

# QUADRO ESTRATÉGICO PARA A ELIMINAÇÃO DE NOVAS INFECÇÕES POR VIH EM ÁFRICA ATÉ 2015



# QUADRO ESTRATÉGICO PARA A ELIMINAÇÃO DE NOVAS INFECÇÕES POR VIH EM ÁFRICA ATÉ 2015

Dados de Catalogação na Publicação, Biblioteca da OMS/AFRO

**QUADRO ESTRATÉGICO PARA A ELIMINAÇÃO DE NOVAS INFECÇÕES POR VIH EM  
ÁFRICA ATÉ 2015**

1. Infecções por HIV – em infância – quimioterapia – prevenção & controle – transmissão
2. Transmissão vertical de doença infecciosa – prevenção & controle
3. Erradicação de doenças
4. Criança
5. Prestação Integrada de Cuidados de Saúde

I. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a África

ISBN 978 92 9 034055 3

(Classificação NLM: WC 503.6)

© Escritório Regional da OMS para a África, 2013

As publicações da Organização Mundial da Saúde beneficiam da protecção prevista pelas disposições do Protocolo nº 2 da Convenção Universal dos Direitos de Autor. Reservados todos os direitos. Cópias desta publicação podem ser obtidas na Biblioteca do Escritório Regional da OMS para a África, Caixa Postal 6, Brazzaville, República do Congo (Tel: +47 241 39100 ou +242 06 5081114; fax: + 47 24139501; E-mail electrónico: afrobooks@afro.who.int. Os pedidos de autorização para reproduzir ou traduzir esta publicação, quer seja para venda ou para distribuição não comercial, devem ser enviados para o mesmo endereço.

As designações utilizadas e a apresentação dos dados nesta publicação não implicam, da parte do Secretariado da Organização Mundial da Saúde, qualquer tomada de posição quanto ao estatuto jurídico dos países, territórios, cidades ou zonas, ou das suas autoridades, nem quanto à demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas nos mapas representam fronteiras aproximadas, sobre as quais é possível que ainda não exista total acordo.

A menção de determinadas empresas e de certos produtos comerciais não implica que essas empresas e produtos sejam aprovados ou recomendados pela Organização Mundial da Saúde, preferencialmente a outros, de natureza semelhante, que não sejam mencionados. Salvo erro ou omissão, as marcas registadas são indicadas por uma letra maiúscula inicial.

A Organização Mundial da Saúde tomou as devidas precauções para verificar a informação contida nesta publicação. Todavia, o material publicado é distribuído sem qualquer tipo de garantia, nem explícita nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do referido material cabe exclusivamente ao leitor. Em caso algum, poderá a Organização Mundial da Saúde ser considerada responsável por prejuízos que decorram da sua utilização.

Concepção Gráfica e Impressão: Escritório Regional da OMS para a África  
República do Congo

# Índice

	<b>Page</b>
<b>Resumo</b>	<b>v</b>
<b>Agradecimentos</b>	<b>vii</b>
<b>Siglas</b>	<b>ix</b>
<b>1. Introdução</b>	<b>1</b>
<b>2. Análise da Situação</b>	<b>5</b>
<b>3. Justificação</b>	<b>8</b>
<b>4. Princípios Orientadores</b>	<b>9</b>
<b>5. Quadro Estratégico</b>	<b>10</b>
<b>6. Acções Prioritárias</b>	<b>11</b>
6.1. Assegurar a liderança e a apropriação dos países	13
6.2. Melhorar a cobertura, o acesso e a utilização dos serviços	13
6.3. Melhorar a qualidade dos serviços de MNCH	14
6.4. Reforçar a prestação dos serviços associados	15
6.5. Reforçar os recursos humanos, a cadeia de abastecimento e os sistemas de informação	16
6.6. Desenvolver e contar com o envolvimento dos sistemas comunitários	16
6.7. Melhorar a avaliação do desempenho e do impacto	17
<b>7. Funções e Responsabilidades</b>	<b>21</b>
<b>8. Implicações ao Nível dos Recursos</b>	<b>23</b>
<b>9. Monitorização e Avaliação</b>	<b>23</b>
<b>10. Conclusão</b>	<b>25</b>
<b>11. Referências</b>	<b>27</b>
 <b>ANEXOS</b>	
1 : Opções de profilaxia da OMS	28
2 : Relatórios de responsabilidade	29
3 : Metas e indicadores para as quatro vertentes da PTVV	30
4 : Normas de boas práticas no ciclo de vida dos dados	33

# UMA GERAÇÃO LIVRE DO VIH/SIDA



# Resumo

Em 2009, estimava-se em 400 000 o número de novas infecções pelo VIH em crianças, com 90% dessas infecções a ocorrerem nas crianças da África Subsariana, devido à infecção vertical do VIH (PTVV). Sem qualquer forma de intervenção, o risco de PTVV varia entre 20% e 45%; sem tratamento, metade dos bebés irão morrer antes completarem o segundo ano de vida. Estima-se em 42 000 a 60 000, o número de óbitos de mulheres grávidas devido ao VIH. Contrariamente, e nos países de rendimentos elevados, o número de novas infecções em crianças, bem como o número de óbitos maternos devido ao VIH é, praticamente, nulo.

É possível colocar um fim às novas infecções pelo VIH nas crianças mantendo vivas as suas mães, se as mulheres que vivem com VIH e os seus filhos tiverem acesso, quando necessário, a medicamentos anti-retrovirais de qualidade e que podem salvar vidas, para a sua própria saúde, ou como forma de profilaxia para colocar um fim à transmissão do VIH durante a gravidez, o parto e o aleitamento. Quando os anti-retrovirais estão disponíveis como profilaxia, a transmissão vertical do VIH pode ser reduzida para menos de 5%. Assiste-se a um pedido urgente para que as instituições, a nível mundial e regional, e os governos, actuem no sentido de eliminar as novas infecções pelo VIH entre as crianças, até 2015, o que inclui manter vivas as suas mães, e as crianças que vivem com o VIH.

Na perspectiva de uma geração viva e livre do VIH e da sífilis, este quadro regional Africano tem por finalidade eliminar as novas infecções pelo VIH nas crianças até 2015 e manter vivas as suas mães. Este quadro traça a finalidade, os objetivos, as metas e as acções prioritárias para a eliminação de novas infecções pelo VIH e a sífilis nas crianças, na Região Africana, até 2015, mantendo vivas as suas mães. Este quadro estratégico está concebido para proporcionar aos países da Região, uma abordagem sistemática para a eliminação da transmissão vertical do VIH (ETVV), com base na tipologia do país (epidemiologia e resposta), na melhoria da saúde e na sobrevivência das mães e das crianças, no contexto do VIH/SIDA. Com base nos dados de 2009, as duas metas a serem alcançadas até 2015 são a redução de 90% no número de novas infecções pelo VIH nas crianças e de 50%, no número de óbitos maternos.

As acções prioritárias propostas para a iniciativa da ETVV estão alicerçadas em sete grandes blocos, por forma a permitir acções aceleradas: i) assegurar a liderança e a apropriação por parte dos países; ii) melhorar a cobertura, o acesso e a utilização dos serviços; iii) reforçar a qualidade dos serviços de MNCH, para uma intervenção eficaz da PTVV; iv) reforçar a prestação dos serviços associados; v) reforçar a capacidade dos recursos humanos, a gestão da cadeia de abastecimento e dos sistemas de informação; vi) melhorar a avaliação do desempenho e do impacto; e vii) desenvolver e contar com o envolvimento dos sistemas de base comunitária.

A monitorização e a avaliação estarão alinhadas com a Estratégia para a monitorização e avaliação do Plano Mundial para eliminar as novas infecções pelo VIH nas crianças até 2015 e manter vivas as suas mães. Este Quadro Estratégico baseia-se igualmente nas diretrizes existentes ao nível mundial, regional e dos países, conforme consta do Plano Mundial para a Eliminação de Novas Infecções pelo VIH nas crianças, até 2015, e manter vivas as suas mães, 2011-2015. Foram definidas metas claras, indicadores, marcos, funções e responsabilidades, cujas prioridades eram as avaliações de progressos associadas à saúde materna, do recém-nascido e das crianças.

Há um consenso ao nível regional e mundial para a eliminação de novas infecções pelo VIH nas crianças, ao mesmo tempo que se mantêm vivas as suas mães, e a associação destes esforços aos objectivos de eliminação da sífilis congénita, dadas as semelhanças nas formas de transmissão e nas intervenções de prevenção. Os países irão necessitar de apoio para a implementação de intervenções custo-eficazes e sustentáveis e para a cobertura universal, por forma a assegurar a eliminação da transmissão vertical do VIH e da sífilis. É igualmente fundamental dispor dos recursos adequados, capacitar as comunidades e também as mulheres que vivem com VIH, para que tenham acesso à prevenção, ao tratamento do VIH e aos cuidados necessários para elas, os seus filhos e as suas famílias. É fundamental garantir o envolvimento dos parceiros, ao mesmo tempo que se observam e se respeitam os direitos das mulheres que vivem com o VIH.

Os líderes nacionais e mundiais devem agir de forma concertada, para apoiar os esforços dos países, aceitar a responsabilidade conjunta pela apresentação de resultados e assegurar a integração com outros fatores-chave para a melhoria dos serviços de MNCH. Este quadro estratégico constitui um roteiro para uma ação acelerada, permitindo a cada país na Região, independentemente do contexto ou das circunstâncias, a implementação de medidas concretas para a eliminação de novas infecções pelo VIH e pela sífilis nas crianças, mantendo vivas as suas mães.

# Agradecimentos

A equipa para a Prevenção da Transmissão Vertical do VIH na Região Africana, expressa o seu reconhecimento e gratidão a todos os que contribuíram para a elaboração do Quadro Estratégico para a Eliminação de Novas Infecções pelo VIH entre as crianças em África até 2015, onde se incluem os representantes dos países e da sociedade civil que participaram nas consultas regionais realizadas em Nairobi, de 15 a 17 de Março de 2011, e em Dakar de 12 a 14 Abril de 2011; os representantes de organizações e instituições como a União Africana; os Centros de Prevenção e Controlo das Doenças; The Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation; o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo; o Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA; Fundo das Nações Unidas para as Populações; Fundo das Nações Unidas para a Infância; Organização de Saúde da África Ocidental; Comunidade da Saúde da África Oriental, Central e Austral e a Organização Mundial da Saúde.

As valiosas contribuições das seguintes pessoas, que influíram no desenvolvimento e na finalização do documento:

## **UNION AFRICAINE**

Dr. Benjamin Djoudalbaye  
Dr.<sup>a</sup> Marie-Goretti Harakeye

## **CDC**

Dr. Kassim Sidibe

## **EGPAF**

Sr.<sup>a</sup> Mary Pat Kieffer

## **ONUSIDA**

Dr.<sup>a</sup> Marie-Odile Emond  
Dr.<sup>a</sup> Sibongile Dlodlu

## **UNFPA**

Dra Yelibi Sibili  
Dr.<sup>a</sup> Margaret Anyetei

## **UNICEF**

Dr.<sup>a</sup> Andrew Agabu  
Dr.<sup>a</sup> Claudes Kamenga

Dr.<sup>a</sup> Dorothy Mbori-Ngacha

Sr.<sup>a</sup> Macoura Oulare  
Dr. Tesfaye Shiferaw

## **OMS**

Dr. Emil Asamoah-Odei  
Dr. Ghislaine Conombo  
Dr.<sup>a</sup> Kim Eva Dickson  
Dr.<sup>a</sup> Tigest Ketsela  
Dr. Frank John Lule  
Dr.<sup>a</sup> Khadidiatou Mbaye  
Dr. Morkor Newman  
Dr.<sup>a</sup> Triphonie Nkurunziza  
Dr. Innocent Bright Nuwagira  
Dr. Paul Assimawe Pana  
Dr. Charles Sagoe-Moses  
Dr. Habib Somandje  
Dr. Saliyou Sanni  
Dr.<sup>a</sup> Isseu Diop Touré

Expressamos o nosso reconhecimento aos consultores Dr.<sup>a</sup> Padmini Srikantiah e Dr. Inam Chitsike, pela elaboração do documento e ao Comité de Publicações do Escritório Regional da OMS/HPR, na pessoa da Dr.<sup>a</sup> Patience Mensah e o Dr. Magaran Bagayoko, pelo seu contributo para a revisão do documento.



# Siglas

3TC	Lamivudina
ABC	Abacavir
AIDI	Atenção Integrada das Doenças da Infância
ANC	Cuidados Pré-natais
ARV	Medicamentos Anti-retrovirais
AU	Acesso Universal
AZT	Zidovudina
CD4	Grupamento de diferenciação 4
CEDEAO	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental
CTX	Cotrimoxazol
DBS	Teste da Gota de Sangue Seco
DPT	Vacina da Difteria, Tétano e Tosse Convulsa
ECSA	Comunidade Económica da África Oriental, Central e Austral
ECSA-HC	Comunidade de Saúde da África Oriental, Central e Austral
ECS	Eliminação da Sífilis Congénita
EFV	Efavirenz
ESTHER	Aliança Europeia - ESTHER
EID	Diagnóstico Precoce na Infância
ETVV	Eliminação da Transmissão Vertical (do VIH)
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para as Populações
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
L+D	Trabalho de parto e parto
LPVr	Lopinavir
MCH	Saúde da Mãe e da Criança
MDG	Metas de Desenvolvimento do Milénio
MNCH	Saúde Materna, dos Recém-Nascidos e das Crianças
MTCT	Transmissão Vertical (do VIH)
NVP	Niverapina
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA
PCR	Reação em Cadeia da Polimerase
PF	Planeamento Familiar
PNC	Cuidados Pós-parto

PVVS	Pessoas que Vivem com o VIH/SIDA
PTVV	Prevenção da Transmissão Vertical do VIH
SADC	Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SRH	Saúde Sexual e Reprodutiva
SSA	África Subsariana
TB	Tuberculose
TAR	Terapêutica anti-retroviral
TWG	Grupo Técnico de Trabalho
UA	União Africana
UN	Nações Unidas
UNGASS	Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WAHO	Organização de Saúde da África Ocidental

# 1. Introdução

Em todo o mundo, existem 15,7 milhões de mulheres com VIH, das quais 12 milhões (60%) vivem na África Subsaariana (1). Cerca de 91% das mulheres seropositivas no mundo, vivem em 25 países, dos quais 23 situam-se na Região Africana da OMS<sup>1</sup>. Nestes países com um pesado fardo da doença, a prevalência do VIH entre as mulheres grávidas varia entre os 5% e os 42%. Segundo o Relatório sobre o Acesso Universal de 2011, estimava-se que em 2010, 1 360 000 mulheres a viverem com o VIH, deram à luz cerca de 400 000 crianças infectadas com o VIH. Mais uma vez, e devido à transmissão vertical (MTCT), 91% dos casos ocorreram na África Subsaariana. Sem quaisquer intervenções, o risco de MTCT varia entre 20% a 45% e na ausência de qualquer tratamento, cerca de metade das crianças infetadas com VIH irão morrer antes de completarem o segundo ano de vida (2). Atualmente, o VIH é responsável por 7,5% da mortalidade infantil nas crianças com menos de 5 anos, nos países da África do Sul e Oriental, com oito países a notificarem valores superiores a 10% dos óbitos devido ao VIH em crianças com menos de 5 anos, e a África do Sul e a Suazilândia com mais de 40% dos casos (5). Em 2009, morreram em todo o mundo entre 42 000 a 60 000 grávidas em consequência do VIH, tendo a maioria ocorrido na Região Africana (1). Por outro lado, o número de novas infeções em crianças e o número de óbitos maternos e infantis nos países com rendimentos elevados foram, praticamente nulos.

As evidências demonstram que é possível evitar as novas infeções pelo VIH nas crianças e manter vivas as suas mães (3) se as mulheres grávidas que vivem com o VIH tiverem acesso aos medicamentos anti-retrovirais que permitem salvar vidas, para a sua própria saúde, ou como profilaxia durante a gravidez, o parto e o aleitamento. Evitar as infeções pelo VIH nas mulheres em risco acrescido de infeção e satisfazer as necessidades em matéria de planeamento familiar das mulheres que vivem com o VIH pode contribuir de forma significativa para reduzir a incidência de infeções pediátricas pelo VIH (4). Também a transmissão pós parto devido ao aleitamento materno pode ser reduzidos, de cerca de 22,3%, aos 24 meses, na ausência de ARV, para menos de 5%, com ARV e práticas adequadas de amamentação (5). Os esforços para eliminar a sífilis congénita podem contribuir para eliminar a transmissão e a infeção pelo VIH, e o diagnóstico da sífilis durante a gravidez constitui um método de prevenção primária do VIH e uma intervenção pré-natal eficaz (6). A Equipa de Trabalho Inter-Agências concorda com a necessidade de uma abordagem abrangente para a prevenção vertical do VIH. Esta abordagem assenta em vertentes, que devem ser intensificadas, para a consecução da meta da eliminação (ver Caixa 1).

L'équipe spéciale inter-agences est parvenue à un consensus sur une approche globale vis-à-vis de la PTME du VIH. Cette approche repose sur quatre volets qui doivent être élargis afin de réaliser l'objectif de l'élimination de l'infection (voir l'encadré 1).

---

<sup>1</sup> Angola, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Etiópia, Gana, Quênia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Ruanda, África do Sul, Suazilândia, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbábue.

### QUADRO 1: A ABORDAGEM INTEGRADA DA PTVV CONSISTE EM QUATRO VERTENTES:

- Prevenção da infecção primária pelo VIH nas mulheres em idade reprodutiva;
- Prevenção de gravidezes indesejadas nas mulheres seropositivas;
- Prevenção da transmissão das mulheres que vivem com o VIH para as suas crianças;
- Prestação de tratamento, cuidados e apoio adequados às mulheres e crianças que vivem com o VIH e às suas famílias.

Os países deram passos significativos na prevenção da transmissão vertical do VIH. Segundo o Relatório Mundial de 2010 da ONUSIDA (1), a infecção por VIH nas crianças cujas mães eram seropositivas diminuiu significativamente, de 500 000 em 2001 para 370 000 em 2009. Cinco países conseguiram uma cobertura de 80% na profilaxia e tratamento com ARV nas mulheres grávidas.<sup>2</sup>

Com estes progressos, surgiram também compromissos a nível regional e mundial para a eliminação de novas infecções pelo VIH nas crianças até 2015 e para manter vivas as suas mães.

Compromissos a nível mundial:

1. Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio n.º 4, 5 e 6 (acordadas em 2001 pelos Estados-Membros das Nações Unidas), tinham como objectivo reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e combater o VIH/SIDA, o paludismo e outras doenças.
2. Em Junho de 2011, a Assembleia-Geral das Nações Unidas, na sua Resolução 65/277 “Declaração Política sobre o VIH/SIDA: Intensificar os nossos esforços para eliminar o VIH/SIDA”, exortou os Estados-Membros a trabalharem no sentido da eliminação da transmissão vertical do VIH até 2015 e a reduzirem de forma substancial os óbitos maternos associados à SIDA.
3. Em Junho de 2011, foi criado o Plano Mundial (7), para a eliminação de novas infecções pelo VIH em crianças até 2015 e para manter vivas as suas mães, 2011-2015, ratificado pelos governos de 25 países.
4. Em 2010, a OMS desenvolveu as orientações (4, 5) que tiveram como objectivo, a elaboração de normas internacionais para apoiar a intensificação de intervenções mais eficazes, para evitar a transmissão vertical em cenários de recursos limitados.
5. Elaboração do documento Evitar o VIH e as Gravidezes Indesejadas: Quadro Estratégico 2011-2015, em apoio ao Plano Mundial, Contagem Decrescente para Zero. O quadro estratégico fornece orientações para evitar as infecções pelo VIH e as gravidezes indesejadas, estratégias essenciais para melhorar a saúde materno-infantil e eliminar novas infecções pediátricas.

---

<sup>2</sup> Botsuana, Lesoto, Namíbia, África do Sul, Suazilândia.

5. Élaboration du document Prévenir le VIH et les grossesses non désirées : Cadre stratégique 2011-2015 en appui au Plan mondial intitulé Compte à rebours jusqu'à zéro. Le cadre fournit des orientations pour la prévention des infections à VIH et la prévention des grossesses non désirées, qui sont toutes deux des stratégies essentielles pour améliorer la santé maternelle et infantile et pour éliminer les nouvelles infections.

Compromissos a nível regional:

1. O Compromisso da União Africana: Na Décima-Quinta sessão Ordinária da Assembleia da União, realizada a 27 de Julho de 2010 em Kampala, no Uganda, os Estados-Membros assumiram o compromisso de erradicação da transmissão vertical, para que nenhuma criança nasça com VIH/SIDA.
2. Em 2009, a Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC) recomendou a eliminação da transmissão vertical do VIH até 2015.

Compromissos a nível dos países:

1. Na reunião de Alto Nível realizada em Nova Iorque, em Junho de 2011, os países africanos assinaram o Compromisso para eliminar novas infecções pelo VIH nas crianças até 2015 e manter vivas as suas mães.
2. Em 2011, a Comunidade da Saúde da África Oriental, Central e Austral aprovou uma resolução para a consecução dos ODM 4, 5 e 6, que insta os Estados-Membros a desenvolverem estratégias integradas para eliminar a transmissão vertical do VIH e a implementarem o Plano Mundial.
3. A Estratégia do VIH/SIDA para a Região Africana partilha a visão da Estratégia Mundial para o VIH/SIDA (GHSS), 2011-2015, que é de “Zero Novas infecções por VIH, zero discriminação e zero óbitos relacionados com o VIH/SIDA num mundo em que as pessoas que vivem com o VIH possam ter vidas longas e saudáveis”.

A Decisão de criar este Quadro Estratégico para a Região Africana foi tomada após consulta com países da Região, em consonância com os compromissos por eles assumidos na Iniciativa ETVV, para eliminar as novas infecções pelo VIH em crianças e manter vivas as suas mães. O Quadro Estratégico está concebido para dotar a Região Africana de uma abordagem sistemática para a eliminação da PTV. O público-alvo inclui os decisores políticos, os gestores dos programas, os responsáveis pela implementação e outras partes interessadas essenciais, como as redes de mulheres que vivem com o VIH/SIDA, a sociedade civil, o sector privado e as organizações profissionais. O Quadro Estratégico será partilhado com doadores, parceiros de implementação, gestores de programa, médicos e os grupos da sociedade civil, por forma a granjear o apoio à Iniciativa ETVV.



## 2. Análise da Situação

Com base nas estimativas da ONUSIDA/OMS (1), em Dezembro de 2009 viviam na Região Africana da OMS, 22,5 milhões de pessoas com VIH/SIDA. Este número representa dois terços do número total de 33,5 milhões de pessoas, embora apenas 10 a 12% da população mundial viva na Região. De entre os 22 países com fardo elevado, 21<sup>3</sup> situam-se na Região Africana.

Apesar de a prevalência do VIH na Região permanecer elevada, verifica-se uma tendência de diminuição. A prevalência de mulheres grávidas acompanhadas nas clínicas de cuidados pré-natais, diminuiu de 9,5% no ano 2000, para 3,4% em 2008. Estimava-se que em 2009, o número de novas infecções na Região fosse de 1,8 milhões, representando um decréscimo de 25% nas novas infecções, quando comparado com os dados relativos à década de 1990 (1).

Estima-se que na África Subsariana (SSA), o VIH é responsável por cerca de 9%, dos óbitos maternos. Entre 1990 e 2008, os países com maior prevalência registaram aumentos significativos na taxa de mortalidade materna (MMR); o Botsuana registou um aumento de 133%, o Zimbabwe 103%, a África do Sul 80%, a Suazilândia 62% e o Lesoto 44% (8).

O Relatório das Estatísticas Mundiais de Saúde de 2010, estimou que 4% da mortalidade das crianças com menos de 5 anos estava relacionada com o VIH. Em países como a África do Sul e a Suazilândia, o VIH permanece como a causa mais importante de óbitos em crianças com menos de 5 anos, registando valores entre os 46% e os 49%, respectivamente (9). As mulheres que vivem com VIH continuam a ter muitas necessidades por satisfazer em termos planeamento familiar. A taxa de gravidezes indesejadas atinge valores tão elevados como 20-40%, com uma elevada necessidade por satisfazer em termos de contraceção, de cerca de 20-35%. Se estas necessidades para as mulheres seropositivas não forem satisfeitas, a eliminação da SIDA nas crianças não será possível.

Em todo o mundo, estima-se em 1,8 milhões o número de mulheres grávidas infetadas com sífilis, com valores acima dos 5% em pelo menos sete países da África Subsariana.<sup>4</sup> Apesar de ser considerada uma intervenção essencial para todas as mulheres grávidas, apenas 59% das mulheres grávidas tinham sido realizado os testes , em 2010 (10), nos países da África Subsariana.

A percentagem de mulheres grávidas testadas para detecção do VIH na África Subsariana aumentou ligeiramente. Em 2010, 42% realizaram o teste do VIH, por comparação com 35% em 2009 e 29% em 2008. A percentagem de testes de VIH era mais elevada na África Oriental e Austral, chegando aos 61% em 2010, quando comparada com os 25% na África Ocidental e Central (10).

<sup>3</sup> Angola, Botsuana, Burundi, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Etiópia, Gana, Quênia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, Nigéria, África do Sul, Suazilândia, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe.

<sup>4</sup> República Centro-Africana, Guiné Equatorial, Libéria, Madagáscar, Moçambique, Suazilândia e Zâmbia.

Em 2010, a cobertura com anti-retrovirais para a prevenção da transmissão vertical do VIH na África Subsariana era de 60%. Na África Oriental e Austral, a cobertura foi de 77%, enquanto a África Central e do Oeste registou 21%. Em conformidade com as recomendações da OMS, em 2010, os países adoptaram as orientações da PMTCT. De entre estes, 11 países adoptaram a Opção A e os restantes países adoptaram a Opção A e a B, conjuntamente, a Opção B, ou uma adaptação da Opção B. As diferentes opções são descritas no Anexo 2. A necessidade de cobertura materna com tratamentos anti-retrovirais, para a eliminação da transmissão vertical é de 90% (11). A diferença existente na distribuição da cobertura com ARV não é uniforme, podendo atribuir-se 80% desse valor a 14 países. Só a Nigéria contribui para 29% dessa diferença, enquanto a República Democrática do Congo, regista 7% (10).

Apesar dos progressos consideráveis registados na intensificação dos programas de PMTCT na África Subsariana, persistem os desafios-chave; estes devem ser abordados de forma eficaz, para que os países atinjam as metas para eliminar as novas infecções pelo VIH nas crianças, até 2015, e manter vivas as mães. A coordenação e a colaboração inadequadas entre os vários componentes do programa constitui a principal fonte de preocupação, no que respeita, por exemplo, a incorporar os cuidados pediátricos e maternos do VIH na saúde sexual e reprodutiva (SRH) e nos serviços de saúde materna, dos recém-nascidos e das crianças (MNCH).

O baixo acesso e aceitação de serviços de cuidados pré-natais, marcações tardias de consultas e uma vasta percentagem de mulheres cujos partos são realizados em casa, constituem um grande desafio a que muitas mulheres grávidas possam ter acesso aos serviços e instituições de PTVV. Ainda que a maioria das mulheres seguidas nos cuidados pré-natais venham a ter resultados negativos, e como muitas vezes, a promoção da saúde, onde se inclui a prevenção do VIH, não constitui uma prioridade, perdem-se oportunidades para manter estado de seronegatividade destas mulheres, com a seroconversão a ocorrer durante a gravidez.

Sistemas de saúde fracos e disfuncionais resultam em estrangulamentos, como a desajustada capacidade dos recursos humanos, com muitos países confrontados com uma grave escassez de pessoal qualificado. Os sistemas de monitorização e avaliação são igualmente frágeis, com a inexistência de dados dequados para um número de indicadores, o que implica que muitas vezes os relatórios se baseiem em projeções e estimativas, ao invés de dados empíricos, precisos e actualizados.

Em consequência de uma multiplicidade de condicionalismos operacionais e de fragilidades do sistema, muitas mães continuam a receber uma dose única de nevirapina, ao invés de regimes mais eficazes de tratamento com anti-retrovirais (ARV), para a prevenção da transmissão vertical e para a sua própria saúde, quando apropriado. A transmissão pós-parto, em consequência do aleitamento materno, constitui igualmente uma grande preocupação e que muitas vezes resulta da confusão de mensagens relativamente ao aleitamento materno, à falta de apoios para o aleitamento materno exclusivo e à boa nutrição dos lactentes, e ainda a uma boa cobertura pós-parto com ARV, tanto para as mães como para os lactentes.

O financiamento insuficiente dos programas e a baixa prioridade da saúde nas economias dos países e nas políticas de desenvolvimento são agravados por uma utilização ineficaz dos recursos existentes. Muitas vezes, os recursos externos são imprevisíveis, insustentáveis e não estão em harmonia com as prioridades dos países, e continuam a ser o sustentáculo das intervenções financeiras, resultando numa implementação pouco consistente.

Na maioria dos países da Região, o envolvimento comunitário e dos homens é muito reduzido - a percentagem total do envolvimento masculino é de 5%. Assiste-se, igualmente, a elevados níveis de estigmatização e discriminação, que comprometem a implementação das intervenções de PTVV.

7 % (10).

# 3. Justificação

O Plano Mundial fornece orientações aos países considerados prioritários para a consecução da eliminação de novas infecções pelo VIH entre as crianças e manter vivas as suas mães. De entre os 22 países visados, 21 situam-se na Região Africana.

Este quadro estratégico fornece a perspectiva epidemiológica e de implementação regional, para a iniciativa de eliminação, e ainda orientações a todos os países da Região Africana. A epidemia do VIH na Região é reconhecidamente diferenciada. Os países apresentam diferentes cenários, com taxas de prevalência do VIH que oscilam desde valores inferiores a 5% e superiores a 40%, nas mulheres grávidas; a cobertura de ARV regista oscilações de valores inferiores a 30% até mais de 80%; e, com base nas quatro consultas de cuidados pré-natais, uma fraca utilização desses serviços. O Quadro aborda estas diferentes situações e as respostas específicas necessárias a cada situação, para eliminar novas infecções por VIH nas crianças e manter vivas as suas mães.

O Quadro Estratégico reforça as acções prioritárias do Plano Mundial em países-chave. É fundamental para a adesão, o apoio activo e a responsabilização por parte das organizações de intervenientes e das comunidades, como a União Africana, a Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral, (SADC), a Comunidade de Saúde da África Oriental, Central e Austral (ECSA-HC), a Comunidade Económica dos Estados da África do Ocidental (CEDEAO) e para potenciar as restantes iniciativas e sinergias a nível regional. A iniciativa para a eliminação das novas infecções pelo VIH entre as crianças e manter vivas as suas mães, bem como a eliminação da sífilis congénita, contribui igualmente para a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) 3, 4, 5 e 6.<sup>5</sup> Com um forte apoio aos países para cheguem a todas as mulheres e às crianças em risco de contraírem VIH e sífilis, e conseguindo-se um consenso mundial e regional, é possível que todos os países da Região consigam alcançar estes objectivos.

---

<sup>5</sup> MDG3: Promote gender equality and empower women; MDG4: Reduce child mortality; MDG5: Improve maternal health; MDG6: Combat HIV/AIDS, malaria and other diseases.

# 4. Princípios Orientadores

O planeamento e a implementação deste quadro regional para a eliminação de novas infecções pelo VIH e a sífilis nas crianças rege-se por seis princípios orientadores:

1. **A apropriação, liderança e responsabilização do país**, na adaptação e implementação do quadro estratégico para a eliminação, a nível dos países.
2. **Abordagem baseada nos direitos e na sensibilidade ao género**, por forma a garantir a salvaguarda dos direitos humanos básicos, incluindo a autonomia para tomar decisões informadas no que respeita à saúde reprodutiva e o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde essenciais, especialmente para as populações marginalizadas e de mais difícil acesso.
3. **Abordagens centradas na família** e integração da PTVV nos serviços, constituem factores fundamentais, para a consecução das metas de eliminação da transmissão vertical do VIH e da sífilis, e melhorar a saúde materna, dos recém-nascidos e das crianças.
4. **Integrar a PTVV** nos serviços existentes de saúde reprodutiva e de MNCH, para que garantam os cuidados centrados no utente, apoiem o as mães e as crianças, transversalmente à continuidade dos cuidados e à sustentabilidade.
5. **Participação da comunidade** por forma a garantir que os principais intervenientes, incluindo as sociedades civis e as PVVS, são capacitadas para desempenhar as suas funções relativamente à intensificação das intervenções, promovendo a utilização dos serviços e a partilha das responsabilidades, a todos os níveis.
6. **Cooperação e colaboração** entre os parceiros, assegurando a eficiência na afectação de recursos financeiros, técnicos e humanos e a reciprocidade na responsabilização, aos níveis mundial, regional e nacional, para a consecução das metas de eliminação acordadas.

# 5. O quadro estratégico

## FINALIDADE

A finalidade do Quadro Estratégico é a eliminação de novas infecções pediátricas por VIH, nas crianças até 2015 e de manter vivas as suas mães.

## OBJECTIVOS

Tendo por base o estudo de referência realizado em 2009, os objectivos do Quadro Estratégico, são:

1. Reduzir em 90% o número de novas infecções por VIH entre as crianças até 2015;
2. Reduzir para metade o número de óbitos maternos associados à SIDA até 2015.

### **METAS: as metas programáticas para 2015 são:**

#### **META DA VERTENTE 1**

- Reduzir em 50% a incidência do VIH nas mulheres entre os 15 e os 49 anos
- Realizar o rastreio da sífilis em 90% das mulheres grávidas

#### **META DA VERTENTE 2**

- Reduzir para zero as necessidades por satisfazer de planeamento familiar para todas as mulheres (ODM3)

#### **META DA VERTENTE 3**

- Reduzir para 5% a percentagem de transmissão vertical do VIH
- Dispensar profilaxia ou a terapêutica anti-retroviral pré-natal a 90% das mulheres
- Dispensar profilaxia ou a terapêutica anti-retroviral a 90% das mães e lactentes
- Tratar 90% das mulheres grávidas seropositivas/com sífilis de forma apropriada

#### **META DA VERTENTE 4**

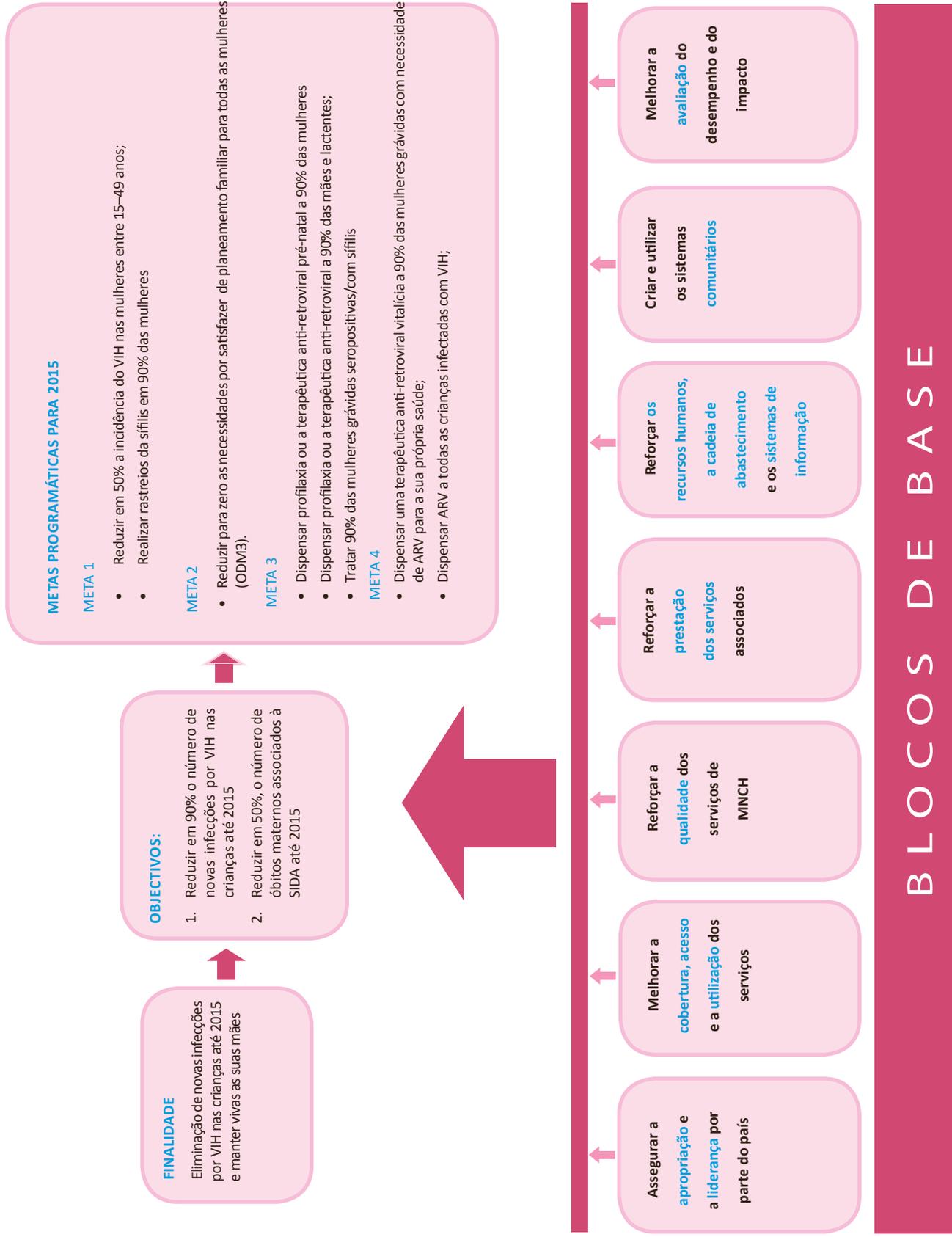
- Dispensar terapêutica anti-retroviral vitalícia a 90% das mulheres grávidas com necessidade de tratamento anti-retroviral para a sua própria saúde;
- Dispensar terapêutica antiretroviral a todas as crianças infectadas com VIH
- Reduzir em 50% os óbitos de bebés atribuíveis à SIDA

## 6. Acções Prioritárias

As acções prioritárias propostas neste Quadro Estratégico baseiam-se em sete áreas principais designadas como “Pilares” (ver Figura 1). Estes pilares constituem as estruturas essenciais para uma resposta consistente e abrangente, com vista à eliminação de novas infecções por VIH nas crianças. Os sete pilares são: i) assegurar a liderança e a apropriação por parte dos países; ii) melhorar a cobertura, o acesso e a utilização dos serviços; iii) reforçar a qualidade dos serviços de saúde materna, do recém-nascido e da criança, para uma intervenção eficaz de PTVV do VIH e da sífilis; iv) reforçar a prestação dos serviços associados; v) reforçar a capacidade dos recursos humanos, da gestão da cadeia de abastecimento e dos sistemas de informação; vi) melhorar a avaliação do desempenho e do impacto; e vii) desenvolver e envolver os sistemas comunitários.



Figura 1: Quadro Estratégico



As ações prioritárias para cada bloco de base são apresentadas em seguida.

## 6.1 Assegurar a liderança e apropriação dos países

O forte compromisso político de eliminação de novas infecções por VIH e a sífilis nas crianças e manter vivas as suas mães, constitui a base para a criação de planos operacionais de sucesso. É fundamental que os líderes dos governos recebam todo o apoio dos parceiros e do sector privado no país.

### ACÇÕES-CHAVE

- a) Garantir a coordenação e o apoio ao mais alto nível do governo, incluindo o Ministério da Saúde e outros sectores envolvidos;
- b) Reforçar a capacidade do Grupo Técnico de Trabalho (TWG)<sup>6</sup> para a melhoria da saúde materna, dos recém-nascidos e das crianças e a eliminação da transmissão vertical do VIH e da sífilis.

## 6.2 Melhorar a cobertura, o acesso e a utilização dos serviços

Em muitos países, os progressos realizados para a consecução das metas de eliminação da prevenção vertical são prejudicados pelo fraco acesso, utilização e cobertura dos cuidados de saúde. Os obstáculos incluem a fraca cobertura de serviços de PTVV e de maternidade, especialmente nas zonas rurais e de difícil acesso, pela fraca utilização oportuna dos serviços especializados de cuidados pré-natais e do parto, e a existência de serviços ANC/L+D/PNC sem disponibilização de testes para o VIH e a sífilis, penicilina intramuscular e de ARV para as mulheres e os seus parceiros.

### ACÇÕES-CHAVE

- a) advogar serviços gratuitos e abrangentes de PTVV e de MNCH, nos locais de prestação dos cuidados;
- b) garantir que os serviços alargados de PTVV do VIH e da sífilis estão disponíveis em qualquer serviço de cuidados pré-natais, maternidade e clínica de cuidados pediátricos;

---

<sup>6</sup> As funções do TWG incluem a formulação de evidências com base em objetivos e prazos nacionais; desenvolver o plano nacional de advocacia, com o envolvimento da sociedade civil; assegurar que a eliminação da MTCT do VIH e da sífilis está no topo das prioridades dos processos de planeamento do sector da saúde; criar um cronograma e um plano nacional de eliminação, devidamente orçamentado, para o cumprimento dos resultados mandatados pelo Plano Mundial; desenvolver um plano de monitorização e de avaliação ao nível dos países, para a monitorização dos progressos, a demonstração dos impactos, assegurando a responsabilização e determinando as necessidades técnicas de auxílio; garantir a coordenação e o compromisso de todos os grupos de parceiros-chave.

## ACÇÕES-CHAVE

- c) desenvolver métodos inovadores para melhorar o acesso e a utilização oportuna de serviços especializados para os cuidados pré-natais e do parto;
- d) reforçar as abordagens centradas no cliente para a prestação de serviços integrados e eficientes de MNCH, de infeções sexualmente transmissíveis e de VIH, possibilitando às mulheres e aos seus parceiros o acesso aos cuidados;
- e) desenvolver métodos inovadores que encorajem o envolvimento comunitário e dos parceiros;
- f) melhorar o envolvimento dos grupos da sociedade civil, para reforçar a utilização dos serviços e a redução do estigma e a discriminação na comunidade.

### 6.3 Melhorar a qualidade dos serviços de MNCH

Para a consecução das metas da eliminação, é essencial criar e disponibilizar um pacote abrangente, com base em evidências e de elevada qualidade dos serviços de MNCH, que inclua intervenções programadas e de qualidade de PTVV do VIH e da sífilis. Estes devem ser implementados no âmbito das quatro metas para a PMTCT, como se descreve em seguida, e em todas as situações em que as mulheres e os seus parceiros recorram aos cuidados de saúde pré-natais e pediátricos, de planeamento familiar, infeções sexualmente transmitidas, parto e pós-parto.

## ACÇÕES-CHAVE

### Meta 1: Prevenção da infeção primária pelo VIH e sífilis nas mulheres em idade reprodutiva

- a) integrar a prevenção do VIH e das infeções sexualmente transmitidas para as mulheres em idade reprodutiva, particularmente as mulheres com estado serológico negativo, em qualquer local a que as mulheres acedam aos serviços de saúde reprodutiva;
- b) integrar as mensagens de PTVV no aconselhamento após a realização de testes, para os homens e as mulheres, em quaisquer locais onde se realizem testes e aconselhamento do VIH;
- c) alargar o uso de intervenções de prevenção, em articulação com os serviços de PTVV;
- d) alargar os esforços de educação para a prevenção, por forma a integrar mensagens apropriadas às faixas etárias nas escolas, tendo como alvo preferencial as jovens raparigas, associando-as aos esforços para manter as jovens na escola.

## ACÇÕES-CHAVE

### Meta 2: Prevenção de gravidezes não planeadas entre as mulheres que vivem com o VIH

- e) normalizar os serviços de planeamento familiar de rotina para as mulheres seguidas nos serviços de prevenção da transmissão vertical do VIH e de tratamento com anti-retrovirais, nos locais em que são realizados os cuidados e o tratamento de MNCH, SIST e VIH;
- f) apoiar e articular com os esforços de planeamento familiar de base comunitária, para chegarem aos homens e mulheres, na comunidade e nos locais de trabalho.

## ACÇÕES-CHAVE

### Meta 3: Prevenção da transmissão do VIH de uma mulher seropositiva para o seu filho

- g) dispensar regimes de associações terapêuticas de ARV altamente eficazes a todas as mulheres grávidas, em consonância com as mais recentes orientações da OMS;
- h) dispensar penicilina intramuscular para as mulheres grávidas seropositivas e com sífilis;
- i) promover práticas seguras de alimentação infantil, incluindo a profilaxia de ARV durante a amamentação;

## ACÇÕES-CHAVE

### Meta 4: Dispensar tratamentos, cuidados e apoio apropriados às mães que vivem com o VIH, às suas crianças e famílias

- j) reforçar a continuidade dos serviços de PTVV nos locais de prestação de cuidados e de tratamento de MNCH e de VIH para toda a vida (nos centros de saúde materna e dos recém-nascidos e das crianças). Deverá ser dada particular atenção à:
  - avaliação precoce dos valores de CD4, para a elegibilidade do tratamento e a dispensa/ligação de TAR às mulheres que o necessitam para a sua própria saúde;
  - Diagnóstico precoce e administração de cotrimoxazol nos lactentes expostos e a administração/articulação precoce de TAR às crianças seropositivas.

## 6.4 Reforçar a prestação dos serviços associados

Como parte de um pacote abrangente de serviços, integrados e centrados nos utentes, os países devem dar prioridade à criação de um rigoroso sistema de referenciação e de articulação entre os programas de MNCH e de VIH. Este sistema de referenciação e de articulação de apoio aos programas é fundamental para garantir que as mulheres seropositivas são rapidamente encaminhadas para os serviços apropriados de tratamento e de cuidados de VIH, e que são encaminhadas para os cuidados continuados adequados de VIH no pós-parto.

## ACÇÕES-CHAVE

- a) integrar a prestação de serviços de VIH nos programas de prestação de serviços às mulheres e crianças (MNCH, SRH, PF, STI, TB, AIDI);<sup>7</sup>
- b) dar prioridade à continuidade de cuidados entre os serviços e cuidados de PMTCT e do VIH (TAR) com os mecanismos de referenciação e de acompanhamento;
- c) apoiar a coordenação entre os programas de MNCH e de VIH, por forma a permitir um maior rigor das estimativas, das compras e da gestão do abastecimento dos medicamentos essenciais e dos diagnósticos.

<sup>7</sup> MNCH: Saúde materna, dos recém-nascidos e das crianças; SRH: Saúde Sexual e Reprodutiva; PF: Planeamento Familiar; IST: Infecção Sexualmente Transmissível; TB: Tuberculose; AIDIAIDI: Atenção Integrada às Doenças da Infância.

## 6.5 Reforçar os recursos humanos, a cadeia de abastecimento e os sistemas de informação

Uma campanha de sucesso para a eliminação de novas infecções pelo VIH nas crianças assenta fortemente na capacidade dos sistemas de saúde básicos, para prestar os cuidados de forma eficaz a nível local e nacional. As deficiências nas capacidades dos recursos humanos, na gestão da cadeia de aprovisionamento e dos sistemas de informação, contribuem para a fraca expansão dos serviços e para a limitada eficácia das intervenções.

### ACÇÕES-CHAVE

- a) desenvolver abordagens inovadoras que permitam uma mudança e a partilha transversal de funções, nos serviços de cuidados continuados de PMTCT, como uma solução para as lacunas existentes, ao nível dos recursos humanos (HR);
- b) dar prioridade à melhoria das capacidades, com formação contínua, para permitir a mudança de funções e garantir a retenção do pessoal, com particular destaque para a administração de TAR e de penicilina intramuscular, até ao nível mais básico do sistema de saúde;
- c) promover de forma activa, a eliminação de barreiras jurídicas que entrem o sucesso da mudança de funções e a melhoria das capacidades para um eficaz planeamento do abastecimento e do seguimento operacional;
- d) promover uma quantificação coordenada das necessidades nos sectores da saúde;
- e) melhorar a gestão logística para chegar ao nível comunitário e desenvolver melhores sistemas de informação entre a MNCH e o VIH, para uma gestão clínica e uma avaliação do programa melhoradas.

## 6.6 Desenvolver e envolver os sistemas comunitários

O progresso registado, até à data, no incremento da expansão dos cuidados e do tratamento do VIH, na Região, não seria possível sem as contribuições dos grupos e dos trabalhadores comunitários. De uma forma semelhante, as estratégias de base comunitária têm o potencial para melhorar o acesso e a utilização alargada dos serviços de MNCH, resultando em reduções significativas nos óbitos maternos e infantis.

### ACÇÕES-CHAVE

- a) com as contribuições da comunidade, criar orientações claras sobre como e quando é que os trabalhadores de base comunitária podem contribuir de forma mais eficaz para a utilização dos serviços e a correta adesão às intervenções de MNCH e de PTVV, em tempo útil;
- b) criar instrumentos normalizados e integrados que permitam intensificar a utilização dos serviços de MNCH e de PTVV, que possam ser utilizados pelos trabalhadores de base comunitária;
- c) envolver as organizações de base comunitária nas actividades que necessitem de ser criadas, prestação de serviços e acompanhamento do doente, ao nível comunitário.

## 6.7 Melhorar as avaliações do desempenho e o impacto

À medida que os países desenvolvem os seus planos nacionais para a eliminação de novas infecções pelo VIH e pela sífilis nas crianças e manter vivas as suas mães, é essencial compreender de forma precisa o desempenho do programa de referência e das falhas. Isto permitirá nortear a ordem de execução dos esforços e prazos de eliminação e o cumprimento dos objectivos, metas e a apresentação dos relatórios de progresso.

### ACÇÕES-CHAVE

- a) definir programas de base, para as necessidades e as falhas dos serviços de MNCH e PTVV;
- b) definir metas nacionais de eliminação para 2015 e metas interinas anuais;
- c) chegar a acordo quanto à normalização dos indicadores, por forma a monitorizar e avaliar o desempenho dos programas e o impacto da PTVV e dos serviços de MNCH aos níveis nacional e regional;
- d) desenvolver capacidades para a gestão e análise de dados, no âmbito dos programas de saúde de MNCH e do VIH;
- e) garantir que a avaliação do impacto das actividades do programa de PTVV está incluída nos planos de avaliação do programa, tanto a nível nacional como regional.



A implementação das recomendações deve ter em consideração as especificidades dos países. Os países da Região Africana têm epidemias, contextos e patologias diversificadas e encontram-se em diferentes níveis em termos de progressos, no que respeita à implementação da Iniciativa de Eliminação (ETVV). Assim, os países foram identificados como pertencendo a diferentes tipologias (Figura 2). Esta classificação composta por quatro tipologias, baseia-se na cobertura de ARV durante a gravidez. Os países de tipologia A são aqueles cuja cobertura de ARV durante a gravidez é superior a 80%; os países de tipologia B têm uma cobertura de ARV durante a gravidez entre 60% e 79%; os países de tipologia C são aqueles cuja cobertura de ARV durante a gravidez se situa entre os 30% e os 59% e ainda os países de tipologia D, em que a cobertura com ARV durante a gravidez é inferior a 30%. Na classificação e planeamento das acções prioritárias é ainda considerada a cobertura de quatro consultas de ANC.

Considerando estas tipologias, é fundamental que as acções prioritárias se adequem às situações específicas dos países. Os países são encorajados, individualmente, a identificar a sua tipologia como ponto de partida para o planeamento de acções prioritárias e focalizadas, por forma a facilitar a consecução das metas de eliminação.

TIPOLOGIA A	TIPOLOGIA B
<p>&gt; 80% Cobertura ARV  A+: 4 Consultas de ANC &gt; 60%  A-: Consultas de ANC &lt; 60%</p> <p>A prioridade da acção deve ser a melhoria da equidade para a consecução dos últimos 20% e a melhoria da qualidade</p>	<p>60– 79% De cobertura ARV  A+: 4 Consultas de ANC &gt; 60%  A-: Consultas de ANC &lt; 60%</p> <p>A prioridade deve ser a melhoria da cobertura dos serviços de PTVV e melhorar a qualidade (seguimento dos regimes ARV a longo prazo)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar o acesso a serviços de prevenção do VIH e de planeamento familiar;</li> <li>• Aumentar a cobertura de ARV de profilaxia nas crianças;</li> <li>• Identificar os indivíduos sem acesso (de difícil acesso e marginalizados) e resolver o estrangulamento ao acesso e à utilização;</li> <li>• Melhorar o acesso a regimes mais eficazes de ARV para as PTVV;</li> <li>• Promover a marcação/início precoce de ANC;</li> <li>• Melhorar os cuidados pós-parto;</li> <li>• Melhorar o acesso e o recurso a pessoal qualificado durante o parto;</li> <li>• Promover práticas apropriadas de aleitamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar os indivíduos sem acesso (de difícil acesso e marginalizados) e resolver o estrangulamento ao acesso e à utilização;</li> <li>• Melhorar o acesso a regimes mais eficazes de ARV para as PTVV;</li> <li>• Reduzir o abandono das consultas de seguimento;</li> <li>• Promover a marcação/início precoce de ANC;</li> <li>• Melhorar os cuidados pós-parto;</li> <li>• Melhorar o acesso e o recurso a pessoal qualificado durante o parto;</li> <li>• Promover práticas apropriadas de aleitamento.</li> </ul>
<p>Estes países têm uma cobertura de ARV materna superior a 80%. Se a cobertura de 4 consultas de ANC for inferior a 60%, as ações prioritárias devem incluir a melhoria da qualidade dos serviços de ANC.</p>	<p>Existem países em que a cobertura de ARV para as PTVV situa-se entre os 60 – 79%. Se a cobertura de 4 consultas de ANC for inferior a 60% (B-), as ações prioritárias devem incluir a melhoria da qualidade dos serviços de ANC.</p>

TIPOLOGIA C	TIPOLOGIA D
<p><b>30– 59% Cobertura ARV</b>  <b>A+: 4 Consultas ANC &gt; 60%</b>  <b>A-: Consultas ANC &lt;60%</b></p> <p>A prioridade deve ser a melhoria da cobertura e a utilização</p>	<p>&lt;30% Cobertura de ARV  A+: 4 Consultas de ANC &gt; 60%  A-: Consultas de ANC &lt;60%</p> <p>A prioridade deve ser a melhoria da cobertura e o recurso às abordagens de base comunitária</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a disponibilidade de serviços de PTVV;</li> <li>• Centrar-se no aumento da utilização dos serviços de ANC e de PTVV ;</li> <li>• Reduzir o abandono das consultas de seguimento;</li> <li>• Promover a marcação/início precoce de ANC;</li> <li>• Melhorar o cuidado pós-parto;</li> <li>• Melhorar o acesso e o recurso a pessoal qualificado durante o parto;</li> <li>• Promover práticas de aleitamento apropriadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar e abordar os estrangulamentos no acesso e na utilização dos serviços de ANC/MNCH e de PTVV;</li> <li>• Identificar e centrar a prestação de serviços de PTVV nas áreas com maior prevalência e número de mulheres com necessidades não satisfeitas de intervenção de PTVV, aumentando a utilização dos serviços de ANC e de PTVV;</li> <li>• Melhorar o acesso e o recurso a pessoal qualificado durante o parto;</li> <li>• Promover práticas de aleitamento apropriadas.</li> </ul>
<p>Nestes países, a cobertura de ARV nas mães situa-se entre 30 – 59%.</p> <p>Se a cobertura de ANC para 4 visitas for inferior a 60% (C-), as ações prioritárias devem incluir a melhoria da qualidade.</p>	<p>Nestes países, a cobertura de ARV na PTVV é inferior a 30%, com uma cobertura ANC fraca a moderada. A prioridade deve incluir a melhoria da qualidade dos serviços de ANC.</p> <p>As ações prioritárias devem basear-se na melhoria da cobertura e da dimensão, ou nas abordagens de base comunitária.</p>

# 7. Funções e Responsabilidades

## PAÍSES

### Os governos nacionais são instados a:

- a) liderar, coordenar e maximizar as oportunidades estratégicas de acção coletiva, e a supervisionar os aspectos fundamentais dos esforços dos países;
- b) desenvolver planos abrangentes e orçamentados onde se incluam a identificação e a resolução de políticas, de barreiras programáticas e de gestão dos progressos;
- c) recolher e analisar os dados e apresentar relatórios periódicos sobre a eliminação de novas infecções por VIH e à sífilis nas crianças e nas mães;
- d) aumentar o investimento interno e externo nos programas, com base na análise de grandes lacunas;
- e) eliminar os obstáculos financeiros, como os pagamentos dos utentes, que entram o recurso das mulheres e das famílias aos serviços para a eliminação de novas infecções pelo VIH e pela sífilis nas crianças e manter vivos os seus pais;
- f) eliminar o estigma e a discriminação associados ao VIH, IST e ao género e outras barreiras que impeçam o recurso aos serviços e à retenção dos utentes;
- g) garantir que todas as quatro vertentes para a prevenção da transmissão vertical do VIH são implementadas de forma eficaz;
- h) garantir a realização de parcerias com indivíduos e instituições ao nível local e mundial, por forma a mobilizar os recursos para a implementação dos planos de eliminação de novas infecções pediátricas e de sífilis e manter vivas as mães;
- i) envolver as comunidades, incluindo as organizações da sociedade civil, as redes de mães que vivem com o VIH, as comunidades empresariais, os profissionais de saúde, as organizações profissionais e as instituições académicas e de investigação

### Agências das Nações Unidas, União Africana, parceiros de nível regional e mundial

As agências das Nações Unidas, a União Africana (AU) e diferentes parceiros irão apoiar os países para:

- a) garantir a coerência de esforços, incluindo o apoio técnico, financeiro e material nas metas para a eliminação de novas infecções pelo VIH e a sífilis nas crianças e manter vivas as suas mães;
- b) realizar acções de advocacia entre os decisores políticos, os parceiros internacionais e outros intervenientes-chave para um acréscimo de recursos;
- c) criar normas, padrões e orientações para a prevenção e tratamento do VIH das mães e das crianças, facultando evidências com base na investigação e na documentação das melhores práticas;



- d) desenvolver uma forte rede de responsabilização que possa ser adaptada pelos países para a determinação das suas metas e dos seus objectivos;
- e) dar apoio técnico e material.

## 8. Implicações ao Nível dos Recursos

A ONUSIDA estima em mil milhões de dólares americanos (7) o custo das intervenções para eliminar novas infecções pelo VIH nas crianças e manter vivas as suas mães, entre 2011 e 2015, nos 22 países prioritários (dos quais apenas um não se situa na Região Africana). Isto inclui os custos com os testes e o aconselhamento de VIH, a contagem de CD4 para as mulheres grávidas com resultados positivos de infeção por VIH, profilaxia anti-retroviral, TAR e cotrimoxazol, para as mulheres e as crianças elegíveis, planeamento familiar para as mulheres que vivem com o VIH, aconselhamento sobre o aleitamento e a mobilização da comunidade.

São necessárias acções eficazes de mobilização para apoiar estas prioridades. Estas acções incluem: i) orçamentar os planos nacionais de ETVV; ii) aumentar os investimentos internos; iii) aumentar os investimentos externos; iv) explorar mecanismos inovadores de financiamento; e v) melhorar os recursos existentes.

## 9. Monitorização e Avaliação

A monitorização e a avaliação permanecem as componentes-chaves da iniciativa ETVV; são essenciais para seguir a expansão e o desempenho do programa. A monitorização e a avaliação estarão alinhadas com a Estratégia para a Monitorização e Avaliação do Plano Mundial para Eliminar as Novas Infecções pelo VIH até (12). Este quadro estratégico assenta igualmente nas marcos ao nível mundial, regional e de país do Plano Mundial para eliminar as novas infecções pelo VIH nas crianças, até 2012, e manter vivas as suas mães 2011–2015. Apresenta um plano de acção constituído por 10 pontos concretos, com passos específicos para a implementação a nível do país, o que inclui a melhoria da avaliação dos resultados e a avaliação da qualidade dos dados e do impacto. O Plano Mundial também recomenda os indicadores para a monitorização dos programas e dos serviços para PTVV e da sífilis nos serviços de saúde materno-infantil. Recomenda-se que os principais indicadores nacionais sejam monitorizados pelo menos anualmente, podendo os países efectua-lo com maior frequência.

As intervenções de PTVV ocorrem em vários locais de prestação de cuidados e num período de tempo que abrange o momento anterior à gravidez, a gravidez, o parto, o pós-parto e o acompanhamento da criança após o nascimento. Assim, e como a monitorização

se baseia na MCH, PF, PTVV (o fluxo de serviços), nos indicadores de VIH e da sífilis, o reforço dos cuidados de rotina da saúde materna e infantil e o alargamento dos sistemas de informação em saúde, irão facilitar a monitorização, que constitui a chave para uma Iniciativa ETVV de sucesso.

Acompanhar os progressos para a ETVV constitui um esforço conjunto dos governos dos países e dos parceiros internacionais para o desenvolvimento (incluindo as Nações Unidas, ONG e doadores) aos níveis dos países, regionais e das Sedes. Embora os dados obtidos com os programas de PTVV, sejam geralmente de qualidade aceitável no que respeita à monitorização das tendências, a maioria dos sistemas de informação em muitos países da Região, permanecem fracos. Todos os países e os parceiros de desenvolvimento devem trabalhar em conjunto para rever os objectivos, reforçar a gestão da qualidade de informação, realizar avaliações de impacto e melhorar a monitorização das metas da Iniciativa ETVV.

O valor de referência para os objectivos é o ano 2009 e a meta é o ano 2015, excepto se determinado de forma diferente. Os dois grandes objectivos da Iniciativa ETVV são: i) reduzir em 90%, o número de novas infecções pelo VIH nas crianças; e ii) reduzir em 50% o número de óbitos maternos associados à SIDA. Os progressos para a consecução de ambas as metas serão avaliados anualmente, recorrendo à estimativa do número de novas infecções de MTCT de VIH nas crianças, bem como a taxa de MTCT, recorrendo ao programa Spectrum (11), recomendado pelas Nações Unidas, para as estimativas e as projecções do VIH. Foram apresentados diferentes métodos de avaliação dos impactos em alguns países, como o inquérito nacional de avaliação da vacinação infantil; a avaliação de dados programáticos em que existe um bom seguimento das mães e dos filhos; inquéritos nos agregados familiares e interpretação dos dados relativos ao diagnóstico precoce dos lactentes (EID), em que a cobertura é elevada.

Em todos os países a Iniciativa ETVV irá reportar os progressos registados nos indicadores principais, em conjunto com as metas. Nos países com o maior número de puérperas seropositivas, a iniciativa ETVV irá elaborar relatórios com base no número alargado de indicadores. Nos países com maior fardo, os progressos para a consecução dos objectivos serão avaliados anualmente com o maior número de puérperas seropositivas, e a cada dois anos para os restantes países, em conjunto com os indicadores-chave para as quatro vertentes da PTVV.

### Caixa 3: Agenda para apresentação de relatórios

- 2011: Relatório de base e do plano de ETVV
- 2012: Relatório dos indicadores e dos progressos para a consecução das metas da ETVV
- 2013: Relatório anual dos progressos; reuniões regionais de análise dos progressos
- 2014: Revisão intercalar da ETVV; reunião mundial de análise dos progressos
- 2015: Relatório anual dos progressos; reuniões regionais de análise dos progressos

A determinação de metas, o planeamento do programa e a recolha de dados ao nível local e regional, contribuem para as estatísticas nacionais e, por sua vez, a compilação de informação relativa aos esforços dos países, contribui para a monitorização ao nível regional e mundial. Por conseguinte, uma monitorização de elevada qualidade, a melhoria contínua e o uso de dados a todos os níveis constituem factores fundamentais para o sucesso da Iniciativa de ETVV. Serão organizadas reuniões ao nível regional e mundial para que os governos dos países, conjuntamente com os parceiros, procedam à revisão dos marcos nacionais. O relatório de responsabilização pode ser analisado no Anexo 3.

Espera-se que os países formulem e implementem planos e orientações nacionais de EMTC. O orçamento deverá contemplar planos de trabalho nacionais, de monitorização e avaliação, descrevendo as actividades prioritárias; especificando as responsabilidades; detalhando as necessidades de recursos; identificando as fontes de financiamento e apresentando um cronograma elucidativo, para a apresentação de resultados. Este plano de trabalho irá permitir ao Ministério da Saúde (aos gestores nacionais dos programas e ao pessoal de monitorização e avaliação), assegurar a mobilização dos recursos financeiros e humanos, necessários. O Plano deve ser elaborado com as contribuições e o consenso de todos os intervenientes-chave. Os níveis regionais e institucionais podem, igualmente, desenvolver planos de trabalho associados ao sistema de Monitorização e Avaliação. Independentemente das fontes de financiamento, recomenda-se a alocação de 5 a 10% do orçamento-programa para as actividades de Monitorização e Avaliação. É recomendável que o plano anual de actividades de Monitorização e Avaliação esteja estreitamente associado ao ciclo do orçamento geral, para assegurar a garantia do financiamento.

## 10. Conclusão

Os Estados-Membros da Região Africana, em conjunto com a comunidade mundial, assumiram o compromisso de eliminar as novas infecções pelo VIH nas crianças e de melhorar a saúde e a sobrevivência das mães seropositivas. Até mesmo na Região Africana, caracterizada pelo pesado fardo do VIH, por sistemas de saúde pobres e por fracos recursos, a ETVV é exequível.

Os principais requisitos são a cobertura universal de intervenções efectivas, custo-eficazes e sustentáveis; a adequação de recursos; a capacitação das comunidades; o empoderamento das mulheres que vivem com VIH, para que tenham acesso cuidados de prevenção e de tratamento de que necessitam para elas, os seus filhos e as famílias; o envolvimento dos parceiros e a observância e respeito pelos direitos das mulheres que vivem com o VIH. É fundamental que os líderes nacionais e mundiais ajam de forma concertada para apoiar os esforços dos países, e sejam responsabilizados pela apresentação de resultados.

Independentemente das circunstâncias, este Quadro Estratégico define as acções adequadas que permitem a cada país na Região Africana tomar medidas concertadas para a eliminação de novas infecções pelo VIH nas crianças e manter vivas as mães.

Instam-se os países a desenvolverem e actualizarem as políticas e os planos estratégicos apropriados para a implementação das acções propostas, a monitorizarem os progressos e a coordenarem todos os parceiros. Devem, igualmente, mobilizar e afectar os recursos humanos, materiais e financeiros necessários para o sucesso da implementação.

# Referências

1. UNAIDS. Report on the Global AIDS Epidemic, 2010. Geneva, UNAIDS, 2010.
2. Newell ML et al. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet* 2004, 364:1236-43.
3. Mahy M et al. What will it take to achieve virtual elimination of mother-to-child transmission of HIV? An assessment of current progress and future needs. *Sexually Transmitted Infections* 2010, 86(Suppl. 2): ii48-55. Doi:10.1136/sti2010.045989.
4. WHO. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access. Recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organization, 2009.
5. WHO. Guidelines on HIV and infant feeding 2010. Geneva, World Health Organization, 2010.
6. Bhutta Z et al. Stillbirths: what difference can we make and at what cost? *Lancet* 2011, 377:1523-38.
7. WHO. Countdown to Zero: Global Plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive, 2011-2015. Geneva, World Health Organization, 2011.
8. WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank. Trends in maternal mortality 1980 to 2008. Geneva, World Health Organization, 2010.
9. WHO, UNAIDS and UNICEF. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report 2011. Geneva, UNAIDS, 2011.
10. WHO. World Health Statistic Report 2010. Geneva, World Health Organization, 2010.
11. Stover J et al. The Spectrum projection package: improvements in estimating incidence by age and sex, mother-to-child transmission, HIV progression in children and double orphans. *Sexually Transmitted Infections* 2010, 86 (Suppl. 2): ii16-21.
12. WHO and UNICEF. Global Monitoring and Evaluation Framework and Strategy for the Global Plan Towards the elimination of new HIV Infections by 2015. Geneva, World Health Organization, 2012.

Anexo 1: Opções de profilaxia da OMS: medicamentos anti-retrovirais para o tratamento de mulheres grávidas e para a prevenção de infecções por VIH nas crianças (2010)

<b>OPÇÃO A: AZT</b> <b>AZT PARA A MÃE +</b> <b>PROFILAXIA ARV PARA AS CRIANÇAS</b>		<b>OPÇÃO B: ARV TRIPLO</b> <b>PROFILAXIA TRIPLA PARA A MÃE</b>	
MÃE		MÃE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pré-parto, duas vezes por dia, a partir das 14 semanas de gestação e continuado durante a gravidez</li> <li>• Sd-NVP no início do trabalho de parto*</li> <li>• AZT + 3TC durante o trabalho de parto e o parto*</li> <li>• AZT + 3TC nos 7 dias após o parto</li> </ul> <p>*Se a administração de AZT durou mais de 4 semanas no pré-parto, pode considerar-se a supressão do sd-NVP e a continuidade do AZT + 3TC; neste caso, deve-se continuar a administração de AZT durante o trabalho de parto e deve terminar após o parto.</p>		<p>Terapêutica tripla de ARV, iniciada nas 14 semanas de gestação e continuada até ao parto. Em caso de aleitamento materno, continuar uma semana após ter terminado o aleitamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AZT + 3TC + LPV-r</li> <li>• AZT + 3TC + ABC</li> <li>• AZT + 3TC + ABC</li> <li>• TDF + XTR + EFV</li> </ul>	
CRIANÇA		CRIANÇA	
<p><b>Amamentada com leite materno</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma diária de NVP (desde o nascimento e até uma semana após a amamentação)</li> </ul> <p><b>Amamentada apenas com leite de substituição</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AZT duas vezes por dia durante 4 – 6 semanas</li> <li>• NVP diariamente durante 4 – 6 semanas</li> </ul>		<p><b>Para todas as crianças expostas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AZT duas vezes por dia durante 4 – 6 semanas OU</li> <li>• NVP diariamente durante 4 – 6 semanas</li> </ul>	

Modificação da opção B, também conhecida como opção B+. A mãe inicia a opção B, acima que não suspende, mesmo tendo deixado de amamentar. Continua com ARV ao longo de toda a vida, independentemente da contagem de CD4.

## Anexo 2: Relatórios de responsabilização

As Nações Unidas (OMS, UNICEF, ONUSIDA E FNUAP) e os parceiros de cooperação bilateral, irão apoiar os países, nas suas necessidades de apresentar relatórios, contribuir para a melhoria das capacidades de recolha e interpretação de dados ao nível nacional e regional e auxiliar os programas dos países, na utilização eficaz dos dados para o reforço dos serviços de PTVV e de MNCH. As Agências das Nações Unidas trabalham em conjunto, na elaboração e apresentação de relatórios das estimativas relacionadas com o VIH e a saúde materno-infantil. Para as agências das Nações Unidas, bem como para os parceiros em áreas relevantes que colaboraram com os governos nacionais, as principais funções encontram-se indicadas abaixo. A OMS/UNICEF/ONUSIDA irão continuar a produzir os relatórios anuais dos progressos.

METAS	AGÊNCIA RESPONSÁVEL	FUNÇÕES PRINCIPAIS
GLOBAL	ONUSIDA/UNICEF/OMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONUSIDA: determina as metas anuais</li> <li>• OMS: apoia os países na recolha de dados de vigilância</li> <li>• OMS/UNICEF: apoiam a recolha dos melhores dados do programa</li> <li>• OMS/UNICEF/ONUSIDA: prestam orientações na avaliação do impacto da PTVV e apoiam os exercícios de modelização</li> <li>• OMS/UNICEF/ONUSIDA: apoiam a revisão e validação de dados de várias fontes</li> </ul>
Vertente 1 Metas e indicadores	ONUSIDA/UNICEF/OMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONUSIDA: apresenta os dados de incidência a partir dos modelos</li> <li>• UNICEF/ONUSIDA: reúnem dados relativos aos indicadores de utilização do preservativo</li> <li>• OMS/ONUSIDA/UNICEF: coligem dados de outros indicadores, com recurso ao processo de apresentação de relatórios do acesso universal</li> </ul>
Vertente 2 Metas e indicadores	OMS/ONUSIDA/UNICEF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FNUAP/OMS: apresentam os dados da monitorização dos ODM e apoiam os 25 países no processo inicial de recolha de indicadores-chave para a Vertente 2 (necessidades não satisfeitas de planeamento familiar, nas mulheres que recorrem às instituições, devido ao VIH)</li> <li>• ONUSIDA: apresenta estimativas de modelos representativos do número de mulheres grávidas seropositivas</li> </ul>
Vertente 3 Metas e indicadores	OMS/UNICEF/ONUSIDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OMS/ONUSIDA/UNICEF: revêm de forma crítica as estimativas de transmissão e recolhem dados relativos a outros indicadores, recorrendo aos relatórios do acesso universal</li> </ul>
Vertente 4 Metas e indicadores	OMS/UNICEF/FNUAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OMS/FNUAP: apresentam estimativas dos óbitos maternos associados ao VIH</li> <li>• OMS: apresentam estimativas de óbitos nas crianças, devidos ao VIH</li> <li>• UNICEF/OMS: apresentam dados relativos à mortalidade de lactentes e de crianças</li> <li>• OMS/ONUSIDA/UNICEF: recolhem dados de outros indicadores através dos relatórios de processo do acesso universal</li> </ul>

O plano de trabalho conjunto das agências das Nações Unidas e de outros parceiros de desenvolvimento para apoiar a monitorização da Iniciativa ETVV e para melhorar os sistemas de informação em saúde e a avaliação do impacto nos países, irá apoiar a colaboração em matéria de monitorização e avaliação.

## Anexo 3: Metas e indicadores para as quatro Vertentes da PTVV

<b>METAS GLOBAIS</b> <b>1. REDUZIR EM 90% O NÚMERO DE NOVAS INFECÇÕES PEDIÁTRICAS.</b> <b>2. REDUZIR EM 50% O NÚMERO DE ÓBITOS ASSOCIADOS À SIDA.</b>			
Vertente 1	Vertente 2	Vertente 3	Vertente 4
<p><b>Meta 1:</b></p> <p>1.1: Reduzir em 50% a incidência de VIH nas mulheres entre 15-49 (e 15-24) anos</p> <p>1.2: 90% das mulheres grávidas testadas para a sífilis</p>	<p><b>Meta 2:</b></p> <p>2.2 : Reduzir a zero as necessidades não satisfeitas de PF (independentemente do estado serológico)</p>	<p><b>Meta 3:</b></p> <p>3.1: Reduzir a transmissão vertical do VIH para &lt; 5% (&lt; 2% se não estiver a amamentar ou, se a avaliação ocorrer por volta das 6 semanas; a avaliação final da infeção deve ocorrer após terminar o aleitamento materno)</p> <p>3.2: 90% das mães com acesso a profilaxia ou a TAR perinatal</p> <p>3.3: 90% das mães e lactentes com acesso a profilaxia ou tratamento TAR</p> <p>3.4: 90% das mulheres grávidas seropositivas e com sífilis, tratadas adequadamente</p>	<p><b>Meta 4:</b></p> <p>4.1: Dispensar TAR a 90% das mulheres grávidas com necessidade de TAR ao longo de toda a vida, para a sua saúde</p> <p>4.2: Dispensar TAR a todas as crianças seropositivas</p> <p>4.3: Reduzir em 50% os óbitos de crianças devidos à SIDA</p>
<p><b>Indicador-chave :</b></p> <p>1.1 : % de mulheres grávidas que conhecem o seu estado serológico</p>	<p><b>Indicador-chave :</b></p> <p>2.1 : Necessidades não satisfeitas de PF nas mulheres em idade reprodutiva (indicador 5.6 das MDG)</p>	<p><b>Indicador-chave :</b></p> <p>3.1 : % das mulheres grávidas seropositivas a quem foi administrado ARV, de forma eficaz, (profilaxia ou terapêutica) para reduzir a MTCT (desagregado por regime)</p>	<p><b>Indicador-chave :</b></p> <p>4.1 : % de lactentes com mães seropositivas a quem foi realizado o teste de VIH, nos 2 meses após o nascimento</p>

## METAS GLOBAIS

1. REDUZIR EM 90% O NÚMERO DE NOVAS INFECÇÕES PEDIÁTRICAS.
2. REDUZIR EM 50% O NÚMERO DE ÓBITOS ASSOCIADOS À SIDA.

Outros indicadores :	Outros indicadores :	Outros indicadores :	Outros indicadores :
<p>1.2: Número e % de mulheres grávidas assistidas nas clínicas de ANC, pelo menos uma vez, durante a gravidez</p> <p>1.3: Número e % de mulheres grávidas, com pelo menos, 4 consultas nas clínicas de ANC</p> <p>1.4: Número e % de mulheres grávidas com primeira consulta de ANC, precoce (1º ou 2º trimestre)</p> <p>1.5: % de mulheres grávidas testadas para sífilis na primeira consulta pré-natal</p> <p>1.6: % estimada de todas as mulheres grávidas, testadas para sífilis, até às 24 semanas</p> <p>1.7: % de mulheres grávidas assistidas nas clínicas ANC cujos parceiros foram testados para o VIH</p> <p>1.8: % de homens e mulheres, com 15-49 anos, com mais de um parceiro sexual nos últimos 12 meses, referem o uso de preservativo na última relação sexual</p>	<p>2.2: % de mulheres em idade reprodutiva com necessidades não satisfeitas de PF assistidas nos serviços de cuidados e tratamento de VIH</p>	<p>% de mulheres grávidas seropositivas, avaliadas para o início de TAR (contagem de CD4 ou estágio clínico)</p> <p>3.3: % de lactentes com mães seropositivas, que estão a amamentar, e com acesso a ARV (seja a mãe ou a criança) para reduzir a transmissão do VIH durante o período de aleitamento</p> <p>3.4: % de mulheres grávidas com sífilis, tratadas de forma adequada</p> <p>3.5: % de crianças com mães seropositivas, e com sífilis, tratadas de forma adequada</p> <p>3.6: % dos parceiros sexuais de mulheres seropositivas, e com sífilis, tratados</p> <p>3.7: Percentagem de nados-mortos atribuídos à sífilis materna</p> <p>3.8: Casos congénitos de sífilis/1000 nados-vivos</p>	<p>4.2: % de mulheres grávidas com necessidade de TAR para a sua saúde, com acesso a TAR para toda a vida</p> <p>4.3: % de lactentes com mães seropositivas que iniciaram profilaxia com cotrimoxazol nos 2 meses após o nascimento</p> <p>4.4: % de lactentes expostos ao VIH, com aleitamento materno exclusivo, com leite de substituição ou amamentação mista com DPT3</p> <p>4.5: % de crianças seropositivas de 0-14 que estão actualmente a receber TAR</p> <p>4.6: Número de novas infecções por VIH e % de redução, desde 2009</p>

## METAS GLOBAIS

1. REDUZIR EM 90% O NÚMERO DE NOVAS INFECÇÕES PEDIÁTRICAS.
2. REDUZIR EM 50% O NÚMERO DE ÓBITOS ASSOCIADOS À SIDA.

### Indicadores adicionais pertinentes

- Existência de políticas e orientações consistentes com as normas internacionais para a prevenção da transmissão vertical do VIH
- Existência de políticas e orientações nacionais consistentes com as normas internacionais para a eliminação da sífilis congénita
- Existência de um plano integrado para a eliminação da transmissão vertical do VIH e da sífilis congénita, a nível dos países.
- % de instituições de saúde que prestam cuidados pré-natais, com serviços de testes ao VIH, ARV e PMTCT e de sífilis (com acesso universal)
- % de partos assistidos por profissionais qualificados
- Número de instituições com serviços de ANC
- Número de instituições com serviços de ANC que também realizem testes de CD4 às mulheres grávidas, no local, ou que tenham um sistema para a recolha e transporte de amostras de sangue para os testes de CD4.
- Número de instituições com serviços de ANC para além do aconselhamento e testes de VIH às mulheres grávidas
- % de instituições com serviços de ANC e que dispõem de testes de VIH e ARV para a PTVV, no local
- % de instituições com serviços pediátricos de TAR (i.e., prescrevem e/ou prestam seguimento clínico)
- % de instituições com serviços de testes de virologia (p. ex., PCR) para o diagnóstico da criança no local, ou através de do teste da gota de sangue seco (DBS)

## Anexo 4: Normas de boas práticas no ciclo de vida dos dados

Reforçar os sistemas de Monitorização e Avaliação dos países, constitui uma prioridade para a Iniciativa ETVV. Um forte sistema de Monitorização e Avaliação deve assentar nas normas de boas práticas.

O ciclo de vida dos dados consiste em quatro fases. A aplicação de cada uma das boas práticas pode reforçar cada uma das fases, que são:

1. Recolha de dados
2. Avaliação e garantia da qualidade dos dados
3. Análise e utilização
4. Agregação e elaboração de relatórios.

Em cada nível dos relatórios – institucional, regional e mundial – os dados passam por uma iteração em cada um destes quatro níveis.

### Boas práticas ao nível das instituições

O nível institucional constitui a fundação em que assentam todas as outras fases do ciclo de vida dos dados. O nível institucional deve ter a capacidade, os instrumentos e o pessoal para assegurar que a recolha de dados constitui uma rotina, que a qualidade dos dados é elevada, que a agregação é efectuada adequadamente e que está em curso, a análise dos dados e a sua utilização estão em curso.

#### 1. Recolha de dados

- Uso de instrumentos normalizados para garantir a qualidade e a precisão dos dados.
- Dar formação e apoio ao pessoal para a recolha dos dados necessários
- Preencher os formulários de forma clara e efetuar revisões sistemáticas, como parte do sistema de supervisão.
- Assegurar-se que os dados são transpostos de forma precisa – por exemplo, de um cartão do doentes para o registo.
- Introduzir revisões sistemáticas.
- Procurar as contribuições das pessoas que efectuem a recolha de dados, para melhorar os instrumentos e os procedimentos.
- Seguir um plano documental para aceder aos dados, ao back up e ao arquivo, e para garantir a segurança integrada dos dados e a confidencialidade do doente.

***Os dados ao nível nacional e mundial, provêm dos níveis institucionais. Se os dados tiverem falhas a este nível, terão falhas a nível nacional e mesmo mundial. Garantir que os membros do pessoal compreendem a importância do seu trabalho. Os dados ao nível das instituições têm implicações nos níveis financeiro e mundial.***

## 2. Garantia da qualidade dos dados (com validação)

- Criar e aderir aos procedimentos de rotina, para a avaliação e garantia de qualidade.
- Rever uma amostra dos formulários para assegurar que os dados estão completos e são exactos.

## 3. Análise e utilização

- Corrigir os erros e reciclar o pessoal, se necessário.
- Elaborar relatórios periódicos de indicadores (diários, semanais, mensais), para a revisão e a elaboração de relatórios.
- Criar gráficos e tabelas de tendências dos indicadores-chave.
- Rever os dados de forma periódica (diariamente, semanalmente) com os clínicos e os gestores dos programas, para descrever as realizações, desafios, oportunidades e acordar nas acções de melhoria.

## 4. Agregar e elaborar relatórios

- Elaborar relatórios para a divulgação às autoridades e aos intervenientes.
- Validar os relatórios para assegurar que os dados estão completos e são exactos e corrigir os erros.
- Difundir relatórios em tempo útil.
- Utilizar as respostas ao nível regional para melhorar o programa.

## Boas práticas ao nível regional

O nível regional desempenha um papel importante na revisão e aprovação dos dados provenientes das instituições. O nível regional é também responsável, pela supervisão de apoio, disseminação e a orientação ao nível das instituições. Ao nível regional, o pessoal necessita de recursos para rever e validar os dados de programa, assegurar a qualidade dos dados e utilizá-los para verificar o desempenho do programa.

### 1. Recolha de dados

- Garantir que as definições das variáveis estão corretas e são consistentes.
- Dar respostas de apoio, relativamente à qualidade dos dados, para o nível das instituições.

### **A todos os níveis**

- **Usar instrumentos normalizados**
- **Assegurar que o pessoal está devidamente treinado para Monitorização e Avaliação**
- **Garantir que os dados são arquivados num sistema confidencial e seguro, com back-up.**

## **2. Garantia e avaliação da qualidade dos dados (com validação)**

- Efectuar periodicamente, a avaliação e garantia da qualidade dos dados.
- Interpretar os dados, como indicado.
- Validar os dados antes de os disseminar, para o nível nacional.

## **3. Análise e utilização**

- Confirmer l'utilisation de méthodes d'analyse normalisées et appropriées.
- Utiliser des dénominateurs corrects et uniformisés.
- Utiliser les données pour décrire les tendances programmatiques et éclairer la planification stratégique.

## **4. Agregar e elaborar relatórios**

- Enviar os relatórios em tempo útil, como determinado pelo nível nacional.
- Utilizar a informação do nível nacional para melhorar o programa

### **Boas práticas ao nível nacional**

O nível nacional tem funções semelhantes às do nível regional, mas é responsável por garantir a recepção atempada dos dados, que uma vez reunidos, podem contar a história do desempenho do programa, a nível nacional. Neste nível, os dados devem dar informações ao planeamento estratégico e à tomada de decisão. Ao nível nacional, o pessoal é igualmente responsável pela supervisão de apoio e por divulgar as conclusões e as orientações para o nível regional.

### **Avaliar as metas gerais de ETVV: propostas para os países**

- Recolher, agrupar e compilar os dados de programa que sejam concisos, de qualidade, completos e atempados.
- Representar cada ano através da validação cuidadosa dos dados de entrada.
- Utilizar métodos para avaliar as metas do país, de forma periódica.