwe	10,300,000	14,100,000			6,716,250	8,877,500			17,016,250	22,977,500

Parcerias

19. O papel das parcerias é indicado pelos programas implementados pelas organizações internacionais bem como os fundos que as mesmas contribuem para o FGSTM e para as actividades relacionadas ao SIDA em África (Vide a tabela abixo).

Despesas projectadas para 2003 pelos países industrializados para o SIDA		
País	Orçamentado em \$EU	Desembolsos Projectados em \$EU
EUA	838.3	576.8
RU (Reino Unido)	408	452.1
Alemanha	133.7	107.1
Japão	95	85
Canada	93.8	66.3
CE	93.2	65
Países Baixos	82	65
Noruega	50.8	50.8
Irlanda	44.9	40
Austrália	39	39
Itália	36.4	25.0
França	36.3	25.0
Outros	49.5	40
Total	2,000.9	1,637.1
Todos os dados estão em milhões de Dólares *Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlândia, Grécia, Luxemburgo, Nova Zelândia, Portugal, Espanha, Suécia e Suíça. Fonte: UNAIDS		

20. Outro bom exemplo de parceria para a África é “*Multi-Country AIDS Programme (MAP) for África*”¹⁰. O MAP concede subvenções e é flexível, para além de apoiar todos os dos Programas nacionais de SIDA, incluindo a prevenção básica através de terapia anti-retroviral e mitigação do impacto. O MAP coloca ênfase especial nas organizações da sociedade civil e comunitárias para a implementação dos seus programas. O MAP também ajuda os países a fortalecer a sua capacidade na implementação, gestão financeira, acompanhamento e avaliação. Actualmente o MAP apoia 23 países Africanos.

21. A tabela que se segue ilustra a comparação dos desembolsos do Banco Mundial e do FGSTM.

¹⁰ Programa Multinacional de SIDA para África

**MAP (Banco Mundial) e Subvenções do Fundo Global
até Finais de Julho de 2003 (em \$EU)**

País	MAP	Fundo Global (Anos 1 e 2)
Benin	\$23 milhões	\$11.3 milhões
Botswana		\$18.6 milhões
Burkina Faso	\$22 milhões	\$7.3 milhões
Burundi	\$36 milhões	\$4.9 milhões
Camarões	\$50 milhões	
Cabo Verde	\$9 milhões	
República Centro Africana	\$17 milhões	\$8.2 milhões
Cote d'Ivoire		\$26.9 milhões
Eritrea	\$40 milhões	
Etiópia	\$59.7 milhões	\$55.4 milhões
Gâmbia	\$15 milhões	
Gana	\$ 25 milhões	\$2.8 milhões
Guiné	\$20.3 milhões	\$4.8 milhões
Quênia	\$50 milhões	\$39.6 milhões
Lesoto		\$10.6 milhões
Libéria		\$7.7 milhões
Madagáscar	\$20 milhões	\$3.7 milhões
Malawi		\$58.7 milhões
Mauritania	\$21 milhões	
Moçambique	\$55 milhões	\$29.7 milhões
Namíbia		\$26.1 milhões
Niger	\$25 milhões	
Nigéria	\$90.3 milhões	\$28.2 milhões
Ruanda	\$30.5 milhões	\$8.1 milhões
Senegal	\$30 milhões	\$6 milhões
Sierra Leone	\$15 milhões	
África de Sul		\$60 milhões
Suazilândia		\$29.6 milhões
Togo		\$14.2 milhões
Uganda	\$47.5 milhões	\$36.3 milhões
República Unida Tanzania	\$70 milhões	\$6.5 milhões
Zâmbia	\$42 milhões	\$42.3 milhões
Zimbabwe		\$10.3 milhões
TOTAL	\$813.3 Milhões	\$557.6 Milhões
Todos números estão arredondados para o próximo a 100,000\$EU Fonte: Banco Mundial e Fundo Global		

Acesso a cuidados e Tratamento

22. Em África há uma crescente noção da delicadeza da situação das pessoas que padecem de VIH, por conseguinte, há um maior compromisso no sentido de garantir que tenham acesso a terapia anti-retroviral, de qualidade controlada, que lhes possa salvar a vida. É por isso que vários países deram passos no sentido de garantir que o público tenha acesso a tratamento anti-retroviral, e outros países tem planos de promover a acessibilidade. A estratégia “3 até 5”¹¹ da OMS, que pretende ter 3 milhões de pessoas recebendo tratamento antiretroviral até 2005, deve ter o apoio de todos.

Cobertura de tratamento Antiretroviral em países seleccionados em África

Países	% de adultos com infecção avançada de VIH a receber tratamento
Uganda	7
Swazilândia	3
Quênia	4
Nigéria	2
Mali	3
Malawi	2
Gana	2
Gâmbia	6
Guiné Equatorial	7
Djibouti	2
Cote d'Ivoire	3
Camarões	2
Burundi	3
Burkina Faso	2
Botswana	8
Benin	3
Maurícias	100 (2003)
Seychelles	68.8 (2003)
Dados da UNOSIDA (a esta altura podem ter mudado)	

¹¹ A estratégia “3 by 5” é da OMS, e visa garantir que haja 3 milhões de pessoas beneficiando de tratamento anti-retroviral até 2005.

Prevenção

23. Uma vez que ainda não existe uma vacina efectiva contra a infecção do VIH nem uma cura provada para o SIDA, a prevenção continua sendo o método mais seguro para combater o progresso da infecção do VIH. Porém, o facto de estarem a ocorrer novas infecções dia após dia implica que as estratégias para a prevenção ainda são fracas e devem ser fortalecidas em todos os níveis da sociedade. Tais estratégias deviam ser harmonizadas para garantir que todos tenham acesso a pacotes acessíveis de intervenções preventivas numa localidade. A este respeito, deviam ser promovidas campanhas de Informação, Educação e Comunicação sobre intervenções de prevenção, que possam estar acessíveis para adolescentes e crianças, cuja maioria está ainda livre da infecção.

Investigação

24. Esta área em África está geralmente subdesenvolvida e carece de atenção urgente, especialmente a medicina tradicional, pois esta é acessível e menos onerosa.

PARCERIA PARA FAZER RECUAR A MALÁRIA

25. A Malária sempre foi e ainda é um obstáculo para o desenvolvimento socio-económico em África. Segundo a OMS, estima-se que a malária custe 12 biliões de dólares em perdas anuais do PIB de África; apesar da doença poder ser controlada com o investimento de uma fracção desse montante, pois é evitável e curável. A malária é a causa principal de mortalidade de crianças abaixo dos cinco anos, chegando a atingir os 20%, e constitui 10% de todo o volume de doenças. Em termos de custos, representa 40% das despesas; 30-50% das admissões de pacientes e cerca de 50% dos pacientes que recebem tratamento como externos em áreas com uma taxa elevada de transmissões. Talvez o maior risco da malária em África seja o facto dela causar perda de vida, perda de produtividade; o que tem implicações negativas na educação e no desenvolvimento social das crianças, através do absentismo e abalos neurológicos permanentes ou de outra natureza associados a episódios severos da doença. Em síntese, a malária causa mais de 270 milhões de episódios de doença aguda e mais de 900.000 mortes anualmente no continente (dados da OMS). Para controlar a malária, que estava em franco crescimento, foi criada a parceria *Roll Back Malária* (fazer recuar a malária), em 1998.

26. A Cimeira de Abuja, subordinada ao tema *Roll-Back Malaria* (2000), comprometeu-se a dar passos efectivos contra a malária. Os Chefes de Estado e de Governo decidiram que pelo menos 60% dos que correm o risco de contrair a malária, com particular atenção para as mulheres grávidas e crianças abaixo dos cinco anos, beneficiem de combinações protectivas mais adequadas, quer a nível pessoal, quer a nível comunitário, como por exemplo as redes mosquiteiras tratadas com insecticidas e outros materiais para evitar a infecção e o subsequente sofrimento. Para tal, os líderes de África comprometeram-se a reduzir ou eliminar os impostos e tarifas ora aplicadas para as redes mosquiteiras, maláricos, insecticidas, medicamentos para a malária e outros bens e serviços necessários no âmbito da estratégia de controle da Malária. Para o efeito, apenas os países abaixo delineados materializaram o compromisso que assumiram: **Benin, Burundi, Camarões, Cote d'Ivoire, Gambia, Gana, Quénia, Libéria, Mali, Moçambique, Namibia, Nigéria, Senegal, Sudão, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe. Tanzania foi para além do compromisso assumido, sendo hoje líder na produção de RTIs e na Investigação na área da Malária.**

27. Deve ser adoptada uma abordagem integrada que envolva muitos sectores e as comunidades para controlar o vector (mosquito), proteger indivíduos da infecção e instituir tratamento imediato e adequado. Isto compraz Sistemas Viáveis de Saúde, munir as comunidades e famílias de conhecimentos e meios para cuidarem de si. O meio ambiente também deve ser protegido, pois as mudanças nos ecossistemas resultam na propagação da malária para áreas ora isentas dela. A mesma infraestrutura deve ser usada para controlar todas estas doenças.

TUBERCULOSE (TB)

28. A África tem uma taxa de prevalência de Tuberculose estimada em 384 casos por 100,000 pessoas. O VIH é a o mais comum factor de risco para a reactivação da Tuberculose latente. Assim sendo, nos países com maior taxa de prevalência de infecções de VIH, 20 - 50% das pessoas infectadas pelo VIH eventualmente contraem Tuberculose relacionada ao VIH. Os países severamente afectados pelo VIH registaram um aumento de casos de Tuberculose na última década. A este respeito, a OMS, em colaboração com parceiros e Ministérios da Saúde dos Estados Membros enveredaram pela expansão do Tratamento Directamente Observado (TDO)¹² (Intensivo) para os países, em conformidade com a incidência da Tuberculose e a dimensão da população:

¹² DOT - Directly Observed Treatment

- (i) **Países que estão a implementar a Estratégia de TDO em menos de 10% do total da população**
África do Sul, Angola, Camarões, Egipto, Eritrea, Etiópia, Gana, Mali, Mauritania, Nigéria, RDC, Somália, Sudão e Zimbabwe.
- (ii) **Países que estão a implementar a Estratégia de TDO em mais de 90% do total da população**
Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Chade, Djibouti, Guiné, Líbia, Malawi, Maurícias, Namíbia, Quênia, Ruanda, Senegal, Tunísia, Uganda e Tanzania.
- (iii) **Países que não estão a implementar a Estratégia de TDO**
Cabo Verde, Comores, Guiné Equatorial, Gambia, Guiné Bissau, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Moçambique, Níger, Seychelles, Sierra Leone, Togo e Zâmbia.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

(a) **Abordagem Integrada**

29. As áreas prioritárias alistadas no âmbito da implementação das políticas e estratégias relativas ao VIH/SIDA também são aplicáveis para a Malária, Tuberculose e Outras Doenças Infecciosas Conexas, uma vez que a sua implementação é feita pelos mesmos Sistemas de Saúde. Sendo estas três doenças as maiores causas de mortalidade e morbidade em África, devem ser abordadas em conjunto. Apesar dos diversos esforços em curso, é preciso fazer muito mais se a renascença da África tiver que se materializar.

(b) **Parceria Internacional Contra o Sida em África (IPAA)¹³**

30. A IPAA foi criada em 1999, por uma coligação de actores que incluíam Governos Africanos, Sociedade Civil Africana e internacional, o Sistema das Nações Unidas, Doadores, Fundações e o Sector Privado. O seu objectivo era trabalhar em colaboração rumo a uma visão e objectivos comuns, assentes num conjunto de princípios mutuamente acordados e com um conjunto de pontos que marcariam a mudança da situação. Para o efeito, a Declaração de Abuja sobre o VIH/SIDA, Tuberculose e outras Doenças Infecciosas Conexas propõe a harmonização de programas e o uso racional de recursos através de parcerias nacionais e internacionais. Isto implica que a IPAA não deve ser definida com base nas Nações, contrariamente às Agências Internacionais. Antes pelo contrário, a parceria devia estender-se para as comunidades em qualquer um dos países através de uma continuidade de estratégias, entendidas por todos os intervenientes. Neste contexto, as parcerias devem

¹³ International Partnership Against Aids in Africa

incluir um pacote de intervenções relacionadas às maiores pandemias - VIH/SIDA, TB, Malária e outras doenças infecciosas conexas. A materialização e sustentabilidade de tais parcerias devia constituir a base da reforma dos sistemas de saúde nos países Africanos. Os vários actores devem coordenar a sua intervenção através do Princípio “Três Uns”¹⁴ já referido.

(c) **Assuntos Críticos**

31. Os assuntos críticos notados incluem:

- Recursos humanos e capacidade técnica limitados;
- Sistemas de Saúde subdesenvolvidos;
- Estigma e Discriminação;
- Descentralização e incremento;
- Acesso a prevenção e tratamento;
- Desigualdade de género
- Pobreza, conflitos e fome
- Harmonização do apoio dos doadores
- Desenvolvimento da coordenação e parcerias
- Quanto ao acompanhamento e prestação de relatórios:
Comunicação limitada entre a Comissão da UA e os Ministérios de Saúde, sendo os Ministérios de Negócios Estrangeiros o Principal Canal.

VIGILÂNCIA DO SIDA EM ÁFRICA - VSA (AWA)¹⁵

32. A Nível dos Chefes de Estado e de Governo, o acompanhamento da implementação é Coordenada pelo grupo de Vigilância do Sida em África, que congrega oito (8) Chefes de Estado, encabeçado por S. Excia. o Sr. Presidente Olosegun Obasanjo da Nigéria. A este respeito, espera-se que seja submetido um relatório de Progresso à Cimeira. No âmbito da Estratégia de Saúde da NEPAD, foi proposto que a VSA fosse expandida de modo a incluir mais Estados Membros das cinco regiões do Continente, especialmente os que tem uma maior taxa de prevalência do VIH/SIDA.

RECOMENDAÇÕES

33. As recomendações que se seguem foram propostas pelos Ministros de Saúde:

¹⁴ O Princípio “Three Ones”: É uma recomendação da UNOSIDA para os Estados Membros. Ela propõe a adopção de:

- Um Quadro de Acção de Consenso na Área do VIH/SIDA
- Uma Entidade Nacional Responsável pela área do SIDA
- Um Mecanismo de Acompanhamento e Avaliação de âmbito Nacional

¹⁵ Aids Watch Africa

I. A Nível de Estados Membros:

- (i) Fortalecer as parcerias, elaborar estratégias adequadas e coordenar programas no âmbito do princípio “Três Uns” conforme o proposto pela UNOSIDA e outros parceiros, i.e. Um Plano de Acção para os Parceiros de Coordenação, Uma Entidade Nacional responsável pela área do SIDA, com um mandato de base multisectorial ampla e um mecanismo de acompanhamento e avaliação de âmbito nacional.
- (ii) Devem ser envidados mais esforços com vista a mobilizar recursos (adicionais) a nível nacional; para o control do VIH/SIDA, Tuberculose e Malária, especialmente no que respeita aos medicamentos essenciais. O financiamento externo deve ser angariado como fonte complementar.
- (iii) As propostas submetidas ao Fundo Global devem ser elaboradas com a devida atenção para evitar demoras desnecessárias no seu processamento e, as propostas submetidas pelas organizações da sociedade civil devem ser analisadas junto das do Governo. Os fundos adquiridos devem ser usados racionalmente, em conformidade com o planificado e orçamentado.
- (iv) O desenvolvimento e manutenção dos sistemas de saúde deve ser o ponto forte da promoção do control de doenças. Para o efeito, foi vincada a necessidade de adopção de uma abordagem integrada para o control de doenças, uma vez que a mesma infraestrutura, ex. imunização pode ser usada para outras áreas.
- (v) Mesmo se os medicamentos forem disponibilizados, especialmente anti-retrovirais, os países devem planificar a aquisição ou o aprovisionamento de quantidades suficientes; que possam usar depois de expirar a estratégia “3 até 5 da OMS” ou quaisquer outras iniciativas.
- (vi) A prevenção e o papel crucial da nutrição continuam relevantes no control do VIH/SIDA, Tuberculose e Malária, por conseguinte, devem merecer a devida atenção. A este respeito, é necessário fortalecer a informação, educação e comunicação.
- (vii) Foi encorajado que se embarcasse na investigação, incluindo a área de medicina tradicional;
- (viii) Os países foram exortados a respeitar os direitos humanos das pessoas infectadas e afectadas pelo VIH/SIDA e a combater o estigma e a discriminação.
- (ix) Foi encorajada a comunicação e interacção com outros ministérios.

II. A Nível das Comunidades Económicas Regionais (CERs):

- (i) Deve se promover a cooperação e integração regional, sobretudo no que respeita ao acesso a medicamentos essenciais e a investigação.
- (ii) Devem ser estabelecidos Centros Regionais de Excelência
- (iii) As CERs devem ser encorajadas a trabalhar, com a Comissão da UA.

III. A nível da Comissão da UA (CUA):

- (i) Os Programas da CUA devem dar maior ênfase ao melhoramento da qualidade de vida do povo e a mobilização dos líderes Africanos para entenderem esta realidade.
- (ii) A Comissária dos Assuntos Sociais deve estabelecer laços directos com os Ministérios de Saúde e identificar Pessoas de contacto ("*Focal Points*"), com vista a facilitar o contacto rápido sempre que necessário. Esse processo deve ser complementar e não substituto do contacto através dos Ministérios dos Negócios Estrangeiros.
- (iii) A CUA deve tomar providências para elaborar um relatório minucioso do progresso feito na implementação das Declarações, em formato de matriz. O projecto do relatório deve ser circulado pelos estados membros para que eles possam dar o seu contributo.
- (iv) É necessário fortalecer a capacidade no seio da CUA.
- (v) A interacção entre a CUA e a OMS deve ser fortalecida, e deve haver maior participação da Comissão da UA nas reuniões Decisivas da OMS - AFRO.
- (vi) A CUA deve rever as Declarações e Decisões anteriores, avaliar o ponto de situação da sua implementação e propor passos futuros que sejam eficazes.

IV. A Nível da Comunidade Internacional:

- (i) Mobilizar recursos adicionais numa base sólida para apoiar os programas do Fundo Global e Programas Nacionais.
- (ii) Prestar apoio técnico e dar directrizes para todos os países, incluindo os que não carecem de apoio financeiro.
- (iii) Apoiar a estratégia "3 até 5" da OMS para promover o acesso a anti-retrovirais.

- (iv) Os actores da Comunidade Internacional devem planificar a resposta às necessidades dos países, ao invés de trazer pacotes já elaborados; devem também proceder a harmonização das suas actividades.
- (v) O Fundo Global deve simplificar o processo de concessão dos fundos que coordena, aos países que deles precisem.

- A Declaração dos Ministros Africanos da Saúde está anexa a este Relatório.

2004

Progress report on the implementation of the Maputo declaration on malaria, HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious disease (Orid)

African Union

African Union

<http://archives.au.int/handle/123456789/4399>

Downloaded from African Union Common Repository