

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

**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 II**

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

ANEXO II

**RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DA TUBERCULOSE EM ÁFRICA
(Um Relatório detalhado é preparado mediante solicitação da
Conferência de Ministros da Saúde)**

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

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

MIN/Sp/AU/CAMH3/6 TB

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

ANEXO II

**RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DA TUBERCULOSE EM ÁFRICA
(Um Relatório detalhado é preparado mediante solicitação da
Conferência de Ministros da Saúde)**

ÍNDICE

Tópico	Página
Sumário Executivo	1-6
Antecedentes	7-10
Definições Operativas	10-11
TB Resistente aos Medicamentos	11
Análise da Situação	
• Liderança aos Níveis Nacional, Regional e Continental	12
• Prevenção, Tratamento, Cuidados e Apoio	12
• Situação da Implementação das Intervenções na Área de TB/VIH	12
• Acesso a Medicamentos Essenciais Anti-TB	23
Conclusão	25
Conclusão e Recomendações Chave	30

SUMÁRIO EXECUTIVO

Indicadores de Controle da TB e Alvos Referentes

Nos últimos dez anos foram estabelecidas uma série de metas e compromissos, com relevância directa para o Controle da TB no continente africano.

Em 1991, a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) adoptou uma resolução que persuadia os países a detectarem 70% dos casos da nova baciloscopia positiva da TB que surgem anualmente, e a tratarem com sucesso 85% destes casos, até 2005. Estas metas continuam relevantes para todos os países que ainda não atingiram as referidas metas.

Em 2000, os líderes Mundiais estabeleceram as Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDM) que procuram estancar, e começar a reverter a incidência do VIH/SIDA, malária, bem como outras doenças frequentes até 2015. De acordo com o especificado pela AMS, foram reiteradas as taxas de incidência, prevalência e mortalidade associadas a tuberculose, e a proporção dos casos de tuberculose detectados e curados sob o DOTS. Como forma de operacionalizar as Metas de Desenvolvimento do Milénio relacionadas com a TB, a Parceria Stop TB confirmou as metas da AMS para a detecção de casos e tratamento com sucesso. Em aditamento, esta solicitou uma redução de 50% no fardo global da TB relativo aos níveis de 1990, até 2015 e a eliminação da TB até 2050.

Em Abril 2001, os Chefes de Estado e de Governo Africanos adoptaram uma declaração sobre o VIH/SIDA, Tuberculose e Outras Doenças Infecciosas Afins (ORID) tendo exortado aos Estados Membros a esforçarem-se para a alocação de 15% dos seus orçamentos nacionais para o melhoramento do sector da saúde e para alocarem porções apropriadas e adequadas desse valor na luta contra o VIH/SIDA, TB e ORID.

Confirmando a gravidade da epidemia da TB em África, a 55ª sessão dos Ministros da Saúde da OMS da Região Africana (2005) declaram a TB uma emergência na Região, tendo exortado aos estados membros a implementarem acções extraordinárias urgentes para rapidamente aumentarem a detecção de casos de tuberculose e as taxas de tratamento com sucesso; e acelerar a implementação de intervenções para combater a epidemia de TB/VIH, incluindo o aumento do acesso aos Anti-Retrovirais por pacientes duplamente infectados;

Em Maio 2006, os Chefes de Estado e de Governo da União Africana realizaram uma Cimeira Especial sobre VIH/SIDA, Tuberculose e Malária para rever o estágio de implementação das Declarações e Quadros de Acção de 2000 e 2001 para Fazer Recuar a Malária, e a Cimeira de Abuja sobre VIH/SIDA, TB e ORID, em 2001. Eles adoptaram a “Exortação de Abuja para

Acções Aceleradas rumo ao Acesso Universal aos Serviços de VIH/SIDA, TB e Malária” que solicitava uma dedicação colectiva, a um esforço abrangente ancorado num mecanismo de implementação que responda aos desafios e imperativos para o desenvolvimento do sector da saúde do continente. A Cimeira reafirmou as metas regionais e globais anteriores para o controle da a TB, bem como exortou à provisão de acesso universal aos serviços de prevenção da TB, tratamento, cuidados e apoio, incluindo intervenções chaves na área de TB-VIH.

Não obstante o progresso alcançado no controle da tuberculose, os países do norte de África não conseguiram atingir as metas globais para o controle da tuberculose. Se por um lado o DOTS expandiu, passando a cobrir 94% da população regional e o sucesso do tratamento é maior (82%), a taxa de detecção de casos é de apenas 44%. Para melhorar a detecção de casos, para estancar a TB foi desenvolvido o plano regional, como parte do plano global 2006-2015. A necessidade orçamental para o período 2006-2015 indicada no Plano é de US\$ 3.1 biliões na Região OMS/EMRO. O apoio aos países foi reforçado, do mesmo modo, foram promovidas parcerias de desenvolvimento.

Este relatório é preparado mediante solicitação da Cimeira Especial de 2006 e a Conferência dos Ministros da Saúde. Este faz a revisão da situação, com vista ao alcance das metas da TB, em conformidade com o especificado nos compromissos de Abuja e nas Metas de Desenvolvimento do Milénio.

Situação dos indicadores e metas de Controle da TB

Liderança aos Níveis Nacional, Regional e Continental

A Exortação de Abuja 2006 para o Acesso Universal aos serviços ATM é a mais recente indicação da crescente liderança política para o Controle da TB na Região. Esta estabelece e cria um ambiente político favorável para a prossecução quantitativa das metas da Assembleia Mundial de Saúde, MDM, Abuja 2001 e as metas de controle da TB de Maputo 2005. Foi igualmente demonstrada liderança política através da declaração da TB como emergências nacionais, por, pelo menos, 18 países na Região de África; a adopção de uma Estratégia Regional para o combate a epidemia de TB/VIH, pela 57ª sessão da Comissão Regional para África em 2007 e outras declarações afins, pelas Comunidades Económicas Regionais (CERs) e comunidades de Saúde.

Não obstante, o compromisso declarado, o financiamento nacional de programas de saúde e controle da TB, ainda não é suficiente. Apenas dois países conseguiram satisfazer o pedido de 2001 para a alocação de pelo menos, 15% dos orçamentos nacionais para o melhoramento do sector de saúde. Por outro lado, um pedido posterior, para a alocação de US\$ 34 per capita para a saúde ainda não foi adoptado pela maior parte dos países.

Prevalência estimada, incidência e taxas de mortalidade

A prevalência estimada da TB, bem como as taxas de mortalidade continuam a subir em muitos países. Os casos de notificação subiram de 82 numa população de 100.000, em 1990, para 160 em 2006. Apesar de uma aparente estabilização e declínio da TB a nível global e na Região de África, a este ritmo, as MDM para a incidência e prevalência da TB são susceptíveis de não ser alcançadas a nível regional. Na Região Mediterrânica Oriental, as taxas de incidência são mais altas no Djibouti, Somália e no Sudão, do que nos outros países da África do Norte.

Todavia, de acordo com o Relatório Global da TB da OMS para 2008, até ao final de 2006, as Ilhas Comores, Gana, Mali, Maurícias, São Tomé e Príncipe e as Seicheles já tinham estancado e começado a reverter incidência da TB e da baciloscopia positiva da TB, de acordo com o especificado nas principais MDM (sem aplicar a referência as taxas de 1990, de acordo com o especificado pela Parceria Stop TB em quantificar as metas das MDM).

Mais 6 países, nomeadamente, *Angola, Benin, Cabe Verde, Eritreia, Guiné Bissau e Níger* já estancaram e começaram a reverter a prevalência estimada da TB, enquanto quatro países, nomeadamente, *Angola, Comores, São Tome & Príncipe e as Seicheles* já estancaram e começaram a reverter as taxas de mortalidade.

Situação da detecção de casos e taxas de sucesso do tratamento

Taxa de detecção de casos:

Se por um lado, nos últimos cinco anos os casos de baciloscopia positiva da TB aumentou em 46%, a taxa de novos casos para a Região de África está é significativamente abaixo da meta de 70%, estabelecida pela AMS, MDM e pela Cimeira Especial. A Região atingiu apenas 65% da meta. Os países Mediterrânicos do Norte de África também melhoraram o seu desempenho.

Porém, de acordo com o Relatório de TB da OMS para 2008, 12 países¹ já tinham atingido a meta de detecção de casos de 70%, e 8 países² já tinham alcançado a meta de tratamento com sucesso de 85%. Apenas 3 países (Argélia, Benin e a Tunísia) tinham alcançado ambas as metas.

Índices de Tratamento com Sucesso

As taxas de tratamento com sucesso têm aumentado progressivamente desde 1999. Não obstante, com 76%, continua em desvantagem, relativamente a meta dos 85%. O desempenho da região é de apenas 89% da meta estabelecida. Com base nos resultados do tratamento nos pacientes registados em 2005, apenas oito países da Região³ tinham alcançado a meta. Isso comparasse a dois países para o grupo de pacientes de 2001, três países para o grupo de 2002, quatro países para o grupo de 2003 e oito

¹ Argélia, Angola, Benin, Botswana, Camarões, Kenya, Lesotho, Madagascar, Namibia, and South Africa

² Argélia, Benin, Comores, RD do Congo, Eritrea, Gâmbia, Maurícias e Serra Leoa

países para o grupo de 2004. Ademais, quatro países⁴ estavam a registar um progresso positivo e tinham atingido uma taxa de tratamento com sucesso de 80% e 76%, excepto nos casos onde os registos não foram disponibilizados.

TB Resistente aos Medicamentos

A TB resistente aos medicamentos, especialmente a TB resistente a medicamentos múltiplos tem a maior prevalência de todos os tempos. Vinte e seis países da região reportaram um total de 8,624 casos de TB resistente a multi-medicamentos (MDR-TB) durante o ano de 2007, enquanto quatro países (Botswana, Lesoto, Moçambique e África do Sul) reportaram um total de 541 casos de TB Extensivamente Resistente aos Medicamentos (XDR-TB) durante o mesmo período.

Em termos de capacidade para diagnosticar casos de MDR-TB, ainda havia 10 Estados Membros sem a devida capacidade no final de 2007.

Dos 26 países que reportaram pelo menos um caso de MDR-TB durante o ano de 2007, apenas 17 países (65%) possuem um programa de tratamento organizado para esses casos, não obstante a disponibilidade as facilidades da Parceria Stop TB para o acesso a medicamentos de segunda linha a preços concessionados, pelos programas baseados no DOTS para o Controle da TB. Até Fevereiro de 2008, apenas 9 países se tinham candidatado com sucesso para esta facilidade.

Situação da implementação das intervenções TB/HIV

Durante o ano de 2006, na Região de África, apenas 22% dos casos notificados foram testados relativamente ao VIH, em comparação com os 100% estabelecidos pela Cimeira Especial. Porém, isso representa um aumento de 100% na cobertura, comparado com 11.2% para 2005.

Do total de pessoas, cujo teste deu resultado positivo, 37,1% já tinham iniciado a terapia com ARV, elevando assim o número que em 2005 se situava em 27,3%. Assim, esta cifra é relativamente inferior a meta de 100%. A este ritmo a região é susceptível de não alcançar a meta de 100% para ambos indicadores, até 2010.

Todavia, 11 países⁵ registaram ganhos significantes na cobertura de ARV, comparado com o ano anterior. Os melhores resultados variavam entre 30.8% no Ruanda a 56.9% no Malawi. Mais, no geral, 89.1% dos pacientes, cujo teste da TB deu resultado positivo e os seropositivos iniciaram uma terapia preventiva com Co-trimoxazole (CPT), um aumento de 23.4% comparado com 72.2% em 2005. Com esta taxa, o Acesso Universal ao (CPT) para pessoas duplamente infectadas é susceptível de ser alcançado até 2010.

⁴ Quénia, Ruanda, República Unida da Tanzânia e Zâmbia

⁵ Benin, Costa do Marfim, RDC, Guiné Bissau, Quénia, Malawi, Maurícias, Mocambique, Ruanda, África do Sul e Zâmbia

Acesso aos Medicamentos essenciais anti-TB

A disponibilidade de medicamentos de primeira linha para a TB aumentou consideravelmente. No final de Dezembro de 2007, o total dos países elegíveis, da Região de África, que se candidataram para os fundos GDF que asseguram medicamentos de primeira linha para a TB, incluindo fórmulas pediátricas para alguns países.

Não obstante, a crescente disponibilidade, o facto de 42 países terem reportado, apenas 69% mantiveram um fornecimento ininterrupto de medicamentos de primeira linha para o tratamento da TB, tanto a nível central como das periferias. De acordo com o que foi mencionado na secção sobre resistência aos medicamentos acima, apenas 65.4% dos países com casos de MDR-TB reportados organizaram programas de tratamento para esses casos, e apenas 9 países⁶ tinham dado passos para ter acesso a medicamentos de primeira linha a preços concessionados, da instituição global Parceria Stop, para tais programas.

Mobilização de recursos

Não é viável determinar com exactidão os níveis nacionais de financiamento para o Controle da TB, dado que o financiamento da TB não tem um sinal de identificação dentro dos serviços de cuidados de saúde primários no geral. Porém, é evidente que apenas dois países conseguiram atingir a alocação de 15% dos orçamentos nacionais para o sector da saúde em conformidade com a exortação da declaração de Abuja em 2001.

Ao mesmo tempo, o financiamento estrangeiro para as actividades de Controle da TB aumentou consideravelmente. O Fundo Global para a Luta Contra a SIDA, TB e Malária (GFATM) tem sido a fonte mais importante para financiamento adicional para o controle da TB. De 2002 a 2007 aproximadamente 953 milhões de dólares americanos (37% do total dos fundos aprovados para GFATM) foram aprovados para o controle da TB na região.

Não obstante, o crescente fluxo, ainda não é marcado por uma aplicação atempada e uma crescente taxa crescente de detecção e tratamento com sucesso dos casos na maioria dos países. Os países que se encontram em situação de emergência enfrentam desafios adicionais.

Conclusões

O controle da Tuberculose em África progrediu na última década, mas o continente continua atrasado relativamente a maior parte das metas de Controle da TB. Os recursos financeiros que constituíam um tradicional nó de estrangulamento para NTPS até aos anos 2000, já não são um factor

⁶ Burkina Faso, RDC, Guiné Conakry, Quénia, Lesoto, Moçambique, Ruanda, Tanzânia (fase de pré aprovação) e Uganda

importante, devido aos fundos providenciados pelos seguintes actores, GFATM, GDF (para o tratamento padrão da TB), apoio do GLC (para TB resistente aos medicamentos), apoio dos doadores bilaterais e vários outros mecanismos de Parcerias, que proporcionam assistência técnica e financeira para cobrir a maior parte das necessidades. Para que se possa atingir o Acesso Universal até 2010 e as Metas do Desenvolvimento do Milénio até 2015, ainda há muita coisa por fazer, especialmente:

- **Aumentar a taxa de tratamento com sucesso para os casos de baciloscopia positiva da TB:** através da implementação de iniciativas para reduzir os resultados desfavoráveis do tratamento que podem ser prevenidos, tais como ausência dos pacientes, transferências e morte dos pacientes com TB, relacionadas com o HIV.
- **Detectar, tratar e prevenir a TB resistente aos medicamentos:** através de vigilância, desenvolvimento de cultura e capacidade de DST para medicamentos anti-TB de primeira linha e gestão programática dos casos de TB resistente aos medicamentos como parte das actividades de rotina do NTP.
- **Aumentar as actividades colaborativas de TB/HIV:** especialmente testagem, relativamente ao HIV no seio dos pacientes de TB, Co-trimoxazole e outras terapias preventivas, e ARV para pessoas duplamente infectadas elegíveis.
- **Abordar as Componentes dos Sistemas de Saúde** que afectam o Controle da TB (redes de laboratórios, pessoal, vigilância, sistemas de fornecimento e monitoria e avaliação).

Recomendações Chave:

Foram efectuadas as seguintes recomendações:

- i. Todos os países deverão rever periodicamente o seu desempenho relativo ao Controle da TB, com relação as metas da estabelecidas pela AMS, MDM e Abuja e desenvolver estratégias para acelerar o seu alcance.
- ii. Os Estados Membros deverão descentralizar e fortalecer os serviços de laboratório para TB, tanto no sector público, como no privado, com vista a melhorar a detecção dos casos e assegurar a qualidade dos serviços dos laboratórios, para a provisão de Acesso Universal a tais serviços.
- iii. A União Africana deve advogar, junto dos governos nacionais, nos 10 países que não possuem capacidade local para a cultura da TB e a susceptibilidade de testagem dos medicamentos anti-TB de primeira linha, para que estabeleçam essa capacidade, por forma a facilitar o diagnóstico e tratamento dos casos de MDR-TB.

- iv. Os Programas Nacionais de Controle da TB deverão priorizar a implementação de estratégias para expandir o diagnóstico do DOTS e serviços de tratamento com vista a avançar rapidamente, rumo as metas da AMS, MDM, Abuja e Comissão Regional para o tratamento com sucesso da TB e detecção de casos. Isso inclui o reforço da capacidade dos Sistemas de Saúde de suspeitar e diagnosticar a tuberculose, e para reduzir as falhas do tratamento, ausências ao tratamento e transferências.
- v. Todos os países com uma epidemia de HIV generalizada (5% ou mais alta) no seio da população geral deverão programar e implementar exaustivamente a Estratégia Regional para controlar a TB-HIV, com ênfase específico no Acesso Universal a testagem de HIV nos pacientes de TB, ARV para pacientes seropositivos elegíveis e outras intervenções para a reduzir o fardo da TB nas Pessoas que Vivem com o HIV e SIDA, em pacientes de TB duplamente infectados.
- vi. Os Estados Membros devem alocar recursos suficientes para assegurar o fornecimento ininterrupto de medicamentos anti-TB de primeira linha, aos níveis central e da periferia, incluindo aprovisionamento tampão aos vários níveis.
- vii. Para os casos de resistência aos medicamentos deverão ser estabelecidos programas nacionais para determinar o fardo de MDR-TB e iniciar programas de tratamento para todos os casos confirmados. Os programas nacionais deverão igualmente mobilizar uma quantidade suficiente de medicamentos de segunda linha de qualidade assegurada, incluindo medicamentos a preços concessionados através da Comissão Green Light da Parceria Stop TB.
- viii. Os Estados Membros devem respeitar a exortação para a alocação de pelo menos 15% dos orçamentos nacionais para o desenvolvimento do sector de saúde e alocar parte suficiente desse valor para a prestação de serviços nas intervenções de controle da TB.

RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DA TUBERCULOSE EM ÁFRICA

1: ANTECEDENTES:

1.1 METAS DE CONTROLE DA TB:

1.1.1 Meta da Assembleia Mundial de Saúde:

Em 1991, todos os estados membros adoptaram uma resolução⁷ da Assembleia Mundial de Saúde (AMS) que estabelece duas metas para que o

⁷ Organização Mundial da Saúde. Resolução Quadrigésima Quarta da Assembleia da Organização Mundial da Saúde WHA44.8. Genebra, Organização Mundial da Saúde 1991. Relatório N°: WHA44/1991/REC/1

controle global da TB seja alcançado até 2000: **detectar 70% de casos da nova baciloscopia positiva da TB que surgem anualmente, e tratar com sucesso 85% destes casos**. Quando se tornou aparente que as metas do ano 2000 não seriam atingidas a tempo, a AMS adiou a data da meta para 2005. Até 2005, apenas um número reduzido de países tinham atingido as metas. Não obstante, a AMS recomendou que todos os países continuassem a levar a cabo estas metas operacionais, uma vez que estas são essenciais para alcançar impacto na epidemiologia da TB.

1.1.2 Alvos das Metas do desenvolvimento do Milénio e indicadores para o controle da TB:

Ao responder aos principais desafios mundiais de desenvolvimento, em 2000, os líderes mundiais estabeleceram as Metas de Desenvolvimento do Milénio com alvos e indicadores para 2015. A meta das MDM número 6, nomeadamente: Combater o VIH/SIDA, a malária e outras doenças incluindo a TB. A meta é “ até 2015 estancar e começar a reverter a incidência da malária e outras doenças principais”. Foram estipulados dois indicadores específicos relacionados coma TB:

- Incidência, prevalência e taxas de mortalidade associadas a tuberculose
- Proporção dos casos de tuberculose detectados e curados sob o DOTS. Isso é semelhante as metas da AMS e da Parceria Stop TB.

1.1.3: Metas da Parceria Stop TB:

Para operacionalizar as metas da AMS e as MDM, a parceria Stop TB definiu um quadro quantitativo para medir a redução da prevalência da TB e das taxas de mortalidade. Em aditamento, a Parceria Stop TB comprometeu-se a eliminar a TB entanto que um problema de saúde pública até 2050. Foram estabelecidas três metas, nomeadamente:

- *Pelo menos 70% das pessoas com baciloscopia positiva da TB serão diagnosticadas e pelo menos 85% curadas até 2005. Estas são semelhantes as metas estabelecidas pela AMS.*
- *Até 2015, o fardo global da TB (prevalência per capita e taxas de mortalidade) serão reduzidas em 50% relativamente aos níveis de 1990.*
- *A incidência global da doença da TB será de menos de 1 caso por um milhão de pessoas por ano (definição para a eliminação da TB) até 2050.*

1.1.4: Declaração de Abuja e Plano de Acção para o VIH/SIDA, Tuberculose e outras Doenças Infecciosas Afins (ORID) ⁸

⁸ Cimeira Africana sobre o VIH/SIDA, Tuberculose e outras doenças infecciosas relacionadas, Abuja, Nigéria. 24-27 Abril de 2001. OAU/SPS/ABUJA/3

Em Abril 2001, Os Chefes de Estado e de Governo reuniram-se em Abuja, numa Cimeira Especial da Organização da Unidade Africana (OUA) devotada especialmente a abordar os desafios excepcionais do VIH/SIDA, tuberculose (TB) e outras Doenças Infecciosas Afins (ORID). Na Cimeira, foi adoptada uma Declaração, que, entre outros, exortava ao estabelecimento de uma **meta de alocação de 15% dos orçamentos nacionais para o melhoramento do sector da saúde**, e que uma porção apropriada e adequada desse valor fosse posto a disposição das autoridades para lutar contra o VIH/SIDA, TB e ORID.

1.1.5: Declaração da TB como Emergência na Região de África

Em Agosto de 2005, evocando a Resolução AFR/RC44/R6 de Setembro de 1994 sobre a implementação do Curso de Curta Duração de Quimioterapia pelos Programas de Controle da TB na região; anotando os crescentes compromissos nacionais e internacionais para lutar contra a SIDA, tuberculose e a malária; e anotando o crescente fluxo de recursos financeiros disponibilizados, entre outros, pelo Fundo Global de Luta contra SIDA, Tuberculose e Malária a Parceria Stop TB e os parceiros bilaterais; e convencidos que a menos que sejam levadas a cabo acções extraordinárias para abordar a actual tendência da epidemia da TB uma emergência na esta apenas iria piorar; a 55ª sessão da Comissão Regional dos Ministros da Saúde da OMS da Região de África declarou a TB uma emergência na Região⁹ e apelou a acções extraordinárias urgentes para rapidamente se poder controlar a epidemia de TB. Entre outras acções, a resolução solicitava os Estados Membros a:

- Desenvolver e implementar com efeito imediato estratégias e planos de emergência para controlar o agravamento da epidemia de TB;
- Rapidamente melhorar a detecção de casos de tuberculose e as taxas de tratamento com sucesso; e
- Acelerar a implementação de intervenções para o combate a epidemia de TB/VIH, incluindo um maior acesso a ARV pelos pacientes duplamente infectados;

1.1.6: Cimeira Especial sobre VIH/SIDA, Tuberculose e Malária¹⁰

Em Maio de 2006, os Chefes de Estado e de Governo da União Africana, realizaram uma Cimeira Especial sobre VIH/SIDA, Tuberculose e Malária, para rever a situação da implementação das Declarações e Quadros de Acção da Cimeira de Abuja de 2000, relativamente a Fazer Recuar a Malária, e a Cimeira de Abuja de 2001 sobre VIH/SIDA, TB, e ORID. Durante a Cimeira, os Chefes de Estado e de Governo adoptaram a “ Exortação de

⁹ Resolução AFR/RC55/R5, 25 Agosto 2005

¹⁰ Cimeira Especial da União Africana sobre o VIH e SIDA, Tuberculosis e Malária (ATM). Abuja, Nigéria. 2-4 Maio, 2006. Sp/Assembly/ATM/2(I). Rev 3

Abuja para uma Acção Acelerada rumo ao Acesso Universal aos serviços de VIH/SIDA, Tuberculose e Malária”¹¹.

A Exortação, de forma colectiva, resolvia dar dedicação a um esforço exaustivo ancorado num mecanismo de implementação que aborde as seguintes áreas de programas:

- i: Liderança aos Níveis Nacional, Regional e Continental
- ii: Mobilização de Recursos
- iii: Protecção dos Direitos Humanos
- iv: Redução da Pobreza, Saúde e Desenvolvimento
- v: Reforço dos Sistemas de Saúde
- vi: Prevenção, Tratamento, Cuidados e Apoio
- vii: Acesso a Medicamentos e Tecnologias a um preço Acessível
- viii: Pesquisa e Desenvolvimento
- ix: Implementação a nível nacional
- x: Parcerias
- xi: Monitoria, Avaliação e Prestação de Contas

1.1.7 A Comissão Regional da OMS 2007 abordou a questão da TB e do VIH

Anotando que os casos de tuberculose subiram acima do triplo, em muitos países, nos últimos 10 anos, especialmente onde a prevalência do VIH é elevada e reconhecendo a importância da saúde pública das duas epidemias, a 57ª sessão da Comissão Regional para a Reunião Africana, em Brazavile, em Agosto de 2007 adoptou uma resolução exortando ao estabelecimento de um mecanismo de colaboração mais fortalecido e melhorada entre os Programas de Controle da Tuberculose e SIDA, por forma a aumentar a prevenção, detecção de casos e tratamento da TB no seio das Pessoas que Vivem com o VIH/SIDA, melhorar o acesso a Testagem e Aconselhamento para o VIH entre os pacientes de TB e controle de infecção para reduzir a transmissão.

2: Monitoria, Avaliação e Mecanismo de Reportagem para a Exortação

A Terceira Sessão da Conferência dos Ministros da Saúde da União Africana, realizada de 10 a 14 de Abril de 2007, em Joanesburgo, África do Sul, estabeleceu um acordo sobre um Mecanismo de Monitoria e Reportagem para a implementação dos compromissos de Abuja de 2006, sobre os serviços de VIH/SIDA, Tuberculose e Malária (ATM) para o período 2007-2010¹². O quadro é baseado nas áreas dos programas acordados pelos Chefes de Estado e de Governo conforme o previsto na secção 1.1.5.

¹¹ Apelo de Abuja para Acção Acelerada em relação ao Acesso Universal aos serviços de VIH e SIDA, Tuberculose e Malária em África. Sp/Assembly/ATM/2(I). Rev 3

¹² Fortalecimento dos Sistemas de Saúde para a Equidade e Desenvolvimento em África. Terceira Sessão da Conferência dos Ministros da Saúde da União Africana, Joanesburgo, África do Sul. CAMN/MIN/9 (III)

2.1: As metas de Abuja devem ser alcançadas por uma África Unida até 2010

Dentro do quadro de monitoria e avaliação acordado para a implementação da Exortação de Abuja, os Estados Membros irão intensificar a luta contra as três doenças e atingir outras metas acordadas a nível internacional.

Em aditamento, as metas da OMS, MDM, Parceria Stop TB em Abuja, em 2001 reflectidas nas secções 1.1.1-1.4¹³, a Cimeira estabeleceu as seguintes metas específicas, relativas a Tuberculose a serem alcançadas por uma África Unida até 2010:

- *100% dos pacientes de TB possuem acesso a serviços de Testagem e Aconselhamento*
- *100% dos pacientes de TB com VIH elegíveis têm acesso ao tratamento anti-retroviral*

3: Definições de Operação¹⁴:

3.1 Classificação e categorização dos pacientes

3.1.1 Um caso de tuberculose: *Um paciente, no qual a TB foi bacteriologicamente confirmada, ou tenha sido diagnosticada por um clínico.*

3.1.2 Tuberculose pulmonar: *Tuberculose dos pulmões bacteriologicamente confirmada (caso definitivo de TB) ou um caso de tuberculose pulmonar que não responde ao critério de confirmação bacteriológica, mas pelo menos, duas expectorações da baciloscopia negativa relativamente ao bacilo da TB, responde a uma série de antibióticos de largo espectro, entre os que não são usados no tratamento da TB, anomalias radiológicas, consistentes com tuberculose pulmonar activa e uma decisão tomada por um clínico para tratar com uma série completa de quimioterapia anti-tuberculose.*

3.1.3 Tuberculose Extra-pulmonar: *A Tuberculose de órgãos que não sejam os pulmões, por exemplo a pleura dos pulmões, nodos linfáticos, abdómen, tracto genital-urinário, pele, articulações e ossos, meninges, etc. O diagnóstico é baseado em pelo menos uma amostra cultura-positiva, histológica ou uma forte evidência clínica, consistente com a tuberculose extra-pulmonar, seguida de uma decisão de um clínico para tratar com uma*

¹³ Para detectar 70% de casos positivos. Casos de TB aumentando anualmente, e para tratar com sucesso 85% destes casos; ter reduzido para metade até 2015 e ter começado a reverter a incidência da malária e de outras doenças principais, e as metas de WHA e dos ODMs e mais a redução da prevalência por capita e dos índices de de morte até 50% em relação aos níveis de 1990, e redução da incidência da TB para menos do que um caso por um milhão de habitantes até ao ano de 2050

¹⁴ Adaptado da Vigilância sobre o Controle Global da Tuberculose, planificação, financiamento: Relatório de 2008 da OMS. WHO/HTM/TB/2008.393

quimioterapia completa anti-tuberculose. Um paciente diagnosticado com TB extra-pulmonar e pulmonar é classificado como um caso de TB pulmonar.

3.1.4 Caso novo de TB: Um paciente que nunca tenha sido tratado com medicamentos anti-tuberculose por menos de um mês.

3.1.5 Caso de reincidência: Um paciente previamente tratado relativamente a TB que foi declarado curado ou completamente tratado, mas é diagnosticado com TB bacteriologicamente confirmada novamente.

3.1.6 Tratamento após Insucesso: Um paciente de TB que tenha começado um novo regime de tratamento anti-TB, após o insucesso no regime do tratamento anterior.

3.1.7 Tratamento após ausências: Um paciente de TB que retorne para tratamento com bacteriologia positiva, na sequência da interrupção do tratamento por um período de dois meses ou mais.

3.1.8 Outras: Todos os casos que não se enquadrem em nenhuma das definições padrão acima.

3.1.9 Taxa de detecção de casos: proporção de casos de TB identificados relativamente aos casos estimados existentes numa população referente. O diagnóstico é principalmente no seio dos adultos através de um microscópio de baciloscopia de expectoração, cultura ou qualquer outro teste recomendado para diagnóstico da TB, pela OMS.

3.2 Resultados do tratamento em pacientes com TB pulmonar bacteriologicamente confirmados:

3.2.1 Curados: Um novo paciente de TB ou novamente tratado que tenha baciloscopia positiva da TB no início do tratamento e tenha expectoração baciloscópica ou cultura negativa no último mês do tratamento e em pelo menos uma ocasião prévia no decurso do tratamento.

3.2.2 Tratamento completo: Um paciente que tenha completado o tratamento, mas que não preenche os requisitos para ser classificado como cura ou insucesso.

3.2.3 Taxa de sucesso do tratamento: proporção de casos de TB sob tratamento que estão curados, mais aqueles que tenham concluído o tratamento, mas que não tenham evidência bacteriológica para cura relativamente a todos outros com baciloscopia ou cultura positiva que iniciaram o tratamento durante um determinado período.

3.2.4 Insucesso no tratamento: Um paciente que, enquanto num regime de tratamento de primeira linha ou de re-tratamento, é bacteriologicamente positivo em 5 meses, ou mais tarde, no decurso do tratamento ou que albergue uma estirpe MDR ou XDR a qualquer altura o tratamento.

3.2.5 Mortalidade por TB: Um paciente com TB, conhecido, que morra devido a qualquer causa enquanto ainda tiver TB.

3.2.6 Ausente do tratamento: Um paciente cujo tratamento foi interrompido por dois meses consecutivos ou mais.

3.2.7 Transferência: Um paciente que tenha sido transferido.

3.3 TB resistente aos medicamentos

3.3.1 TB resistente a medicamentos múltiplos: TB causada por uma estirpe resistente a, pelo menos, a Isoniazid (H) e Rifampicina ® ao mesmo tempo.

3.3.2 TB extensivamente resistente aos medicamentos TB (XDR-TB : TB causada por uma estirpe resistente a pelo menos, a Rifampicina e Isoniazid (por exemplo MDR-TB), acrescido de resistência a qualquer medicamento da família do fluoroquinolone, tal como Ciprofloxacina e Ofloxacina; e igualmente resistente, a pelo menos, um dos medicamentos anti-TB injectáveis de segunda linha, tais como Capreomycin, Kanamycin e Amikacin.

4: Análise da Situação. Relatório sobre a situação da TB na Região Africana da OMS

4.1: Liderança aos Níveis Nacional, Regional e Continental

Desde que a TB foi declarada uma emergência na Região de África, 18 países¹⁵ declararam a TB como uma emergência/crise nacional e implantaram planos de acção especiais para acelerar o seu controle.

Em Agosto de 2007, a 57ª sessão dos Ministros da Saúde da Região de África adoptaram uma Estratégia para o controle da dupla epidemia TB/HIV que realça o reforço dos mecanismos para colaboração entre os programas de controle da TB e do VIH/SIDA, aumento da prevenção, detecção de casos e tratamento da TB no seio das pessoas que vivem com VIH e SIDA, aumentado o acesso, a testagem e aconselhamento para o VIH entre os pacientes de TB, controle da infecção para reduzir a transmissão, advocacia, comunicação e mobilização social, bem como pesquisa.

Durante a sua 46th Conferência, os Ministros da Saúde da comunidade de saúde da África Oriental, Central e Austral (ECSA), em Março de 2008, adoptaram entre outras, uma resolução para o aumento do acesso aos medicamentos e dispositivos médicos que exorta a todos os estados membros a desenvolver e implementar políticas nacionais de medicamentos até 2009 e rever as listas dos medicamentos essenciais e as directrizes de tratamento, pelo menos de dois em dois anos.

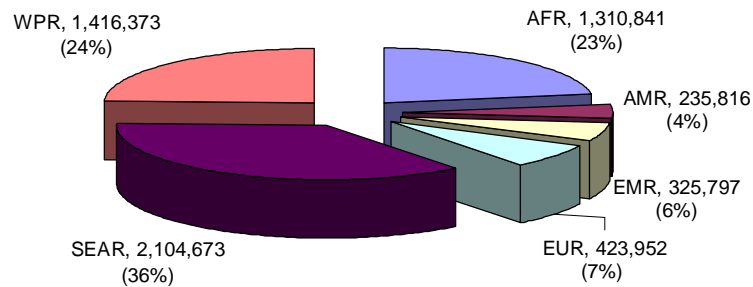
¹⁵ Botsuana, Burkina Faso, Costa do Marfim, RDC, Guiné Conakry, Quênia, Lesoto, Malawi, Mali, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Tanzânia, Togo e Zâmbia

4.2 Prevenção, Tratamento, Cuidados e Apoio

4.2.1 Tendência das Notificações de TB

Os casos absolutos de TB notificados na Região continuam a aumentar a cada ano. Com aproximadamente apenas 11% da população mundial, a Região contribui para mais de 20% do fardo global da TB (Figure 4.21).

Figure 4.2.1: Proporção de casos de TB notificados pela Região da OMS. 2006



Taxas de notificação (por 100,000 população) para todas as formas de TB aumentaram de 82 em 1990 para 160 em 2006. Para novos casos de baciloscopia positiva, a taxa subiu de 19 em 1993 para 72 em 2006. Com a taxa a este ritmo, as MDM relativas as taxas de 1990 são susceptíveis de não ser alcançadas em toda a região. (Tabela 4.2.1).

Tabela 4.2.1: Tendência das taxas de notificação de TB por países. Região de África

Taxas de notificação da nova baciloscopia-positiva. Região de África 1993–2006															
	Rate (per 100 000 population)														
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Argélia		25	20	23	26	25	26	27	26	26	27	26	26	26	
Angola	42	36	31	63	64	55	54	65	83	123	125	130	127	130	
Benin	29	27	30	29	29	29	31	32		31	31	31	32	34	
Botswana	101	109	122	158	172	186	161	179	174	188	170	172	173	175	
Burkina Faso		6	10	13	10	12	12	13	12	12	13	14	16	19	
Burundi	31	25	18	24	32	43	45		44	40	42	43	42	38	
Camarões	17	14	21	16	24	29	38	25	29	48	63	64	73	76	
Cape Verde			28	28	25	24			30	23	34	34	27	25	
Republica Centro Africana				52	56	63	71	72		35	69	69	71	51	104

Chade			28	12			36			39	38	23	25	
Comoros			17	17	16	15	16	12	13	10	6	8	10	8
Congo		62	72	87	67	67	71	132	131	149	101	117	101	91
Costa do Marfim	50		55	58	57	61	60	50	63	62	64	67	67	68
DR Congo	35		46	52	52	69	71	71	81	83	97	109	111	105
Equatorial Guinea			57	53	56	69						86		
Eritrea					4	4	15	16	18	16	21	17	15	14
Ethiopia		10	15	21	25	29	32	44	46	50	53	54	49	45
Gabon		38	46	24	52	78	79		94	84	99	104	81	87
Gambia			67	62	66	70	64			70	68	64	70	73
Ghana		33	15	35	39	40	35	36	37	37	36	33	33	34
Guinea	31	30	31	38	39	43	44	48	49	51	52	57	61	64
Guinea-Bissau			80	75	68	42	53	38		62	64	77	71	63
Kenya	39	43	51	60	66	81	89	92	98	104	113	119	113	107
Lesotho	84	78	79	102	134	136	147	161		164	187	217	216	202
Liberia	75		54	29		44		33	29	61	40	74	63	81
Madagascar	52	54	58	59		63			67	66	73	75	70	81
Malawi	58	60	62	65	72	80	72	71	70	63	61	66	64	60
Mali		20	21	24	35	27	28	25		26	28	27	30	32
Mauritania			93		107	48	82	62				58	39	49
Mauritius			10	9	10	9	10	10	7	7	8	10	9	7
Mozambique	64	63	66	64	66	70	72	73	75	80	82	85	87	87
Namibia			42	167	184	200	204	213	237	241	279	259	259	262
Niger	5	21	16		35	31	25	27	30	29	36	34	38	38
Nigéria	2		9	10	10	11	13	14	18	17	21	24	25	28
Ruanda			33	35	44	63	56	45	38	45	52	46	45	45
Sao Tome & Principe							22	21	29	29	22	33	32	23
Senegal		52	60	64	57	56	50	56	57	53	59	56	57	
Seychelles	3		8	14	17	11	12	14	15	11	6	15	9	
Sierra Leone		34	35	54	54	53		55	57	60	60	69	78	81
South Africa			56	99	125	150	161	167	182	212	247	266	262	272
Swaziland			69	228			171	172	119	129	144	171	194	224
Togo	13		20	20	19	18	17	18		21	22	26	29	33
Uganda	60	72	64	70	76	78	77	70	68	73	75	75	71	68
UR Tanzania	55	59	67	70	70	74	73	71	71	68	68	69	66	63
Zambia		107	108	127			114	124	122	150	171	153	129	120
Zimbabwe	47		76	100	119	117	115	114	120	124	112	112	100	96
AFR	19	21	36	44	45	51	54	54	59	65	71	75	73	72

Não obstante o incremento absoluto de notificações e das taxas, nota-se uma tendência de estabilização das taxas gerais e um declínio no número de casos de nova baciloscopia positivo desde o ano de 2004 (Figura 4.2.2). Estas constatações são consistentes com o aparente declínio nos casos de TB em geral, a nível global.¹⁶

4.2.2: Prevalência Estimada, taxas de incidência e de mortalidade

Relativamente as metas de MDM e com base numa linha de base de 1990 conforme o estipulado na operacionalização das metas MDM da Parceria Stop TB, a taxa de prevalência regional estimada de TB, incidência e

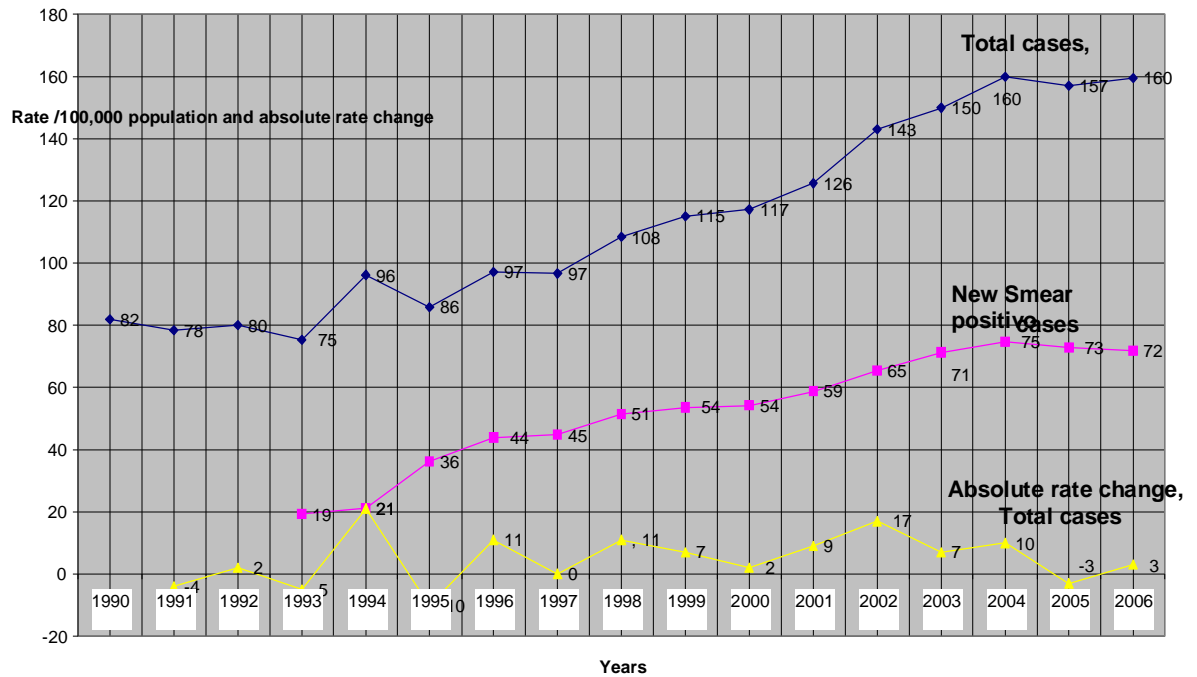
¹⁶ Relatório Global da OMS sobre TB, 2008

mortalidade tem aumentado e com base nas actuais tendências as metas são suscetíveis de não serem alcançadas até 2015 (Figure 4.2.2)

Porém, de acordo com o Relatório Global da OMS para 2008, até ao final de 2006, seis países¹⁷ já tinham estancado e começado a reverter a incidência da baciloscopia positiva da TB, conforme o especificados nas metas básicas das MDM.

Outros 6 países¹⁸ já tinham começado a reverter a prevalência estimada de TB, enquanto quatro países, nomeadamente Angola, Ilhas Comores, São Tomé & Príncipe e as Seicheles já tinham estancado e começado a reverter as taxas de mortalidade (Tabela 4.2.2)

Figure 4.2.2: Trend of notification rates for total and smear positive cases, and absolute rate change for total cases. African Region 1990-2006



¹⁷ Comores, Gana, Mali, Maurícias, São Tomé & Príncipe e Seychelles

¹⁸ Angola, Benin, Cabo Verde, Eritrea, Guiné Bissau e Níger

Figure 4.2.2: Estimated TB prevalence, Incidence and death rates. African Region 1990-2006

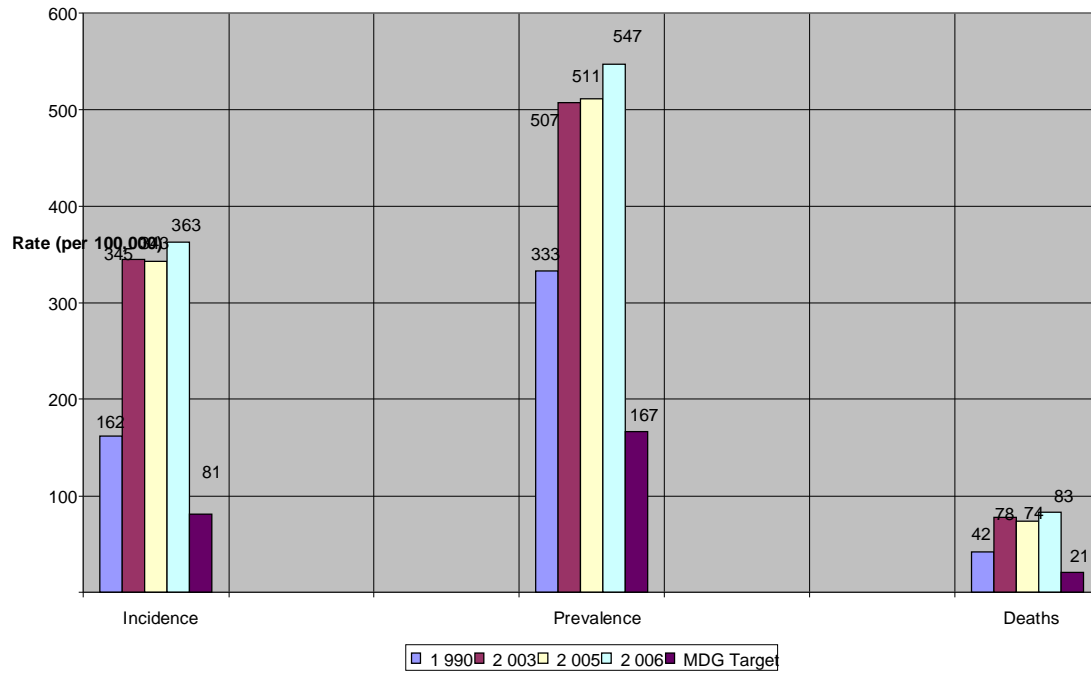


Table 4.2.2: Taxas de Prevalência Estimada, Incidência e Mortalidade (por 100,000)

Associado TB (Fonte: Relatório Global da OMS TB 2008)

País	Prevalência		Incidência				Mortalidade	
	a		All Forms		Smear +ve		All Forms	
	1990	2006	1990	2006	1990	2006	1990	2006
Argélia	44	56	37	56	17	25	2	2
Angola	514	344	203	285	91	127	58	29
Benin	140	135	77	90	34	39	15	18
Botswana	294	454	240	551	98	218	34	91
Burkina Faso	337	476	159	248	69	108	50	71
Burundi	307	714	147	367	64	162	38	91
Camarões	193	237	77	192	34	83	22	29
Cape Verde	413	324	162	168	73	76	46	36
Republica Africana Centro	336	528	138	345	60	149	40	80
Chade	254	570	119	299	53	131	29	76
Comoros	186	86	85	44	38	20	15	7
Congo	251	566	161	403	70	177	36	80
Cote d'Ivoire	330	747	168	420	73	183	40	105
DR Congo	266	645	156	392	69	173	35	84
Equatorial Guinea	176	404	102	256	45	112	19	54
Eritrea	231	218	72	94	32	42	20	22
Ethiopia	307	641	151	378	67	168	37	83
Gabon	383	428	153	354	68	152	44	69
Gambia	347	423	183	257	82	114	38	53
Ghana	532	379	224	203	99	90	60	48
Guinea	254	466	122	265	55	118	29	56
Guinea-Bissau	403	313	156	219	70	97	39	40

Kenya	133	334	116	384	45	153	29	72
Lesotho	254	513	184	635	77	255	30	88
Liberia	333	578	132	331	59	147	37	70
Madagascar	365	415	176	248	79	111	38	45
Malawi	321	322	258	377	99	143	75	111
Mali	715	578	302	280	135	124	80	69
Mauritania	576	606	225	316	101	142	63	71
Mauritius	50	40	26	23	12	10	4	4
Mozambique	298	624	177	443	77	186	36	117
Namibia	674	658	306	767	132	316	75	96
Niger	315	314	124	174	55	78	35	36
Nigeria	278	615	124	311	55	137	32	81
Ruanda	201	562	159	397	62	162	62	128
Sao Tome & Principe	345	252	135	103	61	46	38	26
Senegal	378	504	192	270	86	121	42	58
Seychelles	113	56	43	33	20	15	9	5
Sierra Leone	491	977	214	517	96	230	55	119
South Africa	774	998	301	940	130	382	78	218
Swaziland	665	1,084	267	1,155	113	458	76	278
Togo	775	787	327	389	145	171	89	105
Uganda	296	561	163	355	69	154	56	84
UR Tanzania	270	459	178	312	77	135	36	66
Zambia	636	568	297	553	123	228	100	102
Zimbabwe	246	597	136	557	54	227	47	131
AFR	333	547	162	363	70	155	42	83

4.2.3: Situação da detecção de casos e taxas de tratamento com sucesso

Com base no Relatório Global sobre a TB da OMS para 2008, até aos finais de 2006, 10 países¹⁹ já tinham atingido a meta da Assembleia Mundial de Saúde de 70% de taxa de detecção de casos, e 8 países²⁰ tinham alcançado a taxa 85% de tratamento com sucesso. Apenas 2 países (Argélia e o Benin) tinham atingido as duas metas (Tabela 4.2.3).

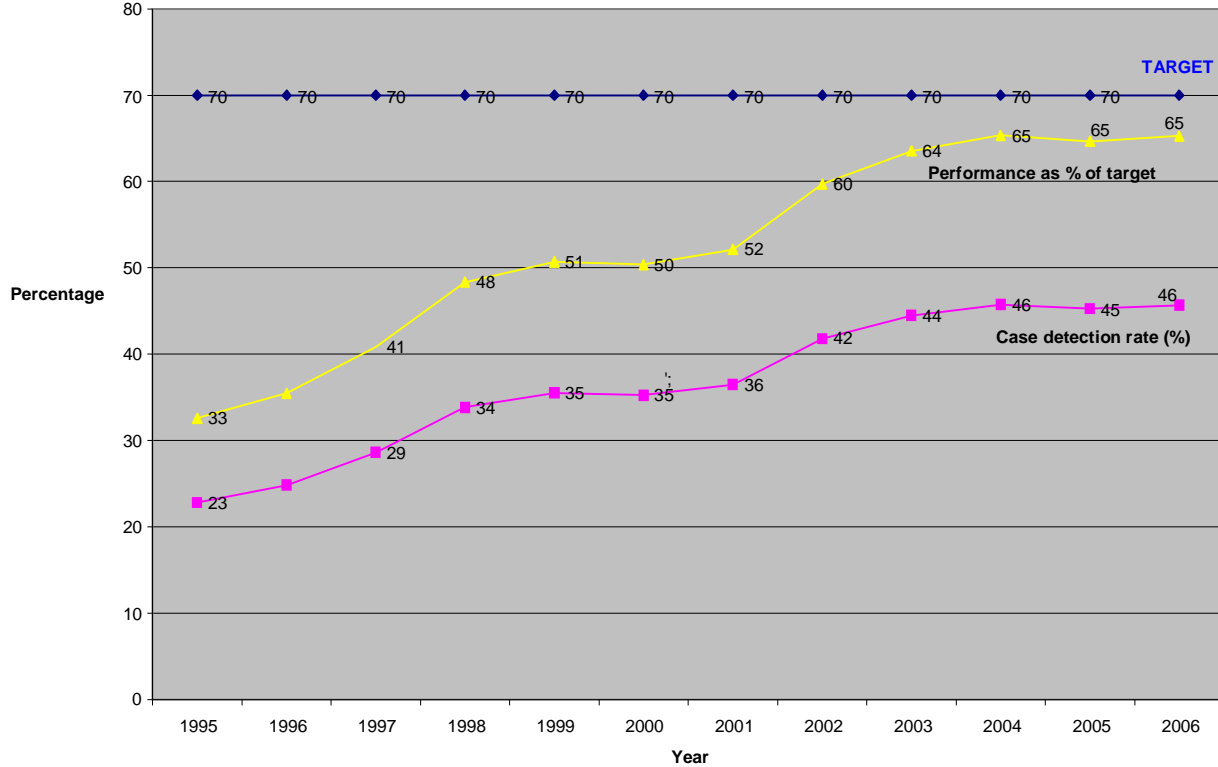
a): Taxas de detecção de casos:

Com 46%, a taxa de detecção de casos da nova baciloscopia positiva da TB para a Região de África continua longe da meta de 70% estabelecida pela AMS, MDM e pela Exortação dos Chefes de Estado e de Governo da União Africana para Acesso Universal. Se por lado últimos cinco anos houve um aumento (Figura 4.2.3 (a)), a região apenas chegou aos 65% da meta.

¹⁹ Argélia, Angola, Benin, Botswana, Camarões, Quénia, Lesoto, Madagáscar, Namíbi e África do Sul

²⁰ Argélia, Benin, Comores, RD do Congo, Eritrea, Gâmbia, Maurícias e Serra Leoa

Figure 4.2.3(a): Trend of case detection rate and percentage of target



b): Taxas de Tratamento com Sucesso

Situada nos 76%, a taxa de tratamento com sucesso (89% da meta) para o novo grupo de pacientes com a nova baciloscopia positiva da TB está muito longe de atingir as metas da AMS, MDM, Parceria Stop TB e de Acesso Universal da UA. Apenas oito países da Região de África²¹ conseguiram alcançar a meta. Isso comparado com países em 2001, três países em 2002, quatro países em 2003, e oito países em 2004. Outros quatro países²² conseguiram atingir uma taxa de tratamento com sucesso acima de 80%, mas abaixo de 85%. Todavia, a taxa de tratamento com sucesso tem estado a aumentar gradualmente desde 1999. (Figura 4.2.3(b)).

²¹ Argélia, Benin, República Democrática do Congo, Eritrea, Gâmbia, Maurícias e Serra Leoa
²² Quênia, Ruanda, República Unida da Tanzânia e Zâmbia

Figure 4.2.3(b): Trend of treatment success rate and percentage of expected target. African Region 1994-2005

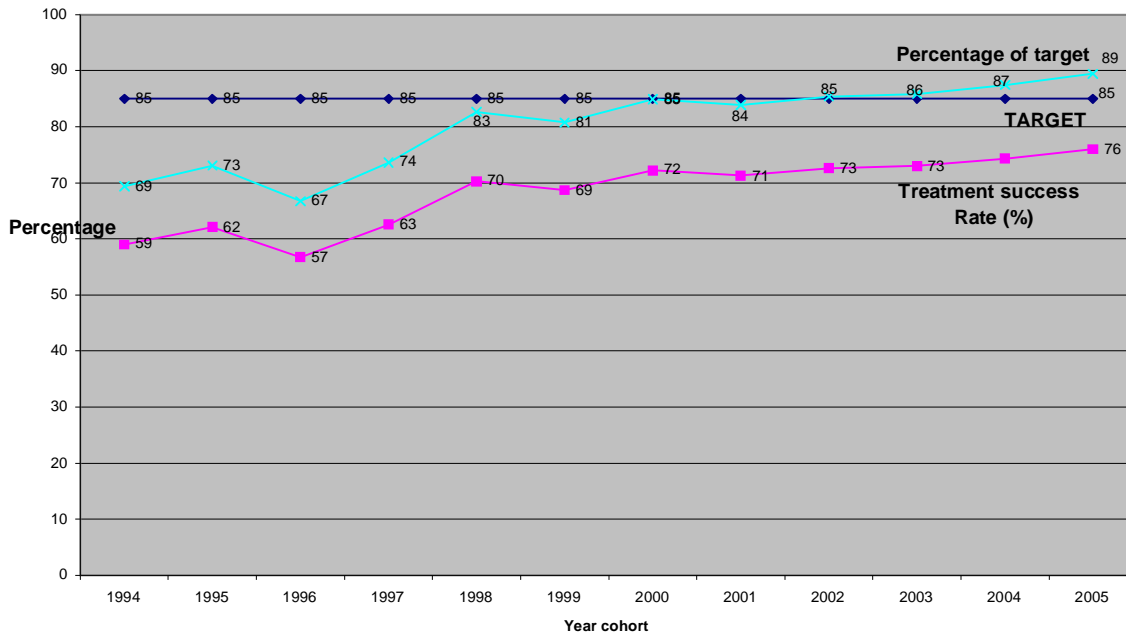


Tabela 4.2.3: Proporção de casos de nova baciloscopia positiva da TB detectados e curados sob o DOTS

País	Taxa de detecção de casos (%) (meta de 70%)			Taxa de Tratamento com Sucesso (%) (85% target)		
	1995	2000	2006	1995	2000	2005
Argélia	-	126	102	-	87	87
Angola	-	-	76	-	68	72
Benin	83	86	86	73	-	87
Botswana	73	75	80	67	77	70
Burkina Faso	11	17	17	25	60	71
Burundi	19	-	24	45	80	78
Camarões	-	31	91	-	77	74
Cape Verde	-	-	33	-	-	64
Republica Africana	-	-	69	37	57	65
Chade	36	-	-	47	-	-
Comoros	54	49	42	90	93	91
Congo	69	86	51	-	69	28
Cote d'Ivoire	50	32	37	68	-	75
DR Congo	41	48	61	80	78	85
Equatorial Guinea	85	-	-	89	-	-
Eritrea	-	42	35	-	76	88
Ethiopia	15	30	27	61	80	78
Gabon	-	-	58	-	-	46
Gambia	74	-	64	76	-	87
Ghana	15	37	38	54	50	73
Guinea	44	54	55	78	68	72
Guinea-Bissau	-	45	64	-	-	69
Kenya	57	51	70	75	80	82
Lesotho	59	72	79	47	-	73
Liberia	-	26	55	79	80	76
Madagascar	52	-	73	55	70	74

Malawi	42	44	42	71	73	73
Mali	16	17	26	59	-	75
Mauritania	-	-	34	-	-	55
Mauritius	89	90	67	-	93	86
Mozambique	57	45	47	39	75	79
Namibia	21	77	83	-	56	75
Niger	-	40	49	-	65	74
Nigeria	11	12	20	49	79	75
Ruanda	35	33	27	-	61	83
Sao Tome & Principe	-	-	-	-	-	-
Senegal	62	53	-	44	52	-
Seychelles	-	83	-	89	82	-
Sierra Leone	28	33	35	69	77	86
South Africa	-	58	71	-	66	71
Swaziland	-	-	49	-	-	42
Togo	13	11	19	60	-	71
Uganda	-	48	44	-	63	73
UR Tanzania	57	49	46	73	78	82
Zambia	-	-	53	-	-	84
Zimbabwe	-	45	42	-	69	68
AFR	23	35	46	62	72	76

4.2.4: Prevalência da TB resistente aos medicamentos

A TB resistente aos medicamentos constitui uma componente silenciosa da epidemia da TB na região. Até a ocorrência do XDR-TB ser reportada no início de 2006, prestava-se pouca atenção a identificação e tratamento da TB resistente aos medicamentos, embora a evidência indique que esta existe em todo o lado e está a ser sondada.

A notificação regular dos casos iniciada em 2007 gerou 8,474 casos de MDR-TB em 28 países. Quatro países, nomeadamente, Botswana (2 casos), Lesoto (1 caso), Moçambique (1 caso) e África do Sul (536) reportaram igualmente 541 casos de XDR-TB. No final de 2007, ainda havia 10 Estados Membros sem instalações para cultura da TB e testagem da susceptibilidade dos medicamentos, constituindo 78.3% de cobertura por país. A Tabela 4.2.4 mostra casos de MDR-TB notificados por país no decurso de 2007 e a situação dos programas dos países para MDR/XDR-TB até Janeiro de 2008.

Tabela 4.2.4: Casos de MDR-TB notificados Janeiro-Dezembro 2007, e situação dos programas de tratamento

Country	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	July	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Total	Status of treatment programme
Argélia														Present, supported Govt
Angola						2							2	None, ad hoc
Benin	0	0	3	0	0	1	1	0	1	0	0	0	6	Present, supported Govt
Botswana			9	0	1	12	11	7	9	2	20	28	99	Present, supported Govt
Burkina Faso														Present, supported GLC
Burundi	4	4	2	2	3	2	2	1	4	1	4	2	31	None, ad hoc
Camarões	2	7	2	2	1	2	3	0	3	1	0	5	28	None, ad hoc
Cape Verde														No C & S lab
CAR						5							5	None, ad hoc
Chade														No C & S lab
Comoros														No C & S lab
Congo Brazzaville														No C & S lab
Cote d'Ivoire	0	2	1	4	1	6	0	0	0	6	1	0	21	None, ad hoc
DRC	10	8	14	17	20	15	22	11	16	11	4	7	155	Present, supported GLC
Ethiopia	14	10	12	14	14	9	19	12	14	10	9	8	145	None, ad hoc
Eritrea														No C & S lab
Equatorial Guinea														None, ad hoc
Gabon														No C & S lab
Gambia														None, ad hoc

Ghana															None, ad hoc
Guinea Conakry															Present, GLC supported
Guinea Bissau															No C & S lab
Kenya	5	7	7	9	7	9	9	8	3	9	4		77	Being set up, GLC supported	
Lesotho							2	17	1	17	5	4	46	Being set up, GLC	
Liberia															No C & S lab
Madagascar	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	3	0	6	None. Ad hoc	
Malawi						1							1	None, ad hoc	
Mali	2	2	1	0	1	1	1	4	1	0	0	0	13	Starting, KNCV & Gvt	
Mauritania					3			3					6	None	
Mauritius															None, Ad hoc
Mozambique	10	12	9	9	7	27	13	15	6	36	16	3	163	Present, GLC supported	
Namibia													150	Present, Govt supported	
Niger	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	None, ad hoc	
Nigeria	1	0	2	0	5	1	1	2	1	0	1	2	16	None. Ad hoc	
Ruanda	6	9	12	6	12	13	8	5	13	9	4	8	105	Present, GLC supported	
Sao Tome						1							1	No C & S lab	
Senegal						9							9	None, ad hoc	
Seychelles															None, ad hoc
Sierra Leone															None, ad hoc, NO DST
South Africa	611	546	671	529	769	748	466	594	722	739	460	514	7369	Present, Gvt supported	
Swaziland												67	67	Present, Gvt supported	
Togo													0	None, ad hoc	
Tanzania						8							8	Being set up, GLC pre-approval stage	
Uganda												67	67	Present, GLC supported	
Zambia	3	0	4	10	1	0	0	1	0	0	2	5	26	Present, Gvt supported	
Zimbabwe															None, ad hoc
AFR	668	607	750	602	847	873	558	680	795	841	533	720	8624		

4.2.5: Situação da implementação das intervenções de TB/HIV

As metas chave da Cimeira Especial de Abuja para as intervenções de HIV/TB consistem em testar 100% dos pacientes de TB relativamente ao HIV e iniciar o tratamento ARV a pacientes co-infectados de TB elegíveis. Em 2006 apenas, apenas 22% dos casos notificados (287,945 casos de TB) foram testados relativamente ao HIV, dos quais, 150,739 (52.3%) tiveram resultado positivo. Isso é comparado a 11.2% e 52.0% respectivamente para 2005, por país.

De facto aqueles cujo resultado foi positivo, 37.1% iniciaram a Terapia Anti-Retroviral (ARV, elevando de 27.3%) em 2005, mas ainda está longe de atingir a meta de 100%. A esta taxa, a região é susceptível de não atingir a meta de 100% até 2010, estabelecida pela Cimeira Especial.

Não obstante 11 países²³ registaram uma cobertura de superior a 30%, variando de 30.8% no Ruanda a 56.9% no Malawi. A Zâmbia com a cobertura mais alta em 2005, registou um declínio na cobertura durante o ano de 2006. Mais, 89.1% iniciaram uma terapia preventiva com Co-trimoxazole (CPT), um aumento de 23.4% comparado com a cifra de 72.2% para 2005. Com base nesta tendência, é possível que até 2010 a cobertura de 100% com esta intervenção possa ser alcançada. A esta taxa, o Acesso Universal a CPT é susceptível de ser alcançado até 2010. A Tabela 4.2.5 indica a cobertura para as três intervenções por país para 2005 e 2006.

Country	Total cases notified		Proportion (%) of notified cases tested for HIV		Proportion of tested cases positivo for HIV		Proportion (%) HIV positivo put on CPT		Proportion (%) HIV positivo put on ART	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Argélia	21336	21263								
Angola	38317	54699								
Benin	3,457	3734	23	88.9	13.8	14.9	0	68.2	0	43.1
Botswana	10,228	8,519	22.4	53.8	79.8	71.1	0	0	0	0
Burkina Faso	3,659	4,248	33.2	33.2	46.1	50.8	67.8	65.7	32.4	26.9
Burundi	6627	6176	0	0						
Camarões	22,073	24879	0	34.7		38.9		0		0
Cape Verde	305	276	97.7	97.8	4.7	3	0	100	100	0
Republica Centro Africana	3411	6375	0	0						
Chade	6505		0							
Comoros	112	116	100	100	1.8	1.7	100	0	100	0
Congo	9959	8600	0	0						
Costa do Marfim	20,026	21,145	20.4	27.5	38	36.7	38	55.6	13.9	46.7
DR Congo	99,558	98,139	1.9	1.3	20.5	14.3	73.6	90.4	0.8	54.3
Equatorial Guinea										
Eritrea	3612	3136	0	0						
Ethiopia	125,135	123,009	2.6	2.6	41.1	39.8	88.3	85.6	29.4	27.3
Gabon	2611	3206	7.1	20.1	100	100	100	100	0	0
Gambia	2120	1881	0	29.2		25.8		0		16.2

²³ Benin, Costa do Marfim, RDC, Guiné Bissau, Quênia, Malawi, Maurícias, Moçambique, Ruanda, África do Sul e Zâmbia

Ghana	12,124	12511	7	17.1	40.3	33.3	100	68.2	36.8	13.9
Guinea	7090	9076	0	0						
Guinea-Bissau	1816	2161	11	7	55	56.3	100	100	30	50.6
Kenya	108,401	115,234	14.4	60.1	57.2	52	44	141.2	17.3	42.9
Lesotho	10,802	13368	1.4	18.8	81.4	88.6	78.7	56.2	0	8.6
Liberia	3456	4514	3.3	15.2	12.3	14.7	0	0	0	0
Madagascar	19475	22,517	9	0	0.9		0		0	
Malawi	27,610	27,011	44.3	63.9	69	69.9	91.7	93.2	49.2	56.9
Mali	4877	5224	0	9.2		14.6		0		0
Mauritania	2218	2766	0.5	0	0					
Mauritius	127	115	90.6	87	1.7	5	100	80	50	80
Mozambique	33,718	35632	0	24.2		70.4		17.4		45.9
Namibia	15894	15,771	16	0	57.5		0		0	
Niger	8224	8755	0	0			42.8		34.2	
Nigeria	66,848	74,225	10.3	10.1	18	20.7	0	0	0	0
Ruanda	7,680	8,283	65.1	76.1	45.5	40.7	15.3	43.9	12.8	30.8
Sao Tome & Principe	142	153	100	100	3.5	2	0	0	0	0
Senegal	10120		0							
Seychelles	14		0				100		100	
Sierra Leone	6,930	8208	0	15		8.5		100		0
South Africa	302,467	341,165	22.5	32.3	51.9	52.8	100	97.9	33	40.1
Swaziland	8,864	9195	0	20.1		79.9		87.9		19.4
Togo	2636	2924	0	0						
Uganda	41,809	41,579	25.2	26	71.3	58.9	25.1	23.2	10.1	7.9
UR Tanzania	64,200	62,100	2.5	11.5	52.1	50.5	61.1	56.9	22.4	25.9
Zambia	53,267	51,179	2	22.6	56.7	62.2	0	30.6	68.1	37.9
Zimbabwe	54891	47774	0	0						
AFR	1,254,751	1 310 841	11.2	22	52	52.3	72.2	89.1	27.3	37.1

Com base nestas cifras, a proporção de casos de TB testados relativamente ao HIV duplicou entre 2005 e 2006, mas está muito longe da meta de 100% de Acesso Universal.

Por país, apenas as Ilhas Comores e São Tomé e Príncipe tinham atingido a meta nos dois anos. Cabo Verde e as Maurícias consistentemente testaram mais de 80% de casos notificados e deverão facilmente alcançar a meta estabelecida até 2010. O Benin, Botswana, Etiópia, Quênia, Malawi e Ruanda estão igualmente a alcançar um progresso considerável de ano para o ano para alcançar a meta até 2010.

4.3: Acesso a medicamentos anti-TB essenciais

O fornecimento ininterrupto de medicamentos da TB de primeira linha é um requisito básico para a efectividade do DOTS, com base nos programas de Controle da TB. Com o estabelecimento da Instituição Global de Medicamentos (GDF) para o acesso a medicamentos anti-TB de primeira linha, gratuitos a todos os programas com base no DOTS com um PIB inferior a USD 3.000, a disponibilidade de medicamentos anti-TB de primeira linha melhorou consideravelmente. No final de Dezembro de 2007, um total de 36 países elegíveis da região que se candidataram para a GDF e asseguraram subvenções para medicamentos anti-TB de primeira linha para 3 anos, incluindo formulas pediátricas para alguns países.

Não obstante, a última informação disponível²⁴ indica que apenas 69% dos 42 países que submeteram relatórios tinham proporcionado fornecimento

²⁴ Relatório Global da OMS sobre a TB, 2008

ininterrupto de medicamentos anti-TB de primeira linha tanto a nível central como periférico durante o ano de 2006, enquanto 92.8% tinham fornecimento ininterrupto a nível periférico. Uma vez que a implementação é geralmente a nível periférico, aproximadamente 7.2% dos países, a dada altura, esgotaram o aprovisionamento de medicamentos, limitando assim o acesso destes. Esta é uma derrota significativa relativamente ao Acesso Universal ao tratamento essencial da TB.

Para o tratamento da TB resistente aos medicamentos, dos 26 países que reportaram, pelo menos, um caso de MDR ou XDR-TB durante o ano de 2007, apenas 17 países (65.4%) tem um programa de Tratamento organizado. Mesmo assim, com a excepção daqueles que são apoiados pelo GLC, nem todos os pacientes tem acesso a medicamentos da TB de segunda linha. Desde Janeiro de 2008, apenas 9 países²⁵ tinham se candidatado e o seu acesso a medicamentos de segunda linha a preços consessionados foi aprovado pela Comissão Green Light (GLC) da Parceria stop TB. Esta instituição está disponível para todos os DOTS baseados em Programas de Controle da TB e devem ser utilizados mais amplamente do que o é actualmente tendo em consideração a ampla disseminação existente, especialmente de casos de MDR-TB. MDR-TB.

4.4: Mobilização de Recursos

4.4.1 Financiamento Nacional dos Serviços e TB

Durante o ano de 2006, 39 dos 46 Estados Membros (84.7%) providenciaram informação sobre financiamento do Controle da TB²⁶. Estes países representam 93% da incidência estimada de TB na Região para esse ano. Porém, os dados específicos desagregados mobilizados a nível nacional ainda não estão disponíveis, uma vez que a maior parte dos programas são implementados no âmbito dos serviços de cuidados primários.

A OMS desenvolveu um instrumento de planificação e orçamentação, com vista a ajudar os países a alinharem os seus planos estratégicos e orçamentos com todos os elementos da nova Estratégia Fazer parar a TB. Durante o ano de 2007, o instrumento foi apresentado a 35 países na Região de África e usaram-no na elaboração dos seus planos e orçamentos. Espera-se que com este instrumento o processo de estimativa do orçamento, as despesas e a transparência venham a melhorar nos próximos anos.

4.4.2 Financiamento externo dos serviços

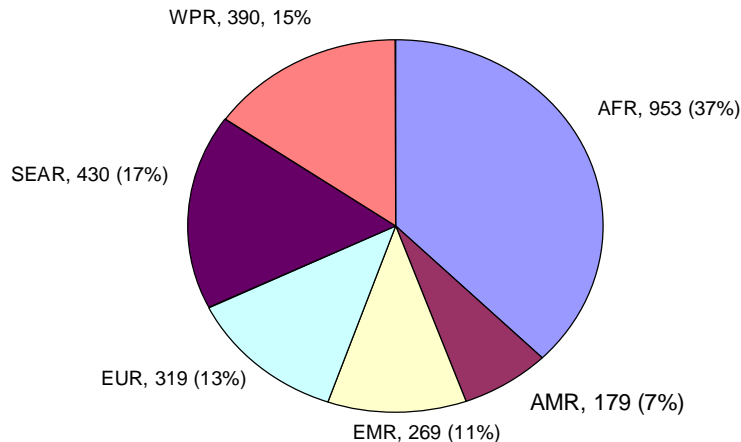
Durante os últimos cinco anos, o financiamento externo para as actividades de Controle da TB aumentou significativamente. O Fundo Global de Luta contra a SIDA, TB, Malária (GFATM) tem sido a única fonte mais importante.

²⁵ Burkina Faso, RDC, Guiné Conakry, Quênia, Lesoto, Moçambique, Ruanda, Tanzânia (fase de pré aprovação) e Uganda

²⁶ Relatório da OMS sobre o Controle Global da TB, 2008

Durante as rondas 1-7 de 2002-2007, aproximadamente 953 milhões de dólares americanos (37% dos fundos globais disponíveis) foram aprovados para as actividades de Controle da TB na Região de África. Esta é a maior porção, seguida apenas pela Região Ocidental do Pacífico com 430 milhões de dólares americanos (Figure 4.7.1)²⁷. Não obstante, isso não tem sido marcado com os gastos (Tabela 4.7.1) traduzindo-se num aumento da taxa de detecção de casos e tratamento com sucesso.

Figure 4.7.1: Global Fund funding for TB Control by WHO Region in Million US \$. Rounds 1-7



A tabela 4.7.1. (em anexo) mostra os fundos do GFATM para os países da OMS na Região de África para 2002-2007

5: Conclusões:

5.1: Liderança aos Níveis Nacional, Regional e Continental

A Exortação de Abuja de 2006 para o Acesso Universal aos serviços de ATM até 2010 por uma África Unida é a mais recente indicação do empenho da liderança política ao mais alto nível, para o Controle da TB na Região. Com efectividade esta ratifica o compromisso continental às metas da Assembleia Mundial de Saúde, MDM, Parceria Stop TB para o Controle da TB.

Esta implementa igualmente a Declaração de Abuja sobre o HIV/SIDA, Tuberculose e Malária de 2005, bem como outras doenças infecciosas afins, a Declaração de TB como uma Emergência na Região, de 2005, pelos Ministros da Saúde da OMS Região de África e a subsequente declaração de emergências nacionais por, pelo menos, 18 países, e é em si, complementada por compromissos subsequentes sobre a TB/HIV e estratégias relacionadas, pelas declarações dos Ministros da Saúde da Região de África e das várias comunidades regionais económicas, em 2007 e 2008.

²⁷ Adaptado do Relatório Global da OMS sobre o Controlo da TB, 2008

Não obstante o referido compromisso, o financiamento nacional de programas de Controle da TB ainda é insuficiente para assistir a necessária elevação da escala, rumo ao acesso universal. Actualmente, a meta de “alocação de 15% dos orçamentos nacionais para o melhoramento do sector de saúde” conforme o estabelecido na declaração de 2001 apenas foi atingido por um número limitado de países. Mais, uma exortação posterior para a alocação de USD 34F per capita para a saúde ainda não foi alcançada pela maioria dos países.

5.2: Prevenção, Tratamento, Cuidados e Apoio da TB

5.2.1: Taxa de Prevalência Estimada, incidência e de mortalidade

A prevalência e a incidência da TB medem o estágio da epidemia da TB relativamente aos casos existentes e novos casos que ocorrem numa determinada população durante um certo período de tempo. Ambas estão directamente ligadas ao desempenho dos programas com relação a habilidade de curar com sucesso aqueles que possuem formas infecciosas da TB. A sua tendência demonstra o grau do fardo da tuberculose no seio da população. Medidas com base em inquéritos precisos tanto da prevalência, como da incidência são a melhor forma para determinar o tamanho do fardo. Porém, isso pode despendar demasiado tempo, ser oneroso e constituir um grande desafio técnico, a ponto de estarem para além do uso de rotina da maior parte dos programas nacionais, embora estes sejam encorajados, quando viável. Na ausência de tais estudos, estão a ser usadas medidas alternativas pela OMS para estimar as taxas de prevalência, incidência e de mortalidade.

As taxas de prevalência estimada da TB, incidência e de mortalidade continuam a aumentar. Os casos absolutos notificados e as taxas de notificação de TB também continuam a subir a nível regional. Como exemplo, as taxas de notificação como uma proxy para a prevalência da TB aumentaram de 82 por 100.000 população em 1990 (A Parceria Stop TB estabeleceu um ano de referência para medição do progresso rumo as metas da MDM) a 160 em 2006. A esta taxa, as MDM para o controle da incidência e prevalência da TB são susceptíveis de não ser alcançadas a nível regional.

Todavia, de acordo com o Relatório Global da OMS para 2006, até aos fins de 2006, seis países²⁸ já tinham estancado e começado a reverter, no geral e a incidência de casos de baciloscopia positivo da TB, de acordo com o especificado nas metas básicas das MDM (sem referência as taxas de 1990, conforme o estipulado pela operacionalização da Parceria Stop TB das metas das MDM). Outros 6 países²⁹ já tinham estancado e começado a reverter a prevalência estimada da TB, enquanto quatro países, nomeadamente, Angola, Comores, São Tomé & Príncipe e as Seicheles já tinham estancado e começado a reverter as taxas de mortalidade. (Tabela 4.2.2).

²⁸ Comores, Gana, Mali, Maurícias, São Tomé & Príncipe e Seychelles

²⁹ Angola, Benin, Cabe Verde, Eritrea, Guiné Bissau e Níger

5.2.2: Situação das taxas de detecção de casos e tratamento com sucesso

Taxa de detecção de casos:

A detecção de casos é uma função de disponibilidade de serviços, bem como a qualidade dos serviços oferecidos. Infra-estruturas de laboratório pouco desenvolvidas, equipamento deficiente, habilidades profissionais deficientes, técnicas deficientes e habilidades de interpretação deficientes, todos estes contribuem para uma taxa baixa de detecção de casos. Na era do HIV/SIDA, uma proporção crescente de pacientes com expectoração com baciloscopia positiva da TB e tuberculose extra-pulmonar tem sido observada devido ao efeito da co-infecção. Por conseguinte, onde estiver disponível, existe a cultura e outros métodos específicos de diagnóstico que podem corrigir esta apresentação atípica.

Na ordem de 46%, a taxa de detecção de casos da nova baciloscopia positiva para a Região Africana continua significativamente abaixo da meta de 70% estabelecida pela OMS, MDM, e pela Exortação dos Chefes de Estado e Governo da UA para o Acesso Universal. Se por um lado esta a aumentar ao longo dos anos, a região apenas está a atingir 65% da meta.

Todavia, com base no Relatório Global da OMS para 2008, até ao final de 2006, 10 países³⁰ já tinham alcançado a meta de 70% de detecção de casos, estabelecida pela Assembleia Mundial de Saúde. Apenas 2 países (Argélia e o Benin) tinham atingido ambas as metas. (Tabela 4.2.3).

Taxas de tratamento com sucesso

O nível de pacientes curados e a taxa de tratamento com sucesso medem a efectividade de um programa para reduzir as fontes de infecção numa determinada comunidade. Esta medida é directamente afectada pela proporção de pacientes que não cumprem com o tratamento (Insucesso no tratamento), os ausentes no tratamento (Ausentes ao Tratamento) são transferidos para outras unidades de registo (Transferências) ou morrem devido a qualquer motivo no decurso do tratamento da TB.

Situando-se em 76%, a taxa de tratamento com sucesso para 2005 para o grupo de pacientes com nova baciloscopia positivo da TB apenas representa 89% das metas da OMS, MDM, Parceria Stop TB e acesso Universal da União Africana.

Apenas 8 países da Região³¹ conseguiram alcançar a meta de tratamento com sucesso. Isso compara-se a dois países em 2003, e oito países em 2004. Outros quatro países³² conseguiram atingir a taxa de tratamento com sucesso de 80% e acima, mas inferior a 85%.

³⁰ Argélia, Angola, Benin, Botswana, Camarões, Quénia, Lesoto, Madagáscar, Namíbia e África do Sul

³¹ Argélia, Benin, República Democrática do Congo, Eritrea, Gâmbia, Maurícias e Serra Leoa

³² Quénia, Ruanda, República Unida da Tanzânia e Zâmbia

Porém, as taxas de tratamento com sucesso tem estado a subir progressivamente desde 1999.

5.2.3: TB resistente aos medicamentos

A TB resistente aos medicamentos é um problema essencialmente causado pelo homem, derivado de causas relacionadas a prática dos profissionais de saúde ou do paciente. Quanto ao anterior as principais causas são dosagem inadequada, combinação indevida de medicamentos, ou duração incorrecta do tratamento. Relativamente ao paciente, intolerância do paciente aos medicamentos, falha na adesão do tratamento ou ausências, constituem os principais factores.

Dados disponíveis indicam que a TB resistente aos medicamentos emergiu como um elemento silencioso da epidemia da TB na Região. A notificação regular de casos começou em 2007 e gerou 8.624 casos de MDR-TB de 28 países e 541 casos de XDR-TB de quatro países.

Até aos finais de 2007, ainda havia 10 Estados Membros sem instalações para a identificação de casos de TB resistente aos medicamentos, traduzindo em 78.3% a cobertura com cultura e testagem para a susceptibilidade dos medicamentos, por país.

Dos 26 países que reportaram, pelo menos, um caso de MDR ou XDR-TB durante o ano de 2007, apenas 17 países 65.4% possuem um programa de tratamento organizado. Até Janeiro de 2008, apenas 9 países³³ tinham se candidatado e receberam aprovação para o acesso a medicamentos de segunda linha a preços concessionados da Comissão Green Light (GLC) da Parceria Stop TB. Esta facilidade está disponível para todos os DOTS baseados em programas de Controle da TB.

5.2.4: Situação da implementação das intervenções da TB/HIV

Se por um lado, o aumento da notificação de casos de TB na região é generalizado, nota-se mais onde a prevalência do HIV é alta. O HIV promove a progressão da infecção da TB para doença, enquanto a TB é responsável por mais de 40% das mortes resultantes da SIDA, na região e constitui uma definição da condição da SIDA. Várias tentativas aleatórias demonstraram a efectividade de intervenções conjuntas relativamente a TB e o HIV/SIDA para a redução da morbidade e da mortalidade no seio das pessoas duplamente infectadas³⁴ e essas intervenções são agora recomendadas como um pacote mínimo padrão de cuidados para pessoas duplamente infectadas.

Durante o ano de 2006, apenas 22% dos casos notificados foram testados relativamente ao HIV, comparado com 100% estabelecido pela Cimeira de

³³ Burkina Faso, RDC, Guiné Conakry, Quênia, Lesoto, Moçambique, Ruanda, Tanzânia (fase de pré aprovação) e Uganda

³⁴ Política interina da OMS sobre as actividades colaborativas de TB/VIH, Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2004

Abuja. Porém, isso representa um aumento de 1005 na cobertura, comparado com 11.2% para 2005.

Daqueles, cujo resultado do teste foi positivo, 37% iniciaram o tratamento Anti-Retroviral (ARV), aumentado de 27.3% em 2005. Mais uma vez, esta cifra está muito abaixo da meta de 100%. A este ritmo a região é susceptível de não alcançar a meta de 100% até 2010.

Não obstante, 11 países³⁵ registaram um cobertura de ARV de acima de 30%, variando de 30.8% no Ruanda a 56.9% no Malawi. Mais, 89.1% iniciaram a terapia preventiva com Co-trimoxazole, um aumento 23.4% comparado com 72.2% em 2005. A este ritmo, o Acesso Universal ao CPT é susceptível de ser alcançado até 2010.

5.3: Acesso a medicamentos essenciais anti-TB

A TB é uma doença bacteriológica o seu tratamento é fundamentalmente anti-bacterial. O acesso ininterrupto a medicamentos efectivos e de alta qualidade é chave, para um programa de controle da TB efectivo e isso deve ser assegurado.

No geral, a disponibilidade de medicamentos anti-TB de primeira linha aumentou significativamente. Até aos finais de 2007, o total de 36 países elegíveis, da região, que se candidataram para o GDF asseguraram subvenções para medicamentos anti-TB de primeira linha para 3 anos, incluindo formulas pediátricas para alguns dos países.

Não obstante, a “ultima informação disponível³⁶ indica que apenas 69% dos 42 países que submeteram relatórios tinham fornecido sem interrupção medicamentos anti-TB de primeira linha tanto a nível central como da periferia, durante o ano de 2006. Este é um défice significativo relativamente ao Acesso Universal ao tratamento essencial da TB

Para o tratamento da TB resistente aos medicamentos, apenas 65.4% dos países que reportaram alguns casos de TB resistente aos medicamentos tinham organizado programas de tratamento. Mais, até Janeiro de 2008, apenas 9 países³⁷ tinham se candidatado e obtido aprovação para acesso a medicamentos de segunda linha a preços concessionados da Comissão Greem Light da Parceria Stop TB. Esta facilidade está disponível a todos DOTS baseados em programas de Controle da TB e devem ser usados mais extensivamente do que é a prática actual.

³⁵ Benin, Costa do Marfim, RDC Guiné Bissau, Quénia, Malawi, Maurícias, Moçambique, Ruanda, África do Sul e Zâmbia

³⁶ Relatório Global da OMS sobre a TB, 2008

³⁷ Burkina Faso, RDC, Guiné Conakry, Quénia, Lesoto, Moçambique, Ruanda, Tanzânia (fase de pré aprovação) e Uganda

5.4: Mobilização de Recursos

Os recursos financeiros, humanos e logísticos constituem um pré-requisito para a implementação de actividades de controle da TB, bem como para outros serviços de saúde. A subida rumo ao acesso universal irá implicar maior financiamento e maior número de recursos humanos. Se por um lado os doadores proporcionam recursos adicionais substanciais, a melhor forma de assegurar a sustentabilidade é através da alocação de recursos nacionais.

Não existe informação suficiente para determinar o financiamento nacional para o controle da TB, uma vez que a maior parte das actividades são implementadas dentro dos serviços de cuidados primários de saúde sem um *marketing* claramente definido para o controle da TB.

Durante os cinco anos anteriores, o financiamento externo para as actividades de controle da TB aumentou consideravelmente. O Fundo Global de Luta Contra a SIDA, TB e Malária (GFATM) tem sido a única fonte mais importante. Durante as rondas 1-7 de 2002-2007, aproximadamente 953 milhões de dólares americanos (representando 37% do fundo global disponível) foram aprovados para as actividades de Controle da TB na Região de África. Não obstante, isso não tem sido marcado com aplicação atempada e não tem se traduzido num aumento das taxas de detecção de casos e de tratamento com sucesso, no geral.

Apesar do progresso no Controle da TB, a Região não conseguiu atingir as metas globais para o controle da TB. Se por um lado o DOTS expandiu, passando a cobrir 94% da população regional e o tratamento com sucesso é alto (82%), a taxa de detecção de casos é de apenas 44%. Para melhorar a detecção de casos, o plano regional para estancar a TB foi desenvolvido, como parte do plano global 2006-2015. A necessidade orçamental para o período de 2006 a 2015 indicada no Plano é de USD 3.1 biliões de dólares, na Região. O apoio aos países foi reforçado e promovido desenvolvimento de parcerias.

6: Conclusões e Recomendações Chave

6.1: Conclusões

Na Última década o Controle da TB em África tem progredido, mas o continente ainda está deveras atrasado relativamente as metas principais no Controle da TB. Os recursos financeiros, que tradicionalmente constituem o nó de estrangulamento para NTPs, até 2000, já não constitui factor principal, dado que os mecanismos dos fundos do GFATM, GDF (para o tratamento padrão da TB), parceria GLC proporcionam assistência técnica e financeira para cobrir a maior parte das necessidades. Por forma a alcançar o Acesso Universal até 2010 e as metas de MDM até 2015, ainda há muito que precisa ser feito, especificamente:

- **Aumentar a taxa de tratamento com sucesso para os casos de baciloscopia positiva da TB:** através da implementação de iniciativas para reduzir resultados desfavoráveis do tratamento que possam ser prevenidos, como a ausência dos pacientes, transferências e mortes por TB associadas ao VIH/SIDA
- **Aumentar a taxa e detecção de casos:** através do desenvolvimento e reforço das infra-estruturas dos laboratórios, parceiras público-privadas na provisão de serviços de expansão dos serviços de DOTS a nível institucional e da comunidade.
- **Detectar, tratar e prevenir a TB resistente aos medicamentos:** através de vigilância, desenvolvimento de cultura e capacidade DST para medicamentos de TB de primeira linha, como parte das actividades de rotina do NTP.
- **Aumentar as actividades colaborativas TB/VIH:** especialmente testagem do VIH no seio dos pacientes de TB, Co-trimoxazole e outras terapias preventivas, e ARV para pessoas duplamente infectadas elegíveis.
- **Abordar as Componentes do Sistema de Saúde** que afectam o Controle da TB (redes de laboratórios, pessoa, vigilância, sistemas de fornecimento e monitoria e avaliação).

6.2: Recomendações Chave

- 6.2.1 Todos os países deverão rever periodicamente o seu desempenho de Controle da TB com relação as metas da OMS, MDM e de Abuja e desenvolver estratégias para acelerar o seu alcance, trabalhando em estreita colaboração com os intervenientes nacionais e regionais e com a Comunidade Internacional.
- 6.2.2 Os Estado Membros devem descentralizar e reforçar os serviços de laboratório nos sectores público e privado para melhorar a detecção de casos e assegurar a qualidade dos serviços de laboratório na prossecução do Acesso Universal a tais serviços.
- 6.2.3 Os Programas Nacionais de Controlo da TB devem priorizar a implantação de estratégias para a expansão do diagnóstico de DOTS e serviços de tratamento com vista a avançar rapidamente rumo as metas da OMS, MDM, Abuja e o Comité Regional para o tratamento com sucesso e detecção de casos. Isso inclui o reforço da capacidade dos Sistemas de Saúde para suspeita e diagnóstico da Tuberculose, e para reduzir as falhas no tratamento, ausência dos pacientes e transferências.

- 6.2.4 Todos os países com uma epidemia generalizada de VIH (5% ou acima) na população geral deverão programar e implementar exaustivamente, a Estratégia Regional para o controle da TB-VIH, com ênfase particular no acesso universal a testagem relativa ao VIH para pacientes com TB, ARV para pacientes seropositivos elegíveis e outras intervenções para reduzir o fardo da TB junto das Pessoas que Vivem com o VIH e SIDA e reduzir o fardo do VIH/SIDA em pacientes de TB duplamente infectado.
- 6.2.5 Os Estados Membros devem alocar recursos suficientes para assegurar o fornecimento ininterrupto de medicamentos de primeira linha tanto a nível central como da a periferia, incluindo aprovisionamento tampão adequado aos vários níveis.
- 6.2.6 Para os casos de TB resistente aos medicamentos, os programas nacionais deverão determinar o fardo de MDR-TB e iniciar programas de tratamento para todos os casos confirmados. Os programas nacionais deverão igualmente mobilizar medicamentos de segunda linha suficientes e de qualidade, incluindo medicamentos a preços concessionados através do Comité Green Light da Parceira Stop TB.
- 6.2.7 Os Estados Membros devem respeitar a exortação para a alocação de 15% dos orçamentos nacionais para o desenvolvimento do sector da saúde e alocação suficiente desse valor, para a provisão de intervenções de Controlo da TB. Para além disso, os Estados Membros devem fazer uso dos fundos aprovados pelo GFATM atempadamente e submeter as propostas para financiamentos adicionais para preencher as lacunas do aumento das actividades rumo ao acesso universal.
- 6.2.8 As Nações Unidas e outras Organizações Internacionais e Agências Doadoras são instadas a continuar a mobilizar os recursos necessários, bem como a pesquisar novos medicamentos para a TB e prestar apoio técnico aos Estados Membros.
- 6.2.9 A União Africana e as Comunidades Económicas Regionais, bem como as Organizações de Saúde devem advogar perante os governos nacionais nos 10 países sem capacidade local para a cultura da TB e a susceptibilidade da testagem dos medicamentos da primeira linha contra a TB, criar esta capacidade para facilitar o diagnóstico e tratamento de casos de MDR-TB. A este respeito, elas devem igualmente promover a cooperação regional.

2008

Progress report on the implementation
of the commitments of the May 2006
Abuja special summit on HIV/AIDS,
tuberculosis and malaria (ATM) Annex II

African Union

African Union

<http://archives.au.int/handle/123456789/1214>

Downloaded from African Union Common Repository