

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

---

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone +251115-517700 Fax : +251115-517844  
Website : [www.africa-union.org](http://www.africa-union.org)

---

**CONFERÊNCIA DA UNIÃO AFRICANA  
DÉCIMA-PRIMEIRA SESSÃO ORDINÁRIA  
30 DE JUNHO A 1 DE JULHO DE 2008  
SHARM-EL-SHEIKH – EGÍPTO**

**Assembly/AU/4 (XI)  
Anexo I**

**RELATÓRIO DE PROGRESSO SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DOS  
COMPROMISSOS DE MAIO DE 2006  
CIMEIRA ESPECIAL DE ABUJA SOBRE  
VIH/SIDA, TUBERCULOSE E MALÁRIA (ATM)**

**ANEXO I**

**RELATÓRIO SOBRE A SITUAÇÃO DO VIH/SIDA EM ÁFRICA**

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

---

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone +251115-517700 Fax : +251115-517844  
Website : [www.africa-union.org](http://www.africa-union.org)

---

**SESSÃO ESPECIAL DA CONFERÊNCIA  
DOS MINISTROS DA SAÚDE DA UA (CAMH)  
17 DE MAIO DE 2008  
GENEBRA, SUÍÇA**

**MIN/Sp/AU/CAMH3/6 HIV/AIDS**

**RELATÓRIO DE PROGRESSO SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DOS  
COMPROMISSOS DE MAIO DE 2006  
CIMEIRA ESPECIAL DE ABUJA SOBRE  
VIH/SIDA, TUBERCULOSE E MALÁRIA (ATM)**

**ANEXO I**

**RELATÓRIO SOBRE A SITUAÇÃO DO VIH/SIDA EM ÁFRICA**

## ÍNDICE

<b>Tópico</b>	<b>Página</b>
Sumário Executivo	1-3
Historial	3
Introdução	3
Objectivo	4
Métodos	5
Constatações	5-6
Liderança, Parcerias, Mobilização de Recursos	5-6
Fortalecendo os Sistemas de Saúde	6-9
Expandindo os Serviços Prioritários	
• Testagem e Aconselhamento sobre HIV	9-11
• Prevenção da Transmissão Vertical (PMTCT)	11-13
• Cuidados e Tratamento	13-14
• Acesso aos Medicamentos Acessíveis e Tratamento	14-16
• Monitoria, Avaliação e Relatórios	16-17
Conclusão	17
Caminho a seguir	18
Anexos	19-22

## SUMÁRIO EXECUTIVO

Na sua Cimeira Especial de Maio de 2006, os Chefes de Estado e de Governos recomendaram aos seus países para que acelerem a implementação das Declarações de Abuja de 2000 e 2001 e os Planos de Acção sobre VIH/SIDA, TB e Malária. As suas deliberações deram enfoque na aceleração da acção sobre os serviços universais do VIH/SIDA, TB e Malária até 2010. É necessário que relatórios regulares de progresso sejam apresentados aos Órgãos da UA e à Assembleia Geral das NU sobre a situação da implementação dos compromissos.

O relatório cobre as principais intervenções prioritárias levadas a cabo pelos Estados Membros, tais como política sobre o programa e a gestão, advocacia, testagem e aconselhamento sobre o VIH (HTC), prevenção da transmissão vertical (PMTCT), e acesso à terapia anti-retroviral (ART).

A principal fonte de dados para este relatório (secção sobre o VIH) são os relatórios dos países baseados no quadro da OMS sobre a monitoria da resposta do sector da saúde ao Acesso Universal à prevenção do VIH, cuidados e tratamento, bem como os relatórios da UNUSIDA e outros. Estes relatórios estão também baseados no relatório de progresso sobre a implementação da Declaração Política da Sessão Especial da Assembleia Geral das NU de 2006 e da Reunião de Alto Nível sobre o VIH/SIDA.

### **Constatações:**

As seguintes constatações foram registadas durante o período em análise:

- i. Nos últimos anos, as organizações bilaterais e multilaterais aumentaram o seu apoio ao VIH. O Fundo Global de Combate ao Sida, Tuberculose e Malária providencia actualmente 20% do total do financiamento ao VIH/SIDA. O índice de sucesso da Ronda 7 das propostas para o VIH é de cerca de 60% (10 de um total de 17).
- ii. Dos 35 países que responderam, 31 (90%), 28 (80%), e 21 (60%) confirmaram ter política ou directrizes sobre ART, PMTCT, e HTC—respectivamente.
- iii. Quase dois terços (63%) dos países confirmaram ter definido metas nacionais para HTC, PMTCT, e ART. Mais de três quartos (77%), definiram metas para PMTCT, enquanto 70% (24 países) definiram metas para HTC e ART
- iv. Dos 35 países que reportaram, 18 (46%) têm uma política que permite ter funcionários de saúde de nível mais baixo—um formado—para

prestar serviços do segundo nível, tais como gestão de pacientes sofrendo de VIH e SIDA

- v. Entre os 35 países da região de África, uma em cada cinco unidades sanitária presta serviços de HTC—variando de menos do que 1% na Libéria para 100% no Botswana
- vi. Em 2007, mais de 470,000 mulheres seropositivas receberam ARVs para efeitos de prevenção da transmissão vertical (PMTCT) — mais de 50% de aumento em relação aos dados de 2006, ligeiramente superior a 300,000.
- vii. Em 2007, mais de 2.1 milhões de pessoas receberam ARV nos países desta região. Isto representa um aumento de 60% em apenas um ano — uma vez que 1.3 milhões de pessoas receberam TARV em 2006
- viii. Entre os 35 que reportaram, 7 (20%) experimentaram a rotura de stocks de ARVs parcialmente ou em todas as unidades que prestam TARV
- ix. Dos 35 países que apresentaram o formulário de prestação de relatório sobre o Acesso Universal (UA), 80% implementam a vigilância ANC utilizando a 2ª geração do protocolo de vigilância sobre VIH recomendado pela OMS

Em conclusão, os países da Região Africana da OMS deram passos gigantescos na direcção do Acesso Universal à prevenção do VIH, cuidados e tratamento. Entre os feitos documentados inclui-se: aumento do acesso ao TARV, PMTCT e HTC.

No concernente aos Países Africanos da Região do Mediterrâneo Oriental da OMS, os números gerais de casos de VIH reportados continuam reduzidos, a excepção do Sudão, embora tais números estejam a aumentar lentamente, parcialmente devido aos esforços crescentes de tetagem. O acesso à prevenção, tratamento, cuidados e apoio tende a ser mais facilmente disponível, a excepção dos países em circunstâncias especiais, tais como conflitos.

Caminho a seguir:

Como caminho a seguir, as seguintes recomendações são feitas:

- A cobertura HTC é relativamente baixa—comparada com o TAR e a PMTCT. A testagem e aconselhamento iniciado pelo provedor (PITC) deve ser expandida a todas as unidades públicas de saúde de cada país;

- Os países não devem perder o ritmo da expansão da prevenção, PMTCT e do TARV e devem continuar ou mesmo aumentar o nível dos esforços até que as metas do Acesso Universal sejam totalmente alcançadas;
- O diagnóstico, cuidados & tratamento de crianças infectadas deve ser expandido;
- O investimento e o fortalecimento de informação estratégica devem ser feitos, particularmente em métodos de entendimento das dinâmicas específicas da pandemia do país e suas formas de transmissão;
- Mesmo os países com baixos índices de prevalência ou onde se tenha registado sucesso, deviam evitar a complacência;
- Os Estados Membros são instados a fazer a monitoria da implementação e a apresentarem os relatórios regularmente;
- Os parceiros ao nível nacional, regional e internacional devem manter o seu apoio técnico e financeiro, bem como continuarem a fazer a advocacia

## **1. HISTORIAL**

Em Abril de 2001, os líderes Africanos reuniram-se em Abuja para debater o desafio colocado pelo VIH/SIDA, Tuberculose e outras doenças infecciosas relacionadas. O objectivo principal da declaração era de parar e reverter o índice assustador com estas doenças prioritárias estão a ofuscar os avanços feitos no combate a estas doenças transmissíveis no continente. Eles adoptaram a Declaração de Abuja e o Quadro de Acção, tendo declarado o VIH/SIDA como uma emergência e ameaça à segurança. A Declaração de Abuja e o Quadro de Acção foi a contribuição de África para a Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas de 2001 (UNGASS) sobre o VIH/SIDA.

Em Maio de 2006, os Chefes de Estado e de Governos, mais uma vez, realizaram uma Cimeira Especial sobre o VIH/SIDA, TB e Malária destinada a rever a situação da implementação dos seus compromissos anteriores sobre estas doenças. Eles procederam a revisão do relatório sobre a situação continental da implementação dos Planos de Acção de Abuja e adoptaram os compromissos para promover o Acesso Universal aos Serviços de VIH/SIDA, TB e Malária até 2010. Os líderes Africanos destacaram o Quadro de Acção, que solicitou a implementação e a prestação de relatórios sobre as seguintes 12 áreas prioritárias:

- Liderança

- Mobilização de Recursos
- Parceria
- Ambiente Favorável e Protecção dos Direitos Humanos
- Informação, Educação e Comunicação
- Pobreza, Saúde e desenvolvimento
- Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
- Prevenção
- Acesso aos Cuidados e ao Apoio
- Acesso às Drogas e tecnologias Acessíveis
- Pesquisa e Desenvolvimento
- Monitoria e Avaliação

Os Líderes solicitaram igualmente a apresentação dos relatórios de progresso sobre os compromissos, esperados para 2008 e 2010.

## 2. INTRODUÇÃO

Em Dezembro de 2007, a ONUSIDA e a OMS estimavam em mais de 33 milhões de pessoas vivendo com VIH em todo o mundo—das quais cerca de dois terços vivem em países ao Sul do Sahara. Para além disso, cerca de 2,5 milhões de pessoas foram infectadas em 2007, e 2.1 milhões de pessoas morreram de SIDA.<sup>1</sup> Os números, embora lentamente, têm vindo a crescer nos países do norte de África.

Em 2001, as Nações Unidas realizaram uma sessão especial sobre o VIH/SIDA (UNGASS) e acordaram num conjunto de metas globais em resposta à ameaça pública crescente contra todas as nações, particularmente nos países<sup>2</sup> de rendimento médio e baixo. Em 2006, na 2ª Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA, os líderes mundiais comprometeram as suas nações a trabalharem no sentido de se alcançar o objectivo do “acesso universal” para a prevenção, cuidados, tratamento e apoio abrangentes “até 2010.”<sup>3</sup> Este compromisso, e outros como as declarações de Abuja, complementam os Objectivos do Desenvolvimento do Milénio das NU, que definem as metas de redução da mortalidade infantil, melhoria da saúde materna e combate ao VIH/SIDA, malária e outras doenças principais até 2015<sup>4</sup>.

Embora a África, especialmente os países do sul de Sahara pareçam estar atrás em grande parte das metas globais, o aumento dos compromissos globais e nacionais, bem como os investimentos financeiros no combate ao VIH/SIDA tenham produzido progressos tangíveis que possam motivar os políticos e os

---

<sup>1</sup>Actualização da Pandemia do SIDA em 2007, Genebra, ONUSIDA/OMS, Dezembro de 2007.

<sup>2</sup>Sessão Especial da Assembleia das nações Unidas sobre o HIV/SIDA, 25-27 de Junho de 2001. Declaração de Compromisso sobre o HIV/SIDA.

<sup>3</sup>Sexta Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas. Declaração Política sobre o VIH/SIDA. (Documento 60/262 da Assembleia Geral das NU). 15 de Junho de 2006.

<sup>4</sup><http://www.un.org/millenniumgoals/> acedido a 25 de Março de 2008.

trabalhadores públicos da saúde a acelerarem os seus esforços para o alcance das metas e objectivos acima referidos. Um número rapidamente crescente de pessoas tem acesso à prevenção, cuidados e outras intervenções relacionadas com o VIH. Dados disponíveis indicam que em África, o acesso à Testagem e Aconselhamento sobre o HIV (HTC), Prevenção da Transmissão Vertical (PMTCT) e a terapia anti-retroviral (ART) têm vindo a crescer substancialmente. Mais ainda, há provas de que os programas de prevenção produzem dividendos uma vez que a mudança de comportamento e a redução da prevalência do VIH em alguns países que constituem a maior preocupação foram documentados nos últimos anos<sup>5</sup>.

## **2.1 OBJECTIVO**

O principal objectivo deste relatório de progresso é dar informe sobre o progresso feito pelos Estados Membros desde 2006 em relação ao Acesso Universal à prevenção, cuidados e tratamento do VIH. O relatório cobre as principais intervenções prioritárias, tais como política do programa e gestão, testagem e aconselhamento sobre o HIV (HTC), prevenção da transmissão vertical (PMTCT), e acesso à terapia anti-retroviral (TARV).

## **2.2 MÉTODOS**

A principal fonte de dados para este relatório (secção sobre VIH) são os relatórios dos países baseados nos quadros de monitoria da resposta do sector da saúde da OMS e da ONUSIDA para o Acesso Universal à prevenção, cuidados e tratamento do VIH. Dos 46 países na Região da OMS em África, 35 apresentaram um formulário padronizado de apresentação de relatório de monitoria da resposta do sector da saúde. Estes dados serão validados com outros mecanismos globais de prestação de relatório, tais como UNGASS. A fonte adicional de informação é o cartão de PMTCT (UNICEF/IATT)

O formulário de prestação de relatório da OMS é concebido para recolher 27 indicadores, que cobrem a disponibilidade, cobertura e resultado/impacto, das intervenções prioritárias sobre o VIH. Uma vez que um relatório global sobre a resposta do sector da saúde será lançado durante a Assembleia Mundial da Saúde em Maio de 2008, este relatório de progresso não analisará todos os indicadores, mas destacará os marcos importantes desde Maio de 2006 em relação às intervenções prioritárias sobre o VIH e SIDA.

## **3. CONSTATAÇÕES**

### **3.1 Liderança, Parcerias e Mobilização de Recursos**

Em relação à Resolução adoptada sobre AFR/RC55/R6, sob os auspícios da União Africana, os estados membros lançaram a campanha para acelerar a

---

<sup>5</sup> Actualização da Pandemia do HIV/SIDA em 2007. Genebra, ONUSIDA/OMS, Dezembro de 2007.



implementação das estratégias e intervenções sobre o VIH em Addis Ababa, em Abril de 2006. Consequentemente, os países responderam implementando um número de iniciativas, baseadas no seu contexto local. Esta iniciativa catalizou feitos importantes sobre a prevenção do VIH em muitos países da região. As intervenções que foram impulsionadas substancialmente por esta iniciativa são HTC e PMTCT.

Nos últimos anos, as organizações multilaterais aumentaram o seu apoio ao VIH. O Fundo Global de Combate ao SIDA, Tuberculose e Malária garante actualmente 20% do total do financiamento ao VIH/SIDA. O índice de sucesso da Ronda 7 das propostas sobre o VIH nesta região foi de cerca de 60% (10 de dos 17)—o que é considerado como sendo o melhor ano nesta região. Continuou a aumentar os donativos locados aos programas de prevenção, cuidados e tratamento nos últimos anos, e teve sucesso no cumprimento dos compromissos em relação ao aumento do investimento por parte dos países doadores em 2007.

Através de um donativo da CIDA de cerca de 30 milhões (de \$ Canadianos), a OMS 10 países com altos índices de prevalência do HIV na região no sentido de expandir os serviços de PMTCT prestados aos distritos seleccionados. Este donativo destina-se a complementar os esforços em curso tendentes a melhorar o acesso aos serviços de PMTCT dentro do contexto da família alargada da saúde.

Para além das parcerias globais, tais como GFATM e PEPFAR, várias parcerias pequenas surgem ao nível dos países. Um bom exemplo deste é a parceria UNITAID com os países Africanos para contribuir para o aumento do acesso ao tratamento do VIH/SIDA, malária e tuberculose através do aumento de drogas de qualidade e redução do preço do diagnóstico e aceleração do ritmo em que estes são disponibilizados aos pacientes quando estes os necessitam. Com a parceria UNITAID, os países parceiros têm o preço reduzido até 40% para a 1ª e 2ª linha de ARVs e facilidades de diagnóstico<sup>6</sup>.

Os Estados Unidos permanecem como o maior doador bilateral, contribuindo com mais do que metade do total da ajuda bilateral para o VIH desde 2006—principalmente através do Plano de Emergência do Presidente dos E.U. sobre Alívio do SIDA (PEPFAR). No início deste ano, o Congresso dos E.U. debateu e aprovou a re-autorização, com a possibilidade de mais do que o dobro dos fundos actuais durante os próximos cinco anos<sup>7</sup>. Outras principais fontes de financiamento bilateral incluem o Reino Unido, cuja contribuição no total representa 12%; e os Países Baixos, Alemanha, França, Suécia e Canadá, cujas contribuições representam, conjuntamente, outros 20% do total da contribuição dos membros da OECD DAC. Nos fins de 2006, um total de 5.56 milhões de US\$ foram utilizados, dos quais 3.9 milhões de US\$ foram desembolsados (bi-

---

<sup>6</sup> Sobre UNITAID. <http://www.unitaid.eu/en/UNITAID-budget.html>

<sup>7</sup> A Luta Global Contra o SIDA. Editorial. *The New York Times*. 29 de Fevereiro de 2008

laterais que totalizaram 76%, enquanto GFTATM representava 24.2% desses desembolsos)<sup>8</sup>

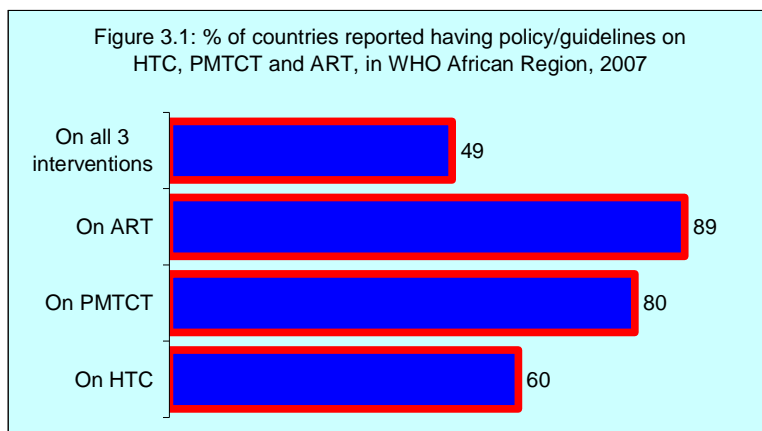
### 3.2 FORTALECENDO OS SISTEMAS DE SAÚDE

Como a maioria esmagadora dos serviços de VIH e SIDA são planificados e executados dentro do sector da saúde, os sistemas de saúde dos países com rendimento médio e baixo são sobrecarregados e ficam incapazes de suportar a sobrecarga adicional—a não ser que recursos adicionais sejam a eles locados. Com os serviços de prestação de cuidados e de tratamento do VIH e SIDA surge a alta de preços no fortalecimento da capacidade dos novos e onerosos instrumentos de diagnóstico, bem como os regimes de tratamento.

Os maiores intervenientes globais começam a ver a importância do fortalecimento dos sistemas de saúde dentro do contexto da abordagem do Acesso Universal. Por esta razão, os principais mecanismos globais de financiamento do VIH/SIDA, tais como GFATM e PEPFAR, encorajam os países com baixo/médio rendimentos a colocar no topo das suas agendas de saúde o fortalecimento dos sistemas de saúde.

#### 3.2.1 Política Nacional /Directrizes sobre as Intervenções Prioritárias do VIH

O acesso às intervenções de VIH, em primeiro lugar, requer a disponibilidade de políticas claras para orientar as abordagens a seguir e como prestar os serviços. Espera-se, normalmente, que todos os países tenham um documento adequado sobre a política, bem como directrizes apropriadas para os trabalhadores da

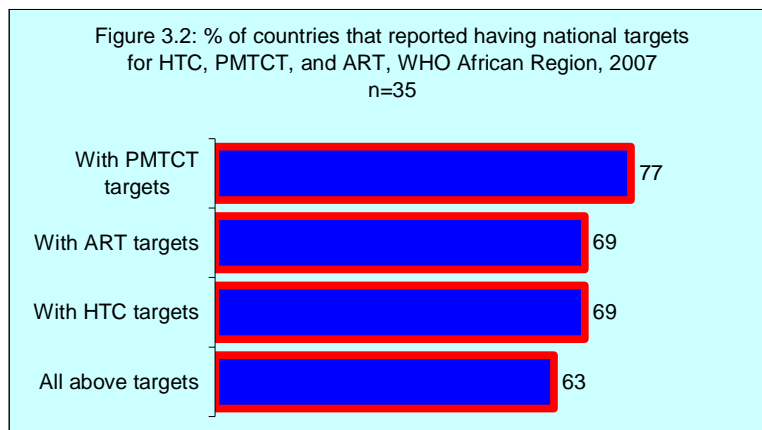


saúde utilizarem na prestação dos seus serviços. Dos 35 países que responderam, 31 (90%), 28 (80%), e 21 (60%) afirmaram ter política ou directrizes sobre o TARV, PMTCT e HTC—respectivamente. Apenas 17 países—quase metade—confirmaram dispor de tais documentos para todas as três intervenções (Figura 3.1)

<sup>8</sup> Recursos financeiros necessários para o alcance do acesso universal para a prevenção, tratamento, prestação de cuidados e apoio ao HIV. UNAIDS, Genebra: pg. 3 Informação adicional pode ser encontrada em: [http://data.unaids.org/pub/presentation/2007/20070605\\_unaids\\_kff\\_point\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/presentation/2007/20070605_unaids_kff_point_en.pdf)

### 3.2.2 Definição de Metas Nacionais para o Acesso Universal

Não existe nenhuma meta global para o Acesso universal na prevenção, prestação de cuidados e tratamento do VIH. Espera-se que cada país, com base nos seus recursos e no ambiente de trabalho, defina as suas metas em relação ao Acesso Universal à prevenção, prestação de cuidados e tratamento do VIH. A medida em que os países desenvolvem os seus planos estratégicos (PENs / NSPs), espera-se que os mesmos definam as metas nacionais para as intervenções prioritárias sobre o VIH.



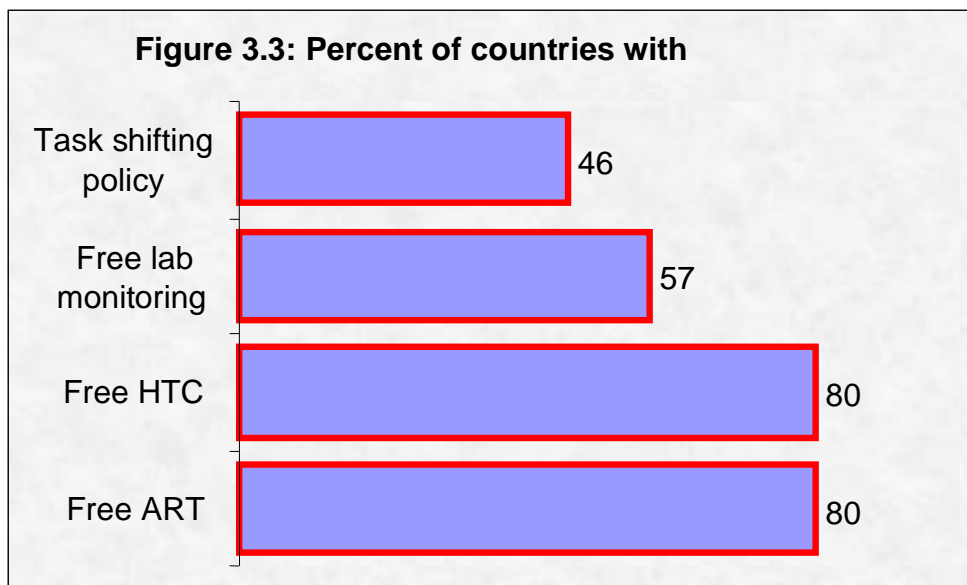
Quase dois terços (63%) dos países confirmaram ter definido as metas para HTC, PMTCT e TARV. Mais do que três quartos, (77%), definiram as suas metas nacionais sobre a PMTCT, enquanto 70% (24 países) definiram metas para HTC e TARV (Figura 3.2).

Entretanto, na Líbia e na Tunísia, a meta é de 34% para homens e mulheres infectados a receberem o TARV. Noutros países, for exemplo, Egípto, Somália e Sudão, o enfoque é sobre as mulheres grávidas e outras mulheres infectadas – a meta varia de 1.0% , no Sudão, para 7.3% no Egípto.

### 3.2.3 Política Nacional para a Mudança de Tarefa e Prestação de Cuidados Gratuitos sobre VIH e Serviços de Tratamento

Os constrangimentos em recursos humanos representam o principal desafio dos sistemas de saúde em grande parte dos países da região em termos de alcance das metas globais e nacionais sobre o Acesso Universal à prevenção, prestação de cuidados e tratamento do VIH. Em 2007, a OMS, em colaboração com os parceiros de desenvolvimento da saúde e com as autoridades nacionais, desenvolveu um plano para resolver os problemas da força de trabalho da saúde através de uma nova iniciativa, que é vulgarmente conhecida como “Tratar, Treinar, Reter” ou TTR, que está baseada em três princípios: I) Tratar os trabalhadores da saúde providenciando pacotes abrangentes de cuidados e tratamento; II) Treinar, incluindo a mudança de tarefa para cargos baixos de trabalhadores da saúde; III) Reter, através da melhoria do ambiente de trabalho, incentivos financeiros e não financeiros para motivar os trabalhadores da saúde a permanecerem no país e a servirem aqueles que mais precisam dos cuidados. A mudança de tarefa acontece quando os trabalhadores da saúde de escalão mais baixo são treinados e confiados tarefas, que são normalmente reservadas para os trabalhadores altamente qualificados, tais como os médicos.

Embora TTR seja um conceito novo, alguns dos seus elementos, tais como a mudança de tarefa, já estão operacionais num certo número de países da região. Dos 35 países que reportaram, 18 (46%) têm uma política que permite que os trabalhadores da saúde de escalão baixo—uma vez treinados—possam prestar serviços do segundo nível, tais como gestão de pacientes com VIH e SIDA (Figura 3.3).



Embora o custo dos serviços de prestação de cuidados e de tratamento do VIH sejam gradualmente aceitáveis, os mesmos serviços ainda estão além das possibilidades dos milhões de pobres infectados ou afectados pela pandemia. Como parte dos compromissos de Abuja e da UNGASS, os líderes Africanos resolveram levar a cabo estas intervenções gratuitas tendentes a salvar as vidas dos que não podem.

Cerca de um terço dos países que apresentaram os relatórios (57%) indicaram ter uma política nacional que oferece serviços grátis de monitoria laboratorial para os pacientes em TARV. Tais serviços incluem a contagem do CD4 ou carga viral, que, de outro modo, custa mais do que o tratamento.

Um número igual de países (28) reportaram ter uma política de testagem e aconselhamento sobre o VIH, bem como serviços grátis de TARV para os cidadãos. Noutros países, tais como o Sudão, um alto índice de rotatividade do pessoal limita a capacidade de satisfazer os requisitos a longo prazo da resposata da política. Na Tunísia, a ênfase é sobre informação, educação e comunicação como estratégia da política. Enquanto isto, no Egípto, as actividades relacionadas com o VIH foram integradas e iniciadas dentro dos programas dirigidos para as pessoas que são mais prováveis de estarem expostas ao VIH. Na Somália, a crise humanitarian continua, o conflito e as

emergências afectam directamente a sustentabilidade de qualquer política para uma resposta efectiva de longo prazo.

Tais qualidades de liderança são prováveis de encorajar um ambiente favorável à expansão dos serviços até chegar ao Acesso Universal.

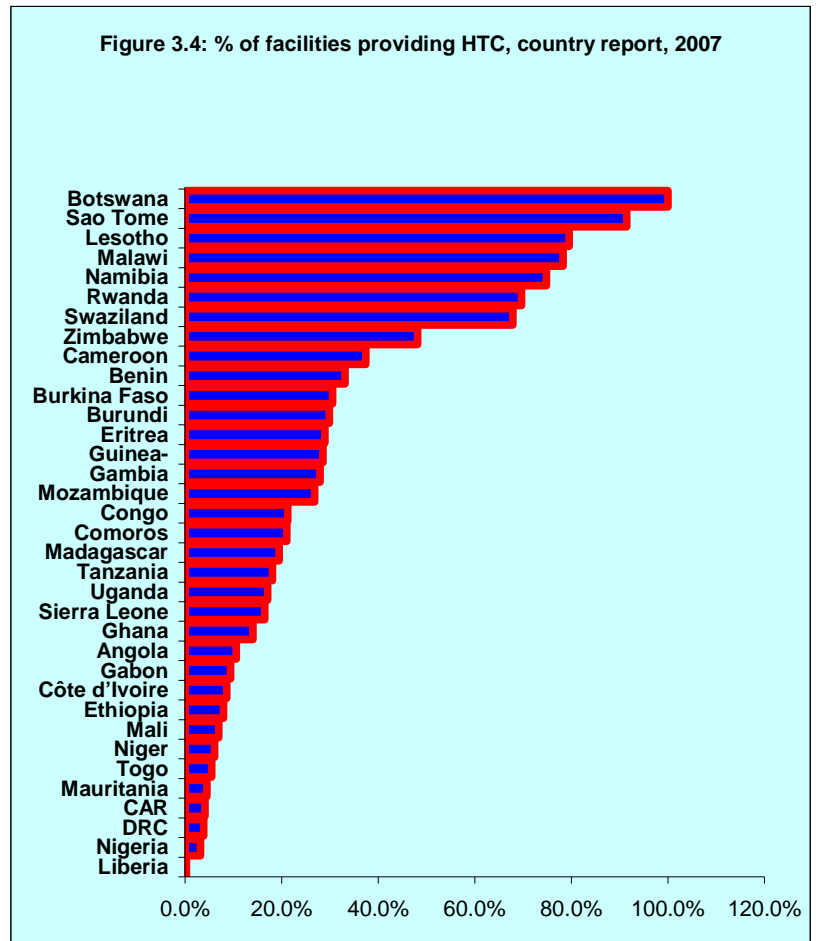
### 3.3 EXPANSÃO DOS SERVIÇOS PRIORITÁRIOS

A OMS orienta os países para desenvolver um pacote abrangente para atender as necessidades locais, incluindo como as diferentes intervenções podem ser integradas em vários modelos de prestação de services. O pacote é constituído por uma gama de serviços que são, normalmente, baseados em instalações sanitárias - e algumas vezes baseados na comunidade - de HTC para o tratamento de infecções oportunistas de controlo da infecção. Porém, este relatório cobre as três intervenções principais, que são: testagem e aconselhamento sobre o VIH, prevenção da transmissão vertical (PMTCT) e terapia anti-retroviral (ART).

#### 3.3.1 TESTAGEM E ACONSELHAMENTO SOBRE O VIH (HTC)

A expansão do acesso à testagem e aconselhamento sobre o VIH é a solução para a prestação de serviços de prevenção, cuidados e tratamento. Para os indivíduos infectados pelo VIH, a testagem do VIH é o primeiro passo a seguir na prestação de serviços de cuidados e tratamento. Por outro lado, para aqueles que não estão infectados pelo VIH, constitui uma oportunidade de ter instrumentos apropriados e informação para reduzir o risco de transmissão do VIH. Portanto, a testagem e aconselhamento sobre o VIH muito crítica para o alcance do acesso universal à prevenção, cuidados e tratamento do VIH.

Os países estão a implementar vários modelos de HTC, da testagem e aconselhamento voluntário tradicional (VCT) ao novo conceito de testagem e aconselhamento sobre VIH iniciados pelo provedor.



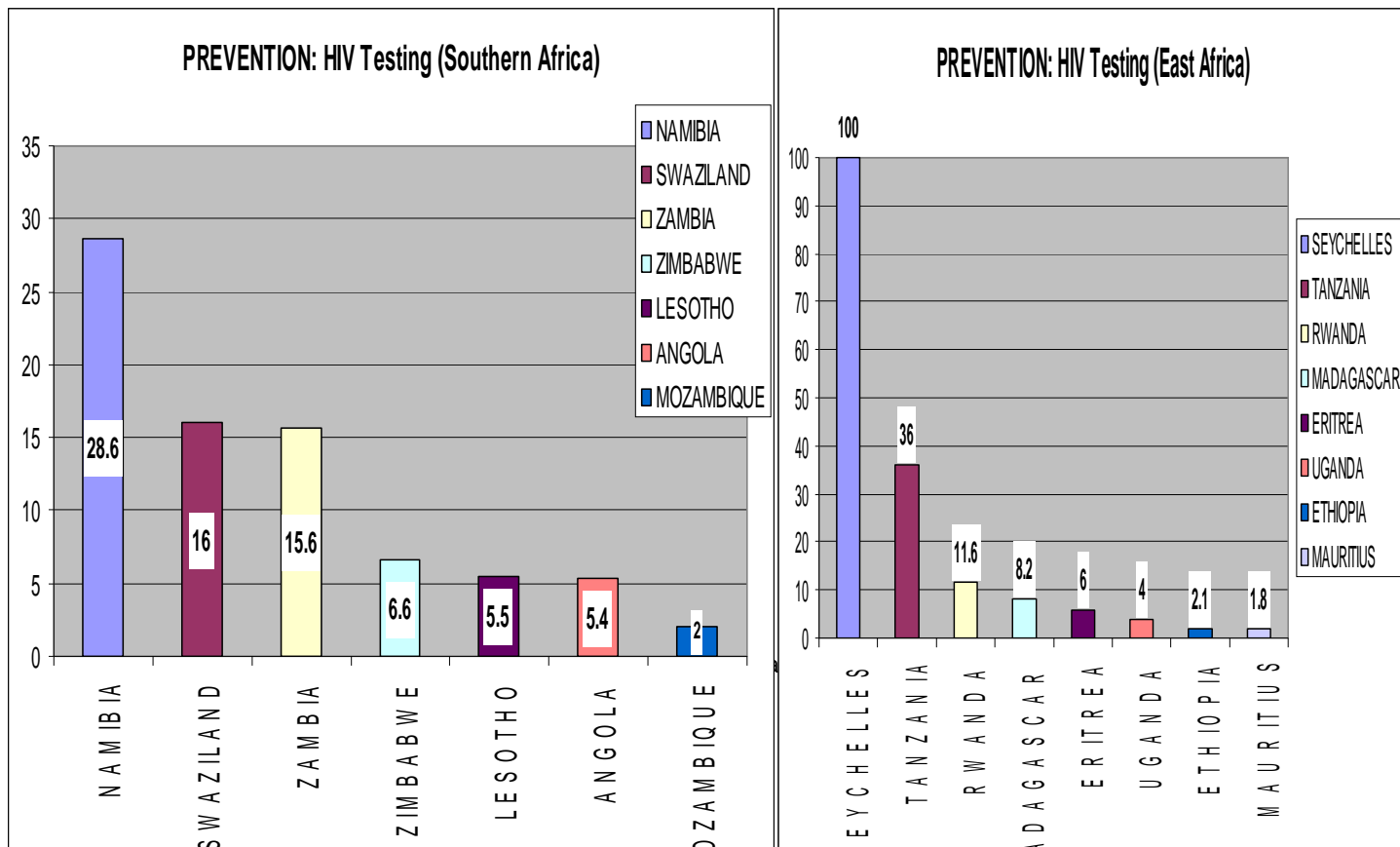
Em 2007, a OMS e a ONUSIDA produziram nova orientação sobre a testagem e aconselhamento sobre o VIH nas instalações sanitárias para aumentar a testagem e aconselhamento sobre o HIV e melhorar o acesso aos serviços de saúde pelas pessoas vivendo com VIH<sup>9</sup>.

Entre os 35 países da região Africana da OMS, uma em cada cinco unidades sanitárias prestam serviços de HTC - variando de menos do que 1%, na Libéria, para 100% no Botswana (Figura 3.3, ajustou a escala para reflectir um máximo de 100%). Em 2007, o número total de unidades sanitárias que prestavam serviços de HTC variavam de 1, na Libéria, para 1,107 unidades nos Camarões. A Tanzânia aparece em Segundo lugar em termos de disponibilidade de unidades a prestarem serviços de HTC, que no país são 164. Na região de EMRO, a Somália está a aumentar a integração da prevenção, tratamento, cuidados e apoio alinhando o TARV, testagem e aconselhamento voluntário com o apoio do Fundo Global. No Sudão existe muito pouco acesso à prevenção, testagem, cuidados e apoio, especialmente em áreas rurais.

As estatísticas mais consistentes são a absorção real do VCT (isto é, percentagem de pessoas que fazem o teste de HIV e recebem os resultados comparado com as metas dos respectivos países – onde estes existem).

A Figura 3.5 mostra a percentagem de homens e mulheres que fizeram o teste de VIH nos últimos 12 meses e conhecem os seus resultados em países seleccionados. Esta figura mostra a variação em termos de progresso dos países. A cobertura HTC continua baixa em África.

As Figuras 3.7 e 3.8 a seguir, sobre a África Austral e Oriental, mostram a percentagem de homens e mulheres que fizeram o teste de VIH nos últimos 12 meses e conhecem os seus resultados.





Fonte: Relatórios do UNGASS de 2007 ou vide:

<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/2007CountryProgressAllCountries.asp>

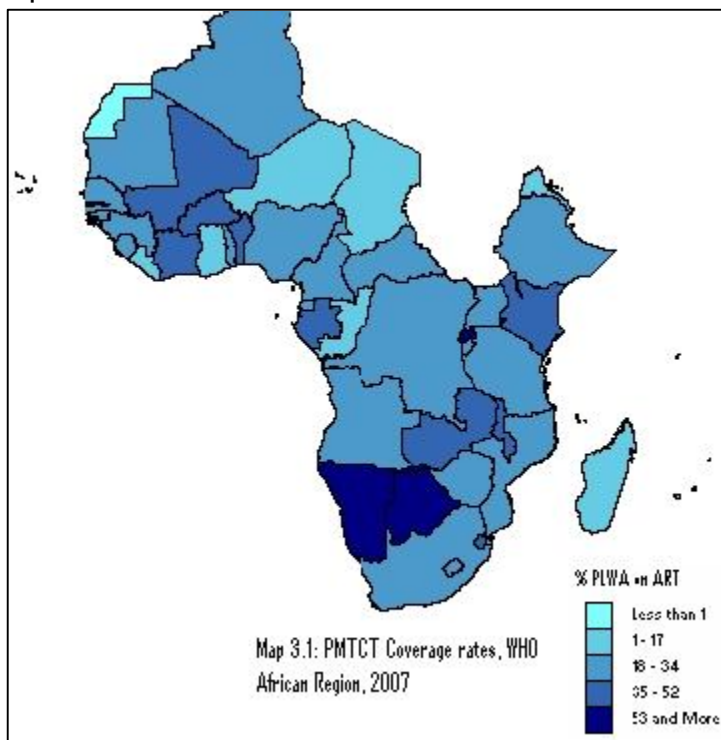
Dados baseados nos inquéritos populacionais de 2006-2007 realizados em alguns países da região indicam que a proporção de homens e mulheres que fizeram a testagem e aconselhamento sobre VIH nos últimos 12 meses, antes da realização do inquérito, aumentou para 7%—da média de 3% registada em inquéritos idênticos realizados anteriormente. Com o aumento dos locais de HTC e de TARV, espera-se que haja índices iguais de cobertura nos anos seguintes.

### 3.3.2 PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL (PMTCT)

A Declaração de UNGASS de 2001 comprometeu-se a reduzir a proporção de crianças infectadas pelo VIH para 50 por cento até 2010, e assegurar que 80 % das mulheres grávidas em cuidados pré-natais (ANC) tenham acesso aos serviços essenciais para reduzir a MTCT.

Os programas efectivos de PMTCT são constituído pelos seguintes elementos: prevenção primária da infecção pelo VIH entre as mulheres em idade de gestação, prevenção de gravidezes indesejadas entre as mulheres infectadas pelo HIV e prevenção da transmissão vertical.

Em 2007, mais do que 470,000 mulheres grávidas seropositivas receberam ARVs para efeitos de PMTCT—mais do que 50% de aumento com base nos dados de 2006, ligeiramente mais do que 300,000. Estes dados, apesar de representar progresso louvável, espera-se que represente apenas cerca de um terço daquelas que necessitam dos serviços. Mapa 3.1 (à direita) mostra a distribuição dos índices de cobertura da PMTCT (%) na Região Africana da OMS em 2007.



A percentagem mediana de unidades que prestam serviços de ANC em 23 países que oferecem serviços de PMTCT é de 31—variando de 0 à 100% (Figura 3.9). Entre estes países, o número total de locais de ANC prestando os

serviços de PMTCT é superior a 8,200, com uma média de 129 por país—variando de 0, nos Camarões, para 1,311, na Tanzânia. No Egípto, 7.3% das mulheres grávidas recebem tratamento para reduzir a transmissão vertical, enquanto a percentagem é de 3.3 na Somália.

Comentário idêntico ao acima feito. Sugere-se que referência seja feita à solução da ONUSIDA acima indicada para informação sobre a absorção de PMTCT. Refira-se à tabela a seguir par aver o progresso que os países da África Austral e Oriental estão fazer em relação ao alcance das metas de acesso universal definidas nos seus respectivos países (nota: os números no formato de diamante são metas, enquanto as barras representam a actual absorção da PMTCT como indicado nos relatórios da UNGASS de 2007)

A Figura 4.0 mostra o progresso em relação às metas da União Africana em países seleccionados nesta região. Grande parte dos países ainda estão muito a baixo da meta e precisarão de acelerar o progresso para alcançar estas metas. As metas foram alcançadas maioritariamente em países com metas conservadoras.

A tabela a seguir mostra o progresso que os países da África Oriental e Austral estão a fazer em relação às metas de acesso universal definidas nos seus respectivos países (nota: os números no formato de diamante são as metas, enquanto que as barras indicam a absorção actual do PMTCT conforme reportado nos relatórios da UNGASS de 2007.

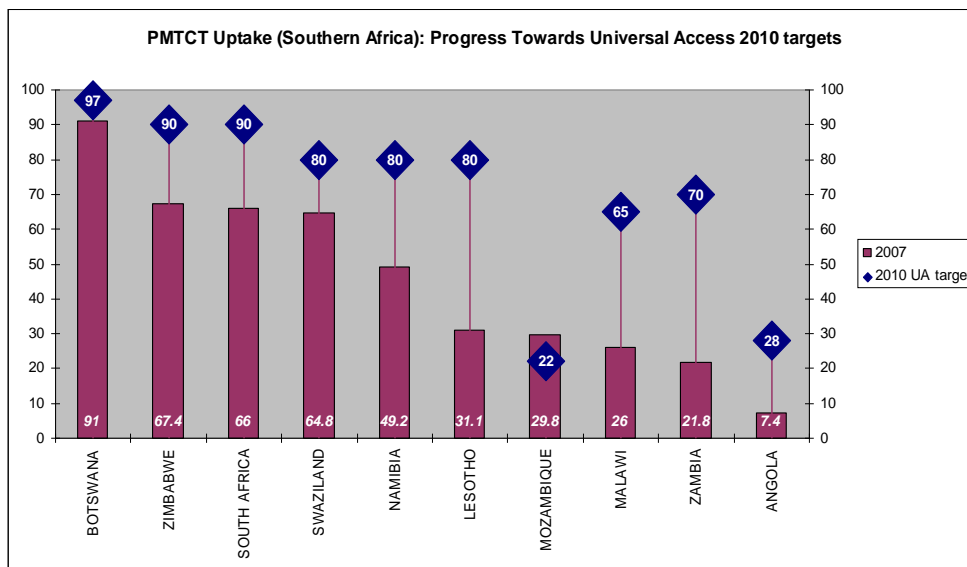
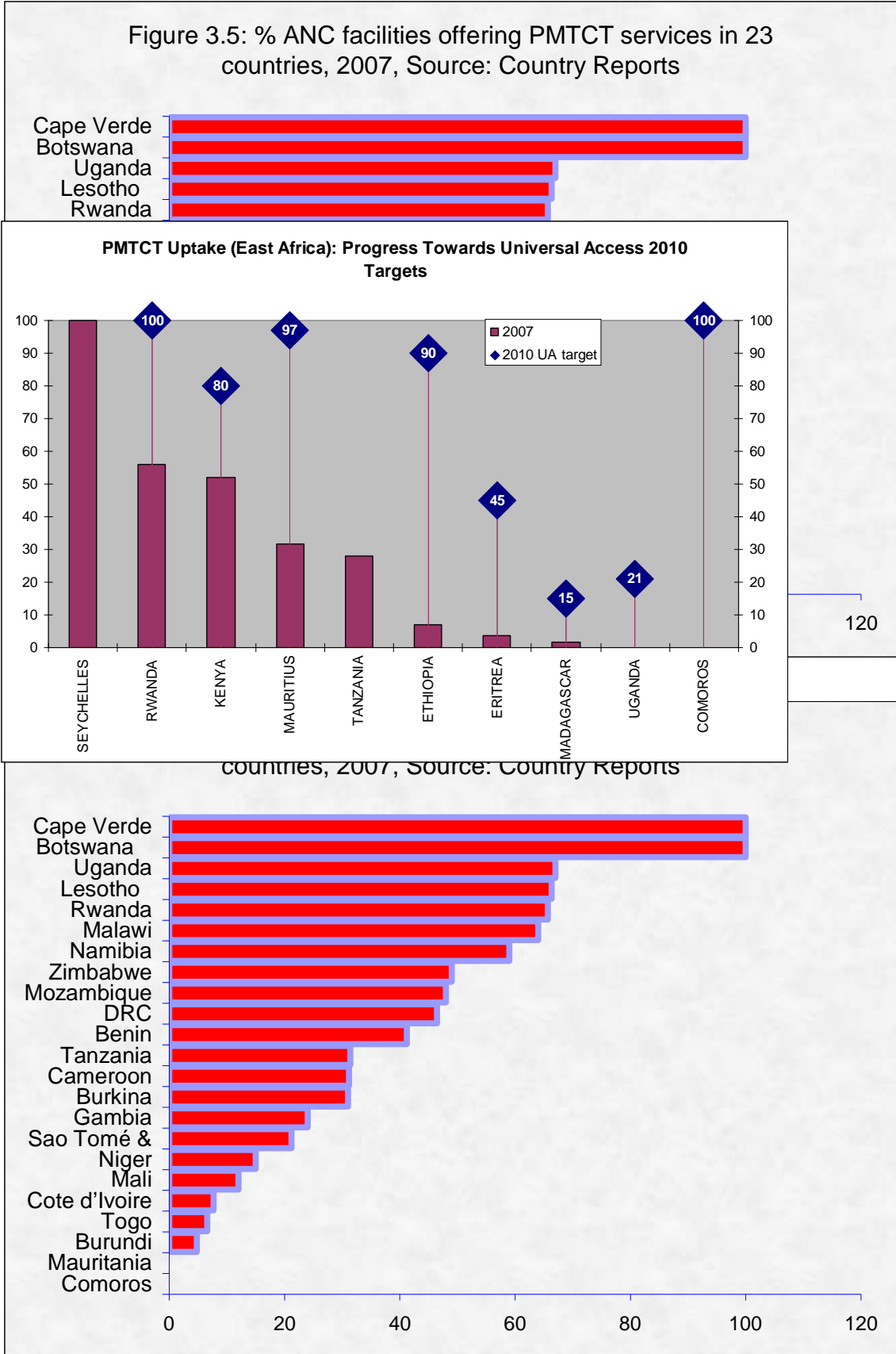




Figure 3.5: % ANC facilities offering PMTCT services in 23 countries, 2007, Source: Country Reports



### **3.3.3 CUIDADOS E TRATAMENTO**

Até finais de 2007, cerca de 3 milhões de pessoas recebem ARVs em todo o mundo—mais de 70% dessas pessoas são da África Subsaariana. Em todo o mundo, o número de pessoas que recebiam ARVs cresceu 7 vezes mais em 4 anos. O grosso deste crescimento provém da África Subsaariana, onde quase 2.1 milhões de pessoas começaram a receber ARVs nos finais de 2007. Isto representa 60% de aumento em apenas um ano—como testemunhado em 2006, ano em que 1.3 milhões de pessoas receberam ARVs.

A OMS recomenda uma abordagem simplificada de saúde pública, conhecida como gestão integrada das doenças de adultos e de adolescentes (IMAI), para expandir a terapia anti-retroviral (TARV) em países com recursos limitados—para reduzir a morbilidade e a mortalidade entre as pessoas vivendo com VIH/SIDA. Até finais de 2007, metade dos países da região implementavam as IMAI, e no processo, treinaram milhares de vários trabalhadores da saúde a gerir os pacientes sofrendo de VIH/SIDA e doenças relacionadas. Consequentemente, os serviços de TARV foram expandidos para os níveis sub-distritais.

Um outro factor que contribuiu para o aumento da cobertura do TARV na região é a queda dos preços de ARVs e outros bens relacionados com o VIH. Porém, quase dois terços dos povos da região que precisam da terapia anti-retroviral, mas que ainda não tem acesso a ela.

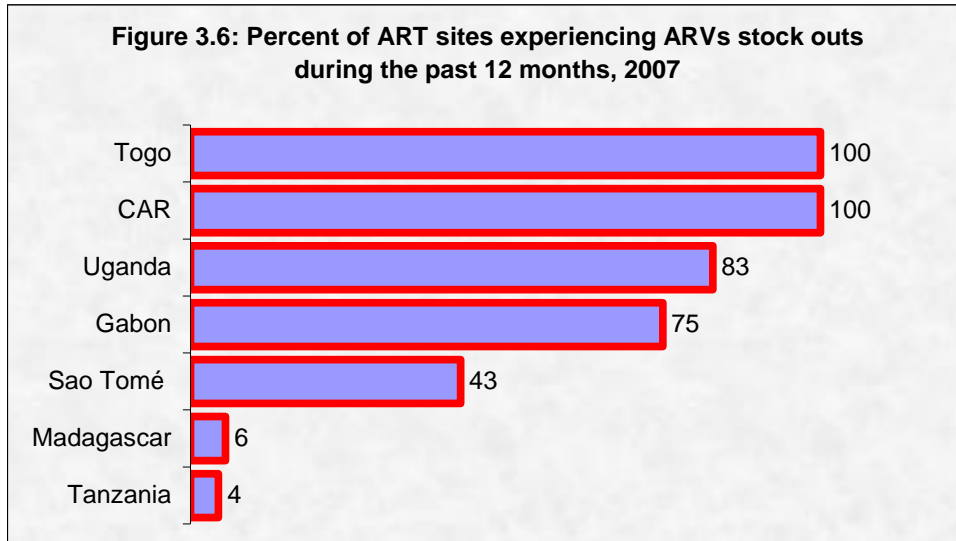
Uma das formas de medir o nível dos esforços que os países fazem na expansão de cuidados e tratamento é a expansão equivalente das unidades de prestação de TARV. Em 2007, um total de 3,393 unidades de prestação de serviços de TARV foram reportados como existentes em 35 países—mas este número pode facilmente ultrapassar os 4,000 se as unidades dos 11 países remanescentes forem inclusas. A Tabela 4.2 mostra a distribuição do número de pessoas a receber o TARV em 2006 e 2007, aumento de percentagem, e número de locais de TARV em 2007, por país. As mulheres a receberem o TARV na Somália e no Sudão é de 1.0%. Na Tunísia o número de todas as mulheres que recebem o TARV é de 34%.

### **3.4 ACESSO AOS MEDICAMENTOS E AO TRATAMENTO ACESSÍVEIS**

O Mecanismo de Prestação de relatório sobre o Preço Global (GPRM) das Drogas Anti-retrovirais, definido em 2004, apresenta informação sobre os preços de comercialização dos anti-retrovirais (ARVs) adquiridos em países em desenvolvimento.

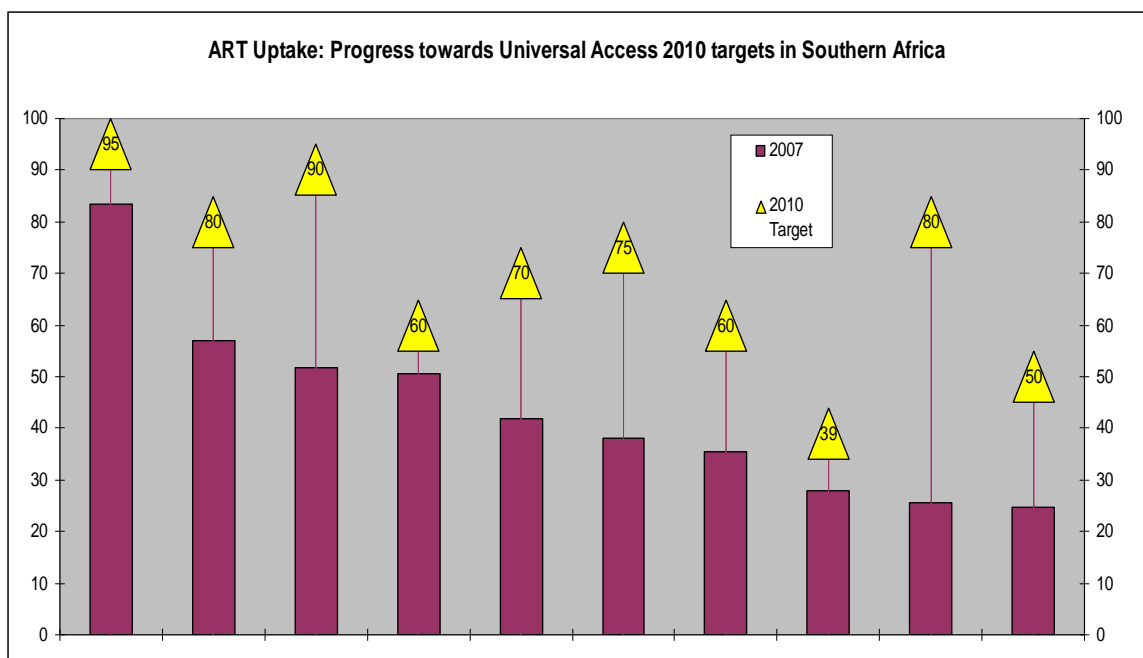
O preço dos ARVs de primeira linha continua a decrescer—até 40% em 2007. Espera-se que haja mais reduções nos próximos anos a medida em que a expansão do TARV alcançar os grupos populacionais pobres e em desvantagem e a medida em que a produção local dos ARVs aumentar. Actualmente, 6

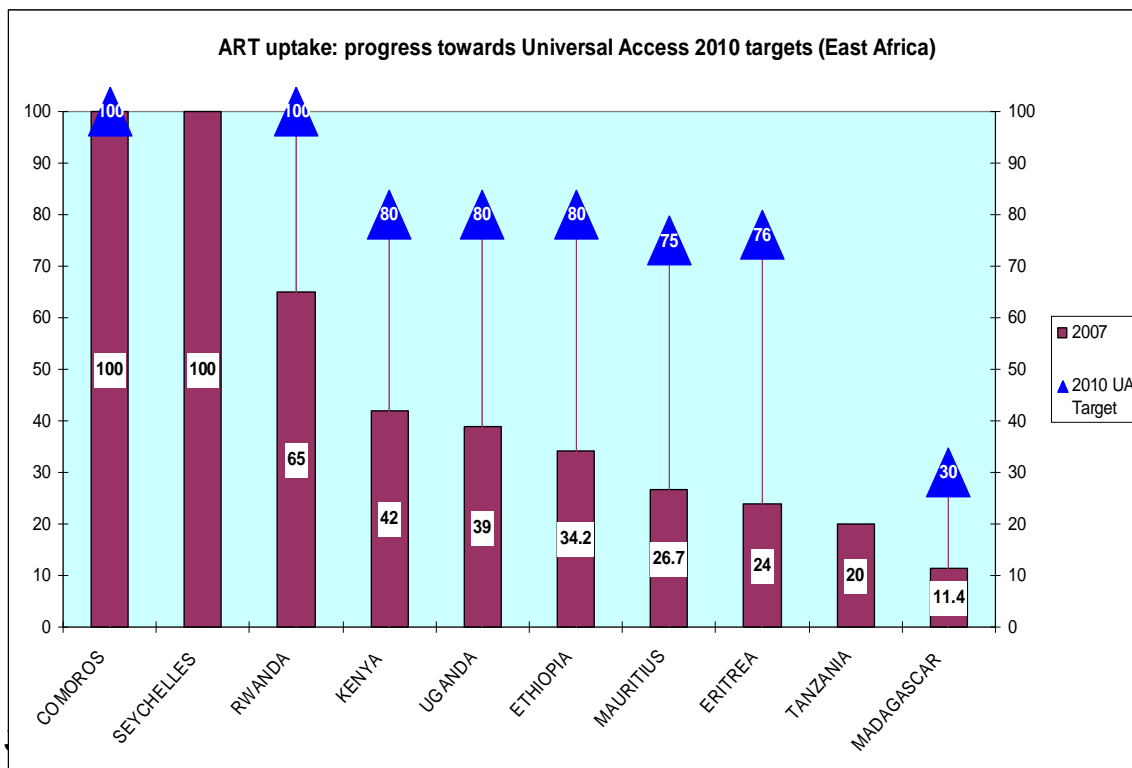
fábricas produzem ARVs genéricos na região—principalmente para o consumo local, mas algumas como a Fábrica Sul Africana (Aspen) têm a pré-qualificação da OMS para exportações para outros países. As outras 5 fábricas localizam-se: no Zimbabwé, na Nigéria, Benin e Uganda.



Entre os 35 países que reportaram, 7 (20%) experimentaram a ruptura de stocks de ARVs em parte ou em todas as unidades que prestam o TARV. A Figura 3.6 mostra a proporção de locais de TARV que enfrentaram a ruptura de stocks de um ou mais ARVs durante o ano de 2007. Seis deste 7 países reportaram não ter provisões para enfrentar a ruptura ou falta de ARVs, incluindo os kits de teste. No geral, metade dos países que reportaram (35) têm procedimentos que os permite ultrapassar a falta ou ruptura. Em grande parte dos países da região da EMRO, o custo dos medicamentos a granel é suportado pelos governos. Enquanto isto, no Sudão, a capacidade limitada de absorção dos donativos dos Fundos Globais e outros recursos financeiros disponíveis podem ser um indicador de que as drogas não estão disponíveis, nem acessíveis.

As Figuras 4.4 e 4.5 mostram o progresso do TARV em relação ao alcance do Acesso Universal até 2010 na África Austral e Oriental.

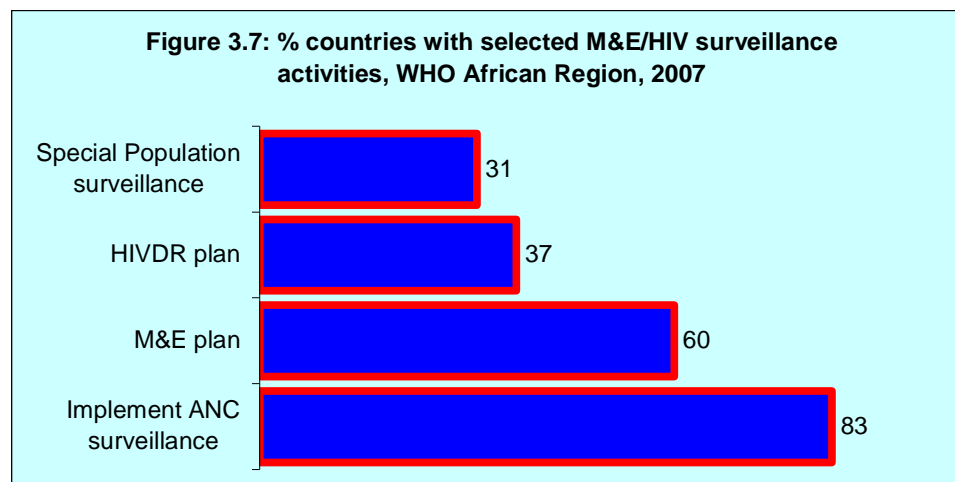




### 3.5 MONITORIA, AVALIAÇÃO E PRESTAÇÃO DE RELATÓRIOS

Cada país, para conhecer a sua situação sobre a pandemia, deve desenvolver sistemas eficientes de informação estratégica. O Sistema de Informação Estratégica dentro do contexto do VIH/SIDA consiste em três principais elementos: vigilância—incluindo a resistência à droga para o VIH, monitoria e avaliação de programas e pesquisa operacional.

Dos 35 países que submeteram o formulário de prestação de relatórios à UA, 80% implementam a vigilância ANC utilizando a 2ª geração do protocolo de vigilância recomendado pela OMS sobre o VIH (Figura 4.6). Um terço dos países implementa uma vigilância populacional especial—principalmente em países com a a pandemia do VIH baixa ou concentrada.



Nesta era de expansão do TARV e da PMTCT, o desenvolvimento da resistência às drogas do VIH (HIVDR) é inevitável. Em colaboração com parceiros, a OMS desenvolveu uma rede global de drogas resistentes ao VIH—conhecida como ResNet—para a monitoria da magnitude da VIHDR. Em 2007, 13 países da região desenvolveram planos nacionais sobre a VIHDR.

A Monitoria e avaliação (M&A) é uma área que mereceu menos atenção e investimento no passado. Como os estados membros se comprometeram à várias soluções e declarações globais que requerem planificação apropriada, a criação de sistemas efectivos de M&A é inevitável. Muitos países começam a entender a importância da M&A para a planificação da programação e alcance do nível de implementação das intervenções principais. Cerca de 60% dos países reportaram ter planos de M&A—para controlar a resposta do sector da saúde em relação ao Acesso Universal à prevenção, cuidados e tratamento do VIH. O Sudão está em processo de melhorar a vigilância e a M&A através do desenvolvimento de um Quadro nacional de Monitoria e Avaliação com indicadores principais padronizados de VIH. A Somália, por outro lado, está a melhorar a eficácia da Monitoria e Avaliação na resposta dentro do contexto dos sub-receptores do Fundo Global e a criar Parcerias Regionais de forma a resolver a vulnerabilidade causada pelo VIH e pela mobilidade além fronteiras no Corno de África.

#### **4. CONCLUSÃO**

Desde 2006, os Estados Membros deram um passo gigantesco em relação ao Acesso Universal à prevenção, cuidados e tratamento do VIH. Entre os feitos documentados, inclui-se: o aumento do acesso ao TARV, PMTCT e HTC.

Para além disso, os compromissos nacionais, bilaterais e multi-laterais aumentaram e, portanto, foram factores que contribuíram para os avanços de 2007. Apesar destes avanços, a cobertura das intervenções prioritárias—HTC, PMTCT e TARV—é ainda baixa. O número de novas infecções continua alto e

em alguns países aumenta. Portanto, a luta contra o VIH/SIDA está longe de terminar.

## **5. CAMINHO A SEGUIR** **ESTADOS MEMBROS**

- A cobertura HTC é relativamente baixa – em comparação com a Provisão de TARV e PMTCT, iniciado teste e aconselhamento (PITC) que devem ser expandidos para todas as unidades sanitárias públicas em cada país.
- Os países não devem perder o ritmo da expansão do TARV e do PMTCT e devem continuar ou mesmo elevar o nível de esforço a ser envidado até alcançar totalmente as metas do Acesso Universal.
- Expansão do diagnóstico, prestação de cuidados e tratamento de crianças infectadas.
- Investir e fortalecer a informação estratégica, particularmente sobre os métodos de compreensão das dinâmicas específicas das epidemias de um país e os seus vectores.
- Desenvolver estratégias de expansão da circuncisão masculina, particularmente na África Austral.
- Para além disso, promover a coordenação e a harmonização de programas e Parcerias através da abordagem multi sectorial e integrada. Comunidades Económicas Regionais e Organizações Internacionais.
- Os Parceiros de desenvolvimento e as Organizações Internacionais devem continuar a prestar o seu apoio financeiro e técnico aos países em África para que estes possam alcançar o Acesso Universal.

Promover a coordenação e a harmonização das Estratégias regionais e Continentais, incluindo programas entre países.

## Anexos

Tabela 1A: Sobrecarga do VIH/SIDA nos países Africanos na Região da EMRO da OMS

País	Estimativas da prevalência do HIV na pop adulta (%)	Estimativas do número de PVCS/ PLWH	Casos de Sida reportados em 2006	Estimativa do número de adultos necessitando de TARV	Número Reportado de pessoas recebendo o TARV
Djibouti	3.1	15 000	NA	2 600	492
Egípto	<0.1	5 300	88	870	166
Líbia	NA	NA	NA	500	217
Marrocos	0.1	19 000	291	3 300	1 530
Somália	0.9	44 000	NA	7 100	96
Sudão	1.6	350 000	418	56 000	986
Tunísia	0.1	8 700	24	346	298





Serra Leoa	P	P	P		P	P	P	P	P		P
África do Sul											
Suazilândia	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P
Togo	P	P	P		P	P					
Uganda	P	P	P	P	P	P		P	P	P	P
Tanzânia	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Zâmbia		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Zimbabwé	P	P		P	P	P	P	P	P		P

**Tabela 2:** Indicadores de HTC e da PMTCT por país, OMS/AFRO 2007

País	% HFs onde o HTC está disponível	Número de unidades sanitárias que prestam o HTC	% de unidades de ANC que prestam tanto a testagem em HIV como ARVs para a PMTCT	Número de unidades sanitárias com ANC prestando com a PMTCT	% de mulheres grávidas que conhecem a sua situação de HIV	% de mulheres grávidas infectadas pelo HIV que recebem ARVs para efeitos de PMTCT	Número de mulheres grávidas infectadas pelo HIV que recebem ARVs nos últimos 12 meses
Argélia		54				2.8	19
Angola	10.6	154		81	6.7	7.5	1,540
Benin	33.1	183	41.2	206	33.5	33.5	2,554
Botswana	100.0	634	100	634		89.0	12,419
Burkina Faso	30.5	454	31	400	8.1	7.7	1,426
Burundi	29.9	167	4.8	31	0.4	73.0	1,102
Camarões	37.4	1,107	31.2	739	19.6	10.0	6,263
Cabo Verde		32	100	27	68.0	47.3	9
CAR	4.1	24		62		5.1	1,867
Chade							
Comores	21.1	4	0	0		0.0	0
Congo	21.3	54		28	4.0	2.2	175
Cote d'Ivoire	8.6	124	7.68	111		74.0	1,591
RDC	3.8	286	46.46	394	7.3	2.8	3,703
Eritrea	28.9	109			97.0	3.9	133
Etiópia	7.9	1,005		408			5,304
Gabão	9.4	75				8.9	229
Gâmbia	28.0	26	24	22		100.0	350
Gana	14.0	422		408	15.9		2,896
Guiné Bissau	28.6	34		1	34.6	12.0	430
Lesotho	79.5	163	66.34	136	91.0	31.0	3,966
Libéria	0.3	74		18			50
Madagáscar	19.5	630			9.4	1.6	25
Malawi	78.3	504	64	349		45.0	10,715
Mali	7.0	58	12	103	2.0	61.1	1,151
Mauritânia	4.5	22	0	0		6.0	45
Moçambique	26.8	359	48	384		7.0	12,150
Namíbia	74.9	253	59	201		49.0	
Niger	6.1	145	15	129	4.0	57.0	234
Nigéria	3.2	736		253		5.3	10,500
Ruanda	69.6	312	65.66	285		73.8	5,945

MIN/Sp/AU/CAMH3/6 HIV/AIDS  
 Pág. 23

Sao Tomé & Príncipe	91.4	32	21.21	7	88.4	24.4	22
Séneegal		190		85			264
Serra Leoa	16.5	165					919
Suazilândia	67.9	110		110			10,428
Togo	5.5	51	6.6	41		6.7	697
Uganda	17.1	554	67	504	34.1	29.0	26,484
Tanzânia	18.1	1,035	31.4	1,311	37.1	28.0	31,863
Zâmbia							306,000
Zimbabwé	48.1	791	49	771	68.0	47.0	15,381
		11,132		8,239			478,849

**Table 3:** Implementação e cobertura do TARV—OMS/AFRO 2007

País	Número de TARV 2006	Número de TARV 2007	Aumento de %	Número de unidades providenciando TARV
Argélia	588	993	69	7
Angola	6,514	11,540	77	56
Benin	7,634	9,765	28	47
Botswana	79,490	92,932	17	99
Burkina Faso	14,079	16,938	20	76
Burundi	8,048	10,894	35	43
Camarões	28,403	45,817	61	109
Cabo Verde	233	348	49	27
CAR	2,782	9,591	245	46
Chade	5,500	7,400	35	
Comores	5	7	40	1
Congo	3,186	4,956	56	28
Cote d'Ivoire	36,348	67,680	86	104
RDC	17,561	28,925	65	209
Guiné Equatorial	414	985	138	
Eritrea	1,175	1,301	11	14
Etiópia	53,720	90,212	68	272
Gabão	5,278	6,373	21	12
Gâmbia	400	431	8	8
Gana	9,882	13,357	35	92
Guiné	4,699	5,660	20	
Guiné Bissau	349	890	155	12
Quênia	125,026	177,000	42	
Lesotho	17,667	21,710	23	110
Libéria	796	1,120	41	
Madagáscar	92	138	50	18
Malawi	86,168	100,649	17	154
Mali	11,651	12,398	6	45
Mauritânia	256	839	228	4
Maurícias	120	321	168	
Moçambique	40,891	89,592	119	211
Namíbia	35,593	52,316	47	17
Níger	1,168	1,536	32	12
Nigéria	95,008	196,582	107	215
Ruanda	34,636	48,569	40	161
Sao Tomé & Príncipe	51	74	45	7
Senegal	5,500	6,699	22	68
Seychelles	82	94	15	
Serra Leoa	1,416	2,649	87	81
Áfricado Sul	324,754	458,951	41	
Suazilândia	18,493	24,535	33	22
Togo	6,993	7,980	14	105
Uganda	96,294	115,348	20	286
Tanzânia	60,342	135,696	125	204
Zâmbia	82,030	151,199	84	322
Zimbabwé	66,920	103,692	55	89
	1,398,235	2,136,682	53	3,393



2006

# Progress report on the implementation of the commitments of the May 2006 Abuja special summit on Hiv/Aids, tuberculosis and malaria (ATM) annex I

African Union

African Union

---

<http://archives.au.int/handle/123456789/1203>

*Downloaded from African Union Common Repository*