

COMITÉ REGIONAL PARA A ÁFRICA

ORIGINAL: INGLÊS

Septuagésima primeira sessão
Sessão virtual, 24 a 26 de Agosto de 2021

Ponto 10 da ordem do dia provisória

**QUADRO PARA UMA RESPOSTA MULTISSECTORIAL INTEGRADA À
TUBERCULOSE, AO VIH, ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E À
HEPATITE 2021–2030 NA REGIÃO AFRICANA DA OMS**

Relatório do Secretariado

RESUMO

1. Na Região Africana, os fardos do VIH, da tuberculose, da hepatite viral e das infecções sexualmente transmissíveis continuam elevados. Os quadros regionais de acção para a implementação das estratégias sectoriais mundiais de luta contra o VIH, a hepatite viral, as infecções sexualmente transmissíveis, a tuberculose, adoptados nas sexagésima sexta e sexagésima sétima sessões do Comité Regional, desencadearam progressos nas respostas nacionais. Embora tenha havido progressos consideráveis, à medida que estes quadros de acção chegam ao fim, constata-se que as metas previstas para 2020 não foram atingidas devido a muitos problemas e desafios.

2. O fraco empenho político em relação a estas quatro doenças resultou em níveis inadequados de financiamento. Os atrasos na adopção e implementação de intervenções, tecnologias e abordagens inovadoras, bem como os obstáculos jurídicos e sociais que continuam a bloquear o acesso das populações-chave e dos grupos vulneráveis aos serviços são motivo de preocupação. O grau de envolvimento de intervenientes comunitários e de disponibilidade de serviços dirigidos pela comunidade continuam aquém do que seria necessário. É prestada pouca atenção aos determinantes sociais destas quatro epidemias. Além disso, a ausência de uma estrutura de coordenação e de um quadro de responsabilização para a integração dos programas faz com que os gestores não se sintam motivados a tirarem partido das possibilidades de sinergia e eficiência proporcionadas pelos programas. Ademais, os sistemas de saúde não são suficientemente resilientes para mitigar perturbações nos serviços, que possam resultar de uma emergência humanitária, como a pandemia de COVID-19.

3. O quadro proposto explora oportunidades existentes, como o aumento do financiamento público da saúde, a revitalização completa dos cuidados de saúde primários, a agenda que visa instaurar a cobertura universal de saúde e os compromissos mundiais mais amplos em matéria de saúde. O quadro proposto promove uma maior integração dos direitos humanos na resposta e defende a utilização de novos medicamentos, tecnologias e abordagens.

4. Este novo quadro regional de acção foi elaborado com a finalidade de controlar ou eliminar as ameaças de saúde pública que constituem o VIH, a tuberculose, a hepatite viral e as infecções sexualmente transmissíveis na Região Africana. Procura também mobilizar e orientar os Estados-Membros para que atinjam as metas de desenvolvimento sustentável relacionadas com o controlo e/ou a eliminação destas doenças, retirando ensinamentos das falhas do passado e superando os

desafios supramencionados. Para tal, os governos deverão liderar intervenções nacionais integradas e multissetoriais que promovam a cobertura universal de saúde, adotem uma abordagem centrada nas pessoas, tomem em consideração questões ligadas ao género, à equidade e aos direitos humanos, e reflectam um forte envolvimento e preparação das comunidades.

5. As medidas que os Estados-Membros têm de implementar devem dar prioridade aos cuidados de saúde primários e seguir uma abordagem que tem em consideração todo o ciclo de vida. Estas medidas estão organizadas em torno de sete intervenções estratégicas, designadamente: promover a liderança e gestão para um bom desempenho; gerar informação baseada em dados factuais para a tomada de acção; implementar intervenções ao longo do ciclo de vida para produzir impacto; garantir a equidade na prestação de serviços; mobilizar recursos financeiros para a sustentabilidade; intensificar as inovações para acelerar a prestação de serviços; e desenvolver sistemas resilientes.

6. Os Estados-Membros devem: criar uma ampla estrutura organizacional nacional para um controlo integrado do VIH, das infeções sexualmente transmissíveis, da tuberculose e da hepatite viral; expandir a cobertura da dose da vacina contra a hepatite viral nas primeiras 24 horas após o nascimento; rastrear o VIH, a hepatite B e a sífilis no quadro dos esforços envidados para eliminar as três doenças; garantir a vacinação das raparigas com menos de 15 anos de idade contra o VPH para prevenir o cancro do colo do útero; intensificar a prevenção e o tratamento completos; prevenir e gerir a resistência aos antimicrobianos; e rastrear as doenças não transmissíveis, como os cancros do colo do útero e do fígado e as doenças metabólicas e cardiovasculares.

7. Outras medidas incluem: apoiar a investigação e o desenvolvimento de novas ferramentas e tecnologias, incluindo o desenvolvimento de novos medicamentos e de plataformas de diagnóstico de múltiplas doenças; reforçar os sistemas nacionais integrados de vigilância, monitorização e avaliação; harmonizar os esforços de planeamento da luta contra o VIH, a tuberculose, a hepatite viral e as infeções sexualmente transmissíveis; alargar os serviços de base comunitária; optar por uma resposta que privilegie os direitos humanos e não deixe ninguém para trás; e implementar intervenções de promoção da saúde e abordagens de prestação de serviços diferenciados.

8. Convida-se o Comité Regional a analisar e adoptar o quadro de implementação proposto.

ÍNDICE

Parágrafos

INTRODUÇÃO	1-4
SITUAÇÃO ACTUAL	5-11
PROBLEMAS E DESAFIOS	12-20
VISÃO, FINALIDADE, OBJECTIVOS, METAS E MARCOS	21-27
PRINCÍPIOS ORIENTADORES	28-35
INTERVENÇÕES E MEDIDAS PRIORITÁRIAS	36-49
MEDIDAS PROPOSTAS.....	50

SIGLAS E ACRÓNIMOS

CD4	Grupo de diferenciação 4
DHIS2	Software de informação sanitária a nível distrital 2
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
PGT 13	Décimo terceiro Programa Geral de Trabalho
SIDA	Síndrome de imunodeficiência adquirida
SRMNI	Saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente
TB	Tuberculose
VIH	Vírus da imunodeficiência humana
VP	Vírus do papiloma humano
VRID	Vigilância e resposta integradas às doenças

INTRODUÇÃO

1. O Comité Regional da OMS para a África adoptou anteriormente quadros regionais de acção para a prevenção e o tratamento do vírus da imunodeficiência humana (VIH),¹ da tuberculose,² da hepatite viral³ e das infecções sexualmente transmissíveis (IST).⁴ Os primeiros três quadros terminaram em 2020 e o quarto chegará ao fim em 2021. Os relatórios dos progressos realizados na implementação dos quadros foram apresentados na sexagésima oitava sessão do Comité Regional da OMS para a África em 2018. Não obstante os progressos consideráveis feitos, as metas estabelecidas nos quatro quadros não foram atingidas em 2020.

2. Em primeiro lugar, todos os quadros de acção adoptados estavam organizados em torno de uma estrutura comum e de orientações estratégicas semelhantes. Em segundo lugar, todos os quadros tinham o mesmo objectivo de pôr fim, até 2030, à ameaça de saúde pública que as quatro doenças constituem. Em terceiro lugar, há êxitos, oportunidades, melhores práticas e ensinamentos significativos que se podem retirar da implementação dos quadros ao longo dos últimos cinco anos, e isto serve de fundamentação para a elaboração de um novo quadro integrado, que promova as sinergias e as ligações entre as quatro doenças e outras áreas funcionais da saúde.

3. O quadro proposto irá dar prioridade a intervenções integradas que utilizam uma abordagem baseada nos cuidados de saúde primários, em conformidade com o contexto da consecução da cobertura universal de saúde e de outras metas dos objectivos de desenvolvimento sustentável relacionadas com a saúde. O quadro foi elaborado em consonância com o décimo terceiro Programa Geral de Trabalho, 2019–2023.⁵ Além disso, tem em conta ocorrências de saúde pública, como a pandemia de COVID-19, que podem afectar o acesso aos serviços.

4. O quadro integrado propõe intervenções e medidas baseadas em dados factuais que devem ser implementadas através de uma abordagem assente no ciclo de vida. Os avanços na ciência, na tecnologia e na inovação em matéria de prevenção e tratamento das quatro doenças foram

¹ Documento AFR/RC66/11, VIH/SIDA: Quadro de Acção para a Região Africana da OMS, 2016–2020. Publicado no relatório final da sexagésima sexta sessão do Comité Regional da OMS para a África, Adis Abeba, Etiópia, 19–23 de Agosto de 2016. Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África, 2016 (AFR/RC66/19), parágrafos 76 a 80.

² Documento AFR/RC66/10, Quadro de implementação da Estratégia para Pôr Fim à Tuberculose na Região Africana, 2016–2020. Publicado no relatório final da sexagésima sexta sessão do Comité Regional da OMS para a África, Adis Abeba, Etiópia, 19–23 de Agosto de 2016. Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África, 2016 (AFR/RC66/19), parágrafos 70 a 75.

³ Documento AFR/RC66/12, Prevenção, Cuidados e Tratamento da Hepatite Viral na Região Africana: Quadro de Acção, 2016–2020. Publicado no relatório final da sexagésima sexta sessão do Comité Regional da OMS para a África, Adis Abeba, Etiópia, 19–23 de Agosto de 2016. Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África, 2016 (AFR/RC66/19), parágrafos 81 a 86.

⁴ Documento AFR/RC67/7, Estratégia Mundial para o Sector da Saúde relativa a Infecções Sexualmente Transmissíveis 2016–2021: Quadro de Implementação para a Região Africana. Publicado no relatório final da sexagésima sétima sessão do Comité Regional da OMS para a África, Victoria Falls, República do Zimbabué, 28 de Agosto a 1 de Setembro de 2017. Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África, 2017 (AFR/RC67/18), parágrafos 57 a 60.

⁵ Décimo Terceiro Programa Geral de Trabalho da OMS, 2019–2023; 2019.

incorporados no quadro, enquanto a abordagem centrada nas pessoas exorta os Estados-Membros a adoptarem uma prestação de serviços liderada pelas comunidades, bem como cuidados diferenciados.

SITUAÇÃO ACTUAL

5. Estima-se que, em 2019, 2,5 milhões de pessoas contraíram a tuberculose na Região, o que representa 25% do fardo mundial.⁶ No mesmo ano, 25,7 milhões de pessoas viviam com o VIH, o que representa 67% do fardo mundial. Em 2019, mais de 500 000 pessoas morreram vítimas da tuberculose e a Região registou 440 000 óbitos relacionados com a SIDA. Além disso, a Região Africana responde por quase 60% das novas infecções por VIH no mundo.⁷ O vírus da hepatite B crónica afecta 60 milhões de africanos, e outras 14,6 milhões de pessoas vivem com hepatite C crónica.⁸ Em 2015, a hepatite viral causou 136 000 óbitos.

6. A OMS estima que mais de 86 milhões de infecções sexualmente transmissíveis curáveis, incluindo a clamídia, a gonorreia, a sífilis e a tricomoníase, sejam contraídas todos os anos por pessoas entre os 15 e os 45 anos de idade na Região Africana.⁹ Além disso, há cerca de 162 milhões de pessoas a viver com herpes genital,¹⁰ e estima-se que uma em cada quatro mulheres esteja infectada pelo vírus do papiloma humano,¹¹ que causa o cancro do colo do útero, o segundo tipo de cancro mais comum nas mulheres em África, com 110 755 novos casos e 72 705 óbitos registados em 2020. Mais de metade dos casos de cancro do colo do útero ocorre em mulheres seropositivas para o VIH nos países com elevada prevalência do VIH.¹²

7. As co-infecções são comuns. Em 2019, cerca de 24% dos novos casos de tuberculose eram casos de co-infecção⁸ pelo VIH. Segundo as estimativas, em 2017, havia 9 milhões de pessoas co-infectadas pelo VIH e pela hepatite B e cerca de 2,3 milhões de pessoas co-infectadas pelo VIH e pela hepatite C.¹³

8. Todos os Estados-Membros estão a implementar a política da OMS que consiste em “tratar todas as pessoas” que vivem com o VIH com terapêutica anti-retroviral, independentemente da sua contagem de células CD4. A intensificação progressiva dos testes de rastreio do VIH e da terapêutica anti-retroviral continua, sendo que mais de 80% das pessoas que vivem com o VIH estão cientes do seu estado serológico e 70% destas recebem agora terapêutica anti-retroviral que

⁶ WHO, Global Tuberculosis Report; Geneva, World Health Organization, 2020.

(<https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>, consultado a 23 de Abril de 2021)

⁷ UNAIDS, Global AIDS Update, Geneva, UNAIDS, 2020 (<https://aids2020.unaids.org/report>, consultado a 23 de Abril de 2021).

⁸ WHO, Global Hepatitis Report; Geneva, World Health Organization, 2017

(<https://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/>, consultado a 23 de Abril de 2021).

⁹ Rowley J, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. Bull World Health Organ. 2019;97(8):548–62.

¹⁰ James C, et al. Herpes simplex virus: global infection prevalence and incidence estimates, 2016. Bull World Health Organ. 2020; 98:315–29.

¹¹ Bruni L, et al. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. Int J Infect Dis. 2010 Dec. 15 ;202(12) :1789-99. doi: 10.1086/657321. Epub 2010 Nov. 10. PMID: 21067372.

¹² Marc Arbyn Et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. Lancet Glob Health 2020;8: e191–203. 4 de Dezembro de 2019. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30482-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30482-6).

¹³ WHO, Global Hepatitis Report; Geneva, World Health Organization, 2017.

salva vidas. Consequentemente, os novos diagnósticos de VIH e os óbitos relacionados com o VIH na Região Africana diminuíram em 35% e 46%, respectivamente, desde 2010.¹⁴

9. Entre 2015 e 2019, a Região Africana registou uma redução de 16% na incidência da tuberculose e de 19% na mortalidade imputável a esta doença. Cinco países com um fardo elevado de tuberculose alcançaram o marco de 20% de redução na incidência da doença.¹⁵ Moçambique, o Quénia, a República Unida da Tanzânia e a Serra Leoa conseguiram reduzir em 35% os óbitos causados pela tuberculose, atingindo assim o marco definido para 2020.

10. Está a crescer a dinâmica na luta contra a hepatite viral, um problema de saúde pública há muito negligenciado e responsável pela maioria dos casos de cirrose hepática e de cancro do fígado na Região. Até ao momento, 27 Estados-Membros lançaram planos nacionais de luta contra a hepatite.¹⁶ O Ruanda e o Uganda criaram programas nacionais de saúde pública para a testagem e o tratamento gratuitos da hepatite, e sete outros países iniciaram projectos-piloto.¹⁷ Onze países introduziram a dose à nascença da vacina contra a hepatite B no seu calendário de vacinação de rotina.¹⁸

11. Em 2018, onze Estados-Membros¹⁹ da Região declararam ter integrado a vacina contra o VPH no seu programa nacional de vacinação. Existem sistemas de vigilância para infecções sexualmente transmissíveis em 87% dos países que comunicaram dados e mais de 70% dos países prestam serviços ou encaminham os doentes para serviços de cuidados primários, de luta contra o VIH, de saúde reprodutiva, de planeamento familiar e de saúde pré-natal e pós-natal.

PROBLEMAS E DESAFIOS

12. Existem obstáculos significativos que precisam de ser superados para minimizar a ameaça de saúde pública colocada pelo VIH, pela tuberculose, pela hepatite viral e pelas infecções sexualmente transmissíveis.

13. **Falta de um mecanismo integrado de coordenação:** ainda não existe nenhum mecanismo integrado para coordenar a resposta ao VIH, à tuberculose, à hepatite viral e às infecções sexualmente transmissíveis nos Estados-Membros. A maioria dos Estados-Membros dispõe de organismos de coordenação verticais que tratam apenas de uma doença. Apenas quatro Estados-Membros criaram organismos de alto nível para coordenar programas integrados de luta contra o VIH, a tuberculose, a hepatite viral e as infecções sexualmente transmissíveis.²⁰

14. **Sistemas de informação autónomos:** os sistemas de informação estratégica sobre o VIH e a tuberculose são robustos, mas não plenamente integrados no software de informação sanitária a nível distrital 2 (DHIS2). Os sistemas de vigilância da hepatite viral e das infecções sexualmente

¹⁴ UNAIDS, Global AIDS Update; Geneva, UNAIDS, 2020.

¹⁵ África do Sul, Etiópia, Namíbia, Quénia e República Unida da Tanzânia.

¹⁶ África do Sul, Argélia, Benim, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Comores, Côte d'Ivoire, Eritreia, Essuatíni, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Maláui, Mali, Maurítânia, Namíbia, Níger, Nigéria, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Sudão do Sul, Togo e Uganda.

¹⁷ Burquina Faso, Camarões, Etiópia, Moçambique, Nigéria, República Unida da Tanzânia e Senegal.

¹⁸ Angola, Argélia, Botsuana, Cabo Verde, Gâmbia, Maurícia, Maurítânia, Namíbia, Nigéria, São Tomé e Príncipe e Senegal.

¹⁹ África do Sul, Burundi, Botsuana, Maurícia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Seicheles, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

²⁰ Benim, Guiné Equatorial, Guiné e Mali.

transmissíveis são muito fracos. Por isso, os Estados-Membros não conseguem notificar e monitorizar as tendências destas doenças de uma forma integrada e cabal.

15. **Acesso inadequado aos serviços:** a prestação de serviços é fragmentada e inadequada, e o ritmo com que os serviços são alargados é lento. Em muitos casos, alguns dos serviços, sobretudo para a hepatite viral e as infeções sexualmente transmissíveis, não estão disponíveis, particularmente ao nível dos cuidados de saúde primários.

16. **O aparecimento de resistência aos antimicrobianos utilizados para o tratamento da tuberculose, do VIH e das infeções sexualmente transmissíveis é motivo de grande preocupação na Região Africana:** a prevalência crescente da resistência a antibióticos e a medicamentos anti-retrovirais de uso comum tem o potencial de aumentar a incidência das doenças, a mortalidade e os custos de tratamento, caso este problema não seja adequadamente abordado.

17. **Mecanismos de financiamento insustentáveis:** os programas para a hepatite viral e as infeções sexualmente transmissíveis estão extremamente subfinanciados. Os programas para o VIH e a tuberculose também enfrentam enormes lacunas de financiamento e dependem excessivamente do financiamento externo, o que não é sustentável. O financiamento interno está a aumentar, mas não para os níveis esperados.

18. **Lenta adesão às inovações em termos de diagnóstico e tratamento de doenças:** o uso de meios de diagnóstico mais avançados e rigorosos, medicamentos mais eficazes, modelos de prestação de serviços liderados pelas comunidades e abordagens de cuidados diferenciados podem melhorar o diagnóstico, o tratamento e a monitorização dos doentes com VIH, tuberculose, hepatite viral e infeções sexualmente transmissíveis. No entanto, a adopção de muitas inovações é limitada.

19. **Perturbações nos serviços de saúde devido a emergências humanitárias e surtos de doenças, como a pandemia de COVID-19 em 2020, com os testes de rastreio do VIH a caírem 41% e o encaminhamento de casos de tuberculose a diminuir em 59%:**²¹ apesar da recorrência de surtos ao longo dos anos, a elaboração de planos destinados a garantir a preparação e continuidade dos serviços não é prática comum. Os Estados-Membros têm de planear e preparar-se para garantir a continuidade dos serviços durante as emergências.

20. **As crescentes desigualdades sociais são os principais factores que impulsionam em grande medida o VIH, a tuberculose, as infeções sexualmente transmissíveis e a hepatite:** pobreza, desemprego, estigmatização, discriminação e desigualdade de género são comuns na Região. Os grupos mais vulneráveis, incluindo as populações-chave como os profissionais do sexo, os presos, os migrantes, os toxicodependentes, os homens que praticam sexo com homens, os mineiros, os idosos, os adolescentes e as mulheres jovens, são afectados de forma desproporcionada e, no entanto, para além da falta de regimes de protecção social, enfrentam imensos obstáculos em matéria de prevenção e tratamento do VIH, da tuberculose, das infeções sexualmente transmissíveis e da hepatite.

²¹ GFATM; The impact of COVID-19 on HIV, TB and malaria services and systems for health; Geneva, The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2020. (https://www.theglobalfund.org/media/10776/covid-19_2020-disruption-impact_report_en.pdf, consultado a 23 de Abril de 2021).

VISÃO, FINALIDADE, OBJECTIVOS, MARCOS E METAS

Visão

21. Uma Região livre do fardo e dos efeitos negativos da SIDA, da tuberculose, da hepatite viral e das infecções sexualmente transmissíveis.

Finalidade

22. Combater as epidemias provocadas pelo VIH, pela tuberculose, pela hepatite viral e pelas infecções sexualmente transmissíveis até 2030.

Objectivo

23. O quadro irá nortear os Estados-Membros na Região Africana nas seguintes actividades:
- elaboração de sistemas e serviços mais robustos e integrados, por forma a maximizar o impacto das intervenções contra o VIH, a tuberculose, a hepatite viral e as infecções sexualmente transmissíveis; e
 - monitorização dos progressos alcançados na resposta ao VIH, à tuberculose, à hepatite viral e às infecções sexualmente transmissíveis.

Metas até 2030

24. Metas transversais

- Todos os Estados-Membros adoptaram abordagens integradas centradas nas pessoas e adaptadas ao contexto para alcançar as metas definidas;
- Todos os Estados-Membros dispõem de sistemas de informação estratégica para o VIH, a tuberculose, a hepatite viral e as infecções sexualmente transmissíveis integrados no DHIS2.

25. Metas para doenças específicas

Tuberculose

- 90% de redução no número de óbitos por tuberculose, em comparação com 2015;
- 80% de redução na taxa de incidência da tuberculose, em comparação com 2015;
- 0% de famílias afectadas pela tuberculose que enfrentam despesas catastróficas devido à doença.

Hepatite viral

- 90% de redução no número de novos casos de infecções crónicas pelas hepatites virais B e C;
- 65% de redução no número de óbitos relacionados com as hepatites virais B e C.

VIH

- 90% de redução no número de novas infecções por VIH;
- 90% de redução no número de óbitos relacionados com o VIH.

Infecções sexualmente transmissíveis

- a) 90% de redução na incidência da *T. pallidum*;
- b) 90% de redução na incidência da *N. gonorrhoea*;
- c) Menos de 50 casos de sífilis congênita por 100 000 nados-vivos.

Marcos até 2025

26. *Marcos transversais*

- a) 90% das pessoas com VIH, tuberculose, hepatite viral e infecções sexualmente transmissíveis têm acesso a serviços para outras doenças transmissíveis e não transmissíveis e a outros serviços de que precisam para sua saúde e bem-estar geral;
- b) Todos os Estados-Membros apresentam relatórios sobre a resistência do VIH, da tuberculose e da *Neisseria gonorrhoea* aos antimicrobianos.

27. *Marcos para doenças específicas*

Tuberculose

- a) 90% dos casos novos e das recidivas notificados e tratados com êxito;
- b) 90% das pessoas que vivem com o VIH concluem um tratamento normalizado de prevenção da tuberculose.

VIH

- a) Metas de testagem e tratamento da estratégia 95–95–95 alcançadas nas pessoas que vivem com o VIH em todas as subpopulações e faixas etárias;
- b) 95% das pessoas em risco de infecção por VIH usam opções de prevenção combinadas eficazes e adequadas.

Hepatite viral

- a) 35 Estados-Membros introduziram a dose à nascença da vacina contra a hepatite B;
- b) 30% das pessoas com infecções crônicas por hepatite diagnosticadas e 30% tratadas para as hepatites B e C.

Infecções sexualmente transmissíveis

- a) Todos os Estados-Membros prestam serviços para as infecções sexualmente transmissíveis em todas as unidades de cuidados de saúde primários;²²
- b) Todos os Estados-Membros introduziram a vacina contra o VPH nos programas nacionais de vacinação.

²² Os serviços para as infecções sexualmente transmissíveis incluem: sensibilização geral acerca das IST, prevenção e rastreio das infecções, gestão dos casos e seguimento dos parceiros.

PRINCÍPIOS ORIENTADORES

28. **Apropriação pelos países** da resposta nacional ao VIH, à hepatite, às infeções sexualmente transmissíveis e à tuberculose, que deve ser dirigida, coordenada e supervisionada pelos Estados-Membros.
29. **Integração** nos sistemas de saúde das políticas, estratégias, programas de gestão e serviços de luta contra o VIH, a hepatite viral, a tuberculose e as infeções sexualmente transmissíveis, e reforço da colaboração entre o sector da saúde e os demais sectores.
30. **Alinhamento estratégico e parcerias eficazes para a programação multisectorial**, de modo a aproveitar a vantagem comparativa dos parceiros e garantir o alinhamento dos seus esforços com as prioridades definidas pelos governos.
31. **Uma abordagem de investimento centrada nos cuidados de saúde primários**, para garantir que todas as pessoas obtêm os serviços de que necessitam, sem terem que passar por dificuldades financeiras.
32. **Uma abordagem de saúde pública** baseada em intervenções e serviços simplificados e normalizados, que possam ser prontamente adoptados à escala e trazidos para mais perto das populações necessitadas.
33. **Uma abordagem dos cuidados centrada nas pessoas** que tenha em consideração todo o ciclo de vida e adopte as perspectivas das pessoas, famílias e comunidades, vistos como participantes e beneficiários.
34. **Uma forte colaboração com as organizações da sociedade civil e as comunidades**, incluindo as comunidades afectadas, para alargar o acesso a serviços de qualidade para indivíduos que são difíceis de alcançar.
35. **A protecção e promoção de uma abordagem baseada na equidade, ética, género e direitos** que não deixe ninguém para trás.

INTERVENÇÕES E MEDIDAS PRIORITÁRIAS

Promover a liderança e gestão para um bom desempenho

36. Criar uma estrutura organizacional eficiente para a eliminação integrada do VIH, das infeções sexuais transmissíveis, a tuberculose e a hepatite viral ao mais alto nível político no seio do ministério da Saúde ou a nível superior, e ter um quadro de responsabilização para assegurar esforços integrados com vista à consecução das metas até 2025. Promover acções multisectoriais e a descentralização. É essencial obter apoio político tanto a nível nacional como distrital, envolvendo os parceiros, a sociedade civil e as comunidades afectadas. Os Estados-Membros deverão proceder a um planeamento estratégico e operacional integrado, bem como a análises e avaliações.

Gerar informação baseada em dados factuais para a tomada de acção

37. É necessário reforçar os sistemas nacionais integrados de vigilância, monitorização e avaliação. Isto inclui a gestão dos dados programáticos, o reforço da recolha de informação laboratorial e a intensificação da farmacovigilância, sendo que todos estes aspectos devem estar ligados aos sistemas de informação sanitária em geral. Deve-se gerar informações oportunas de elevada qualidade e de grande alcance para que seja possível acompanhar de forma fiável as

epidemias de VIH, tuberculose, hepatite e infecções sexualmente transmissíveis, e avaliar os progressos para a consecução das metas nacionais e mundiais. Convém também promover a vigilância baseada na identificação de casos e a monitorização em tempo real dos programas através de sistemas de vigilância e resposta integradas às doenças, sobretudo ao nível dos cuidados de saúde primários. A colaboração com as comunidades e com os serviços de registos vitais é essencial para uma melhor notificação da mortalidade. Os investimentos em inquéritos e estimativas sobre a prevalência devem ser aumentados e mantidos. Os dados recolhidos devem ser divulgados para ajudar na revisão das estratégias nacionais, em sintonia com as recomendações mundiais.

Implementar intervenções ao longo do ciclo de vida para produzir impacto

38. Deve ser adoptada uma abordagem que tenha em consideração todo o ciclo de vida para implementar as intervenções apresentadas neste quadro. Seria vantajoso aplicar de forma concreta abordagens integradas e centradas nas pessoas.

Mulheres grávidas

39. As mulheres grávidas devem fazer o rastreio do VIH, da hepatite B e da sífilis, como parte dos esforços envidados para eliminar as três doenças. As que forem diagnosticadas com essas doenças devem beneficiar do melhor tratamento disponível para elas próprias e os seus bebés. As mulheres seropositivas para o VIH farão também o rastreio da tuberculose e receberão tratamento preventivo da tuberculose se não for identificada doença activa. As mulheres grávidas deverão também beneficiar de intervenções de promoção da saúde relacionadas com a amamentação, a vacinação (BCG e hepatite B) e a nutrição, para que possam cuidar correctamente dos seus bebés. É fundamental a integração dos serviços para o VIH, a tuberculose, a hepatite viral e as infecções sexualmente transmissíveis nos serviços de saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente.

Recém-nascidos e crianças pequenas (dos 0 aos 9 anos de idade)

40. Os recém-nascidos devem receber a dose da vacina contra a hepatite viral nas primeiras 24 horas após o nascimento, complementada posteriormente com três doses da vacina pentavalente contra a hepatite viral. Os recém-nascidos devem também receber a vacina da BCG e fazer o rastreio da sífilis congénita, sempre que necessário. O diagnóstico infantil precoce do VIH deve ser realizado para os bebés que nascem de mães seropositivas e, caso a criança for seropositiva, deve beneficiar do melhor tratamento anti-retroviral. Os bebés infectados pelo VIH, e os que vivem em agregados familiares de doentes com tuberculose confirmada por exames bacteriológicos, devem também fazer o rastreio da tuberculose activa, de modo a receberem tratamento para a tuberculose sensível ou resistente aos medicamentos. No caso de não ser detectada tuberculose activa, os bebés podem beneficiar de terapêutica preventiva. Estas actividades podem ser integradas nos serviços de saúde pertinentes – tais como nos programas de luta contra o VIH; de saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente; de nutrição; e de vacinação – e noutros pontos de entrada relevantes.

Adolescentes (dos 10 aos 19 anos de idade)

41. As adolescentes com menos de 15 anos de idade devem receber a vacina contra o VPH para prevenir o cancro do colo do útero. Na escola, os adolescentes devem receber educação sobre saúde sexual e reprodutiva. As raparigas devem receber apoio para permanecerem na escola e adoptarem comportamentos sexuais e reprodutivos saudáveis, ao passo que as que não frequentam a escola devem ter acesso a programas para reduzir a sua vulnerabilidade ao VIH e às infecções sexualmente transmissíveis. É preciso promover uma reforma jurídica que permita às

peessoas menores de 15 anos de idade aceder aos serviços de rastreio do VIH sem o consentimento prévio dos pais. Os adolescentes infectados pelo VIH e os que vivem em agregados familiares de doentes com tuberculose confirmada por exames bacteriológicos devem também fazer o rastreio da tuberculose e receber tratamento preventivo para a tuberculose quando é excluída a doença activa. Para incentivar o uso destes serviços, todas as unidades de saúde devem aplicar as normas recomendadas para os serviços adaptados aos jovens e aos adolescentes. Sempre que possível, o VIH, a tuberculose, a hepatite e as infecções sexualmente transmissíveis devem ser integradas nos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Adultos (dos 20 aos 49 anos de idade)

42. Os Estados-Membros devem adoptar novas tecnologias de prevenção. Os adultos em alto risco de contraírem o VIH, a tuberculose, hepatite viral e infecções sexualmente transmissíveis devem ser rastreados e tratados com abordagens de prestação de serviços integrados e diferenciados que satisfaçam as suas necessidades e preferências. Os obstáculos estruturais devem ser removidos para aumentar o acesso aos serviços pela população em alto risco. Para a testagem, deve dar-se preferência a plataformas de diagnóstico de múltiplas doenças. Devem ser implementadas estratégias inovadoras para alcançar os homens, nomeadamente para garantir o rastreio e o tratamento do VIH. Devem ser implementadas iniciativas para aumentar o acesso ao rastreio e tratamento da hepatite viral e das infecções sexualmente transmissíveis. No que diz respeito às mulheres com mais de 30 anos de idade, deve ser dada prioridade ao rastreio e tratamento do cancro do colo do útero.

Adultos e idosos (acima dos 50 anos de idade)

43. Todas as intervenções para adultos se aplicam. Deve ser dada prioridade ao rastreio do cancro do colo do útero e dos cancros do fígado derivados de formas crónicas de hepatite viral, assim como ao rastreio de doenças metabólicas e cardiovasculares não transmissíveis, uma vez que as pessoas vivem mais tempo e que, em alguns casos, estas doenças resultam do tratamento anti-retroviral de longa duração.

Intervenções ao longo do ciclo de vida

44. Os Estados-Membros devem implementar intervenções de promoção da saúde e a prestação de serviços diferenciados ao longo do ciclo de vida. Deve ser dada uma maior atenção aos determinantes sociais e ambientais do VIH, da tuberculose, da hepatite viral e das infecções sexualmente transmissíveis. É necessário tomar medidas robustas contra a resistência aos antimicrobianos.

Garantir a equidade na prestação de serviços

45. A cobertura universal de saúde exige cuidados de saúde primários robustos que forneçam serviços continuados e integrados para o VIH, a tuberculose, a hepatite e as infecções sexualmente transmissíveis centrados nas pessoas e que tenham em conta as questões de género. Os Estados-Membros devem continuar a optar por uma resposta baseada nos direitos humanos e que não deixe ninguém para trás, envidando esforços para diferenciar e adaptar os serviços às pessoas que deles necessitam e combater a estigmatização e a discriminação, sobretudo no sector da saúde. As plataformas existentes para a tripla eliminação da transmissão vertical do VIH, do vírus da hepatite B e da sífilis devem ser aproveitadas. Os serviços de base comunitária devem ser alargados e os mecanismos de previsão e aquisição devem ser melhorados.

Mobilizar recursos financeiros para a sustentabilidade

46. Os esforços de planeamento do sector nacional da saúde devem ser harmonizados na luta contra o VIH, a tuberculose, a hepatite viral e as infecções sexualmente transmissíveis, sobretudo para garantir a partilha dos custos do sistema de saúde, no quadro da cobertura universal de saúde. Deve ser promovido o uso eficiente dos recursos existentes, a boa relação custo-benefício e o estabelecimento de sistemas de cuidados de saúde remunerados em função do seu desempenho. Deve-se também tirar partido da redução dos preços proporcionada pelo fabrico de medicamentos genéricos, do aumento da concorrência e da optimização das aquisições. É fundamental que os governos e as entidades filantrópicas locais exerçam pressão a favor do aumento do investimento interno nos serviços para o VIH, a tuberculose, a hepatite e as infecções sexualmente transmissíveis, com vista a garantir a sustentabilidade das acções a longo prazo. O desenvolvimento das capacidades dos gestores de programa e dos responsáveis dos ministérios da Saúde para tirar partido dos espaços orçamentais e a criação de uma plataforma de colaboração com o ministério das Finanças permitiriam apoiar a implementação e sustentabilidade das acções.

Intensificar as inovações para acelerar a prestação de serviços

47. A adopção e implementação das inovações existentes deve ser acelerada. Os Estados-Membros devem apoiar a investigação e o desenvolvimento de novas ferramentas e tecnologias, incluindo novos medicamentos para a tuberculose, uma cura funcional para a infecção pelo vírus da hepatite B, formulações optimizadas para o tratamento das crianças, vacinas para o VIH, a tuberculose, o vírus da hepatite C, herpes genital e a gonorreia. É importante usar novas tecnologias de comunicação para melhorar a qualidade das mensagens, as actividades de sensibilização e os comportamentos de procura de cuidados de saúde para atender aos determinantes sociais da saúde.

Desenvolver sistemas resilientes

48. Os Estados-Membros devem elaborar planos orçamentados de continuidade dos serviços para o VIH, a tuberculose, a hepatite e as infecções sexualmente transmissíveis, de modo a evitar pôr em perigo os investimentos anteriores feitos nas respostas a estas doenças e minimizar as perturbações nos serviços essenciais quando ocorrem emergências de saúde pública.

Monitorização do quadro

49. O Secretariado irá apresentar relatórios sobre os progressos realizados e a monitorização da implementação ao Comité Regional em 2023.

MEDIDAS PROPOSTAS

50. Convida-se o Comité Regional a analisar e adoptar o quadro de implementação proposto.