



COMITÉ REGIONAL AFRICANO

ORIGINAL: INGLÊS

Sexagésima segunda sessão

Luanda, República de Angola, 19-23 de Novembro de 2012

Ponto 14 da ordem do dia provisória

VIH/SIDA: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA

Relatório do Secretariado

RESUMO

1. Mais de trinta anos após o início da pandemia, o VIH/SIDA permanece como um desafio ao desenvolvimento a longo prazo na Região Africana da OMS, a qual comporta 69% do fardo mundial e onde ocorrem mais de 70% dos óbitos relacionados com a SIDA, a nível mundial. Embora tenha havido um decréscimo no número de novas infecções por VIH, a prevalência continua a ser inaceitavelmente alta na Região, estimada em 4,8% em 2011, mas sendo muito mais elevada na África Austral.
2. Tem-se assistido a um compromisso político e financeiro sem precedentes a nível mundial e na Região para a resposta na luta contra o VIH, o que conduziu à intensificação da prevenção, tratamento e cuidados para o VIH/SIDA em todos os países. Os resultados são encorajadores, com o número de novas infecções a diminuir em mais países e verificando-se também uma redução da mortalidade ligada ao VIH/SIDA, segundo os dados de 2010. Para consolidar estas conquistas, a Região deverá intensificar os esforços na resposta ao VIH, otimizando as sinergias entre o VIH e outros programas de saúde e contribuindo para o reforço dos sistemas de saúde.
3. Em Maio de 2011, a Assembleia Mundial da Saúde adoptou uma nova Estratégia Mundial da OMS para o Sector da Saúde (GHSS) sobre o VIH/SIDA. O presente documento, que é uma actualização da estratégia regional para o VIH/SIDA, fornece orientações para a implementação da GHSS na Região Africana da OMS, levando em consideração as principais especificidades regionais.
4. As intervenções propostas incluem: intensificar a prevenção; eliminar as novas infecções por VIH em crianças; e alargar o acesso à despistagem e ao tratamento do VIH. O reforço dos sistemas de saúde e a redução das co-morbilidades, como a TB/VIH será fundamental para a consecução das metas traçadas na Estratégia Regional. Propõe-se que as intervenções sejam executadas de uma forma integrada para maximizar a eficácia, o que irá envolver a participação de todas as partes interessadas, incluindo as comunidades, sob a liderança dos governos.
5. Solicita-se ao Comité Regional que analise e aprove a Estratégia para o VIH/SIDA na Região Africana.

ÍNDICE

	Parágrafos
INTRODUÇÃO	1–5
ANÁLISE DA SITUAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO	6–15
A ESTRATÉGIA REGIONAL	16–39
CONCLUSÃO	40–42

RESOLUÇÃO

	Página
AFR/RC62/WP/2: VIH/SIDA: Estratégia para a Região Africana	11

INTRODUÇÃO

1. Passaram mais 30 anos desde que foram notificados os primeiros casos de VIH/SIDA, 15 anos desde que a Terapêutica Anti-Retroviral Altamente Activa se tornou realidade, e seis anos desde que o compromisso político das Nações Unidas foi assumido para se alcançar o acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio para o VIH.¹ Embora tenha havido um decréscimo no número de novas infecções, a prevalência regional continua elevada e os países da África Austral permanecem no epicentro da epidemia.² O fardo elevado do VIH é um factor que contribui para as altas taxas de mortalidade materna e entre os menores de cinco anos na Região.
2. O compromisso político para travar e inverter a disseminação da epidemia permanece elevado e continua a aumentar. Um bom exemplo é a adopção, a nível mundial, dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). Houve igualmente uma rápida expansão no financiamento contra a SIDA por parte do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Combate à SIDA (PEPFAR), do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo (GFATM) e de outras fontes bilaterais e multilaterais. Os investimentos na resposta ao VIH em países de rendimento baixo e médio aumentaram quase dez vezes, passando de 1,6 mil milhões para 15,9 mil milhões de dólares americanos entre 2001 e 2009.³
3. Ao nível regional, o envolvimento dos Chefes de Estado e de Governo africanos, através do Apelo de Abuja à Acção, de 2006, para acelerar as acções no sentido do Acesso Universal (AU) aos Serviços para o VIH/SIDA, Tuberculose e Paludismo⁴, a Decisão da Assembleia da União Africana de 2010, em Kampala, de alargar o prazo limite do AU para 2015,⁵ a aprovação de uma resolução na 55.ª sessão do Comité Regional,⁶ e o aumento da afectação de recursos internos deram um maior impulso aos esforços para intensificar as intervenções de luta contra o VIH/SIDA. A adopção da Declaração de Ouagadougou sobre os Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde, de 2008,⁷ que reiterava os princípios da Declaração de Alma-Ata, criou um consenso regional para a necessidade de integrar cada vez mais a prestação de serviços para o VIH no contexto do reforço dos sistemas de saúde.
4. O Comité Regional Africano da OMS aprovou a Estratégia para o VIH/SIDA/DST na Região Africana⁸ durante a sua quadragésima sexta sessão, em 1996, e o respectivo Quadro de Implementação⁹ durante a sua quinquagésima sessão em 2000. Posteriormente, em 2006, o Comité Regional aprovou uma estratégia para renovar e acelerar a prevenção do VIH.¹⁰ O

¹ Resolution UN A/RES/60/262, The United Nations Political Declaration on HIV/AIDS. New York, United Nations General Assembly, June 2006.

² OMS, VIH an Região Africana da OMS, actualização de 2011, Brazzaville, Escritório Regional da OMS para a África, 2011.

³ UNAIDS, Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic, Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2010.

⁴ AU, Abuja Call for Accelerated Action Towards Universal Access to HIV and AIDS, Tuberculosis and malaria Services in Africa, 2006. Special Summit of African Union on HIV and AIDS, Tuberculosis and Malaria, Abuja, Nigeria, 2-4 May 2006, African Union, 2006

⁵ AU, 16th Summit, Kampala, Uganda, June 2010, African Union 2010

⁶ Resolução AFR/RC55/R6, Intensificação dos esforços de prevenção do VIH na Região Africana. *Em: Quinquagésima quinta sessão do Comité Regional Africano da OMS, Maputo, Moçambique, 22-26 de Agosto de 2005. Relatório Final*, Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África, (AFR/RC55/20), pp. 14-16.

⁷ WHO, Ouagadougou Declaration on Primary Health Care and Health Systems in Africa: Achieving Better Health for Africa in the New Millennium, Brazzaville, Regional Office for Africa, 2008.

⁸ Resolução AFR/RC46/R2, Estratégia sobre a prevenção e luta contra o VIH/SIDA/DST na Região Africana. *Em: quadragésima sexta sessão do Comité Regional Africano da OMS, Escritório Regional da OMS para a África, 1996.*

⁹ Resolução AFR/RC50/R5, Prevenção do VIH na Região Africana: Quadro de Implementação: *Quinquagésima sessão do Comité Regional Africano da OMS, Ouagadougou, Burkina Faso, 28 de Agosto – 2 de Setembro de 2000. Relatório Final*, Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África, pp. 15-18.

¹⁰ Resolução AFR/RC56/R3, Prevenção do VIH na Região Africana: Estratégia de Intensificação e Aceleração. *Em: Quinquagésima sexta sessão do Comité Regional Africano da OMS, Etiópia, 28 de Agosto – 1 de Setembro de 2006. Relatório Final*, Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África, (AFR/RC56/24), pp. 15-18.

objectivo desta estratégia era acelerar a prevenção da transmissão do vírus e reduzir o impacto do VIH/SIDA, através do desenvolvimento de um ambiente político favorável, do aumento do acesso ao tratamento e à prevenção do VIH, do reforço dos sistemas de saúde e do aumento dos recursos financeiros para a resposta ao VIH.

5. Em Maio de 2011, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou uma nova Estratégia Mundial da OMS para o Sector da Saúde (GHSS)¹¹ sobre o VIH/SIDA. O presente documento, que é uma actualização da estratégia regional para o VIH/SIDA, fornece orientações para a implementação da GHSS na Região Africana da OMS, levando em consideração as principais especificidades regionais. O documento define o contributo do sector da saúde para uma resposta mais abrangente e multisectorial ao VIH/SIDA na Região, para o período 2012–2015.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO

Análise da situação

6. Até finais de 2011, havia em todo o mundo cerca de 34,2 milhões de pessoas que viviam com o VIH/SIDA (PVVS). Na África Subsariana existiam 23,5 milhões de PVVS, dos quais 3,1 milhões eram crianças com menos de 15 anos de idade, o que representava quase 80% do fardo mundial de VIH/SIDA em crianças. Em 2011, dos 2,5 milhões de novas infecções a nível mundial, 1,7 milhões (71%) ocorreram na África Subsariana, com uma prevalência global de 4,8% mas com uma grande variação entre os países, que oscilou entre <0,1% na Argélia e 35% na Suazilândia. No decurso do ano, morreram em todo o mundo cerca de 1,7 milhões de adultos e crianças, tendo 1,2 milhões (71%) de mortes ocorrido na África Subsariana.¹² Oitenta por cento do total das co-infecções TB/VIH a nível mundial ocorrem na Região.¹³ As mulheres continuam a ser afectadas de forma desproporcionada pela epidemia do VIH/SIDA na Região. Os dados dos inquéritos baseados na população revelam que a infecção atinge mais indivíduos do sexo feminino do que indivíduos do sexo masculino, embora as diferenças variem de país para país.¹⁴ Na Zâmbia, por exemplo, a prevalência do VIH entre as mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos é quase quatro vezes superior à dos homens do mesmo grupo etário.¹⁵

7. A epidemia do VIH/SIDA continua a ter um profundo impacto sociodemográfico e económico na Região Africana. Prevê-se que, até 2050, a esperança média de vida na Região seja 12 a 17 anos inferior em comparação com outras Regiões.¹⁶ O VIH/SIDA afecta a economia ao reduzir a oferta de mão-de-obra devido ao aumento da mortalidade e da doença. Calcula-se que o impacto do VIH/SIDA no Produto Interno Bruto nos países mais afectados resulte numa perda de cerca de 1,5% por ano.¹⁷ Existe um efeito directo do VIH/SIDA na força de trabalho do sector da saúde da Região Africana. Entre 1999 e 2005, o Botsuana perdeu cerca de 17% da sua força de trabalho do sector da saúde devido ao VIH, e um estudo realizado numa região da Zâmbia concluiu que 40% das parceiras eram portadoras do VIH e as taxas de perda de pessoal por quadro foi de 30% para os médicos, 36% para as parceiras e 33% para as enfermeiras.¹⁸ Um estudo

¹¹ WHO, The Global Health Sector Strategy for HIV/AIDS, Geneva, World Health Organization, May 2011

¹² ONUSIDA; Juntos, vamos acabar com a SIDA, 2012, Geneva, Switzerland, 2012.

¹³ WHO, Global TB Report, 2011, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2011.

¹⁴ OMS, VIH na Região Africana da OMS, actualização de 2011, Brazzaville, Escritório Regional da OMS para a África, 2011.

¹⁵ UNAIDS (2008) report on the global AIDS epidemic (http://www.unaids.org/en/knowledgecentre/HIV_Data_Global_Report_2008), last accessed: 13 April 2012.

¹⁶ UNAIDS, 2006 Report on the Global AIDS Epidemic, Chapter 4; the Impact of AIDS on People and Society, Geneva, Switzerland.

¹⁷ Rosen S. et al (2004) The cost of HIV/AIDS to businesses in southern Africa (<http://journal.lww.com/aidsonline/toc/2004/01230>) AIDS 18:317-324, last accessed: 13 April 2012.

¹⁸ UNAIDS (2006) Report on the Global AIDS epidemic, Geneva, Switzerland.

conduzido na África do Sul revelou que 21% dos professores com idades entre os 25 e os 34 anos viviam com o VIH.¹⁹ Todos os trabalhadores infectados e afectados são susceptíveis de se ausentar temporariamente do trabalho e é provável que haja ainda mais absentismo como consequência do impacto psicológico da doença.

8. Realizaram-se progressos consideráveis na luta contra o VIH/SIDA na Região Africana. De um modo geral, as novas infecções por VIH estão a diminuir em 22 países²⁰ e a estabilizar em outros 11.²¹ Isto está em sintonia com a meta do ODM-6 para “Até 2015, travar e começar a inverter a propagação do VIH/SIDA”. As mortes ligadas à SIDA estão também a diminuir na Região, com 16 países a notificarem um decréscimo na mortalidade ligada à SIDA, que se varia de 11% na República do Congo aos 72% no Ruanda, no período entre 2001 e 2009.²²

9. Até ao final de 2011, o acesso à terapêutica anti-retroviral na Região aumentou 50 vezes, de 100 000, em 2003, para os 6,2 milhões, ou seja, 56% do total estimado de 10,4 milhões de pessoas que necessitam de tratamento.²³ O Botsuana, as Comores, a Namíbia e o Ruanda alcançaram o acesso universal à terapêutica anti-retroviral, e 12 países têm taxas de cobertura que ultrapassam os 50%,²⁴ o que demonstra que a rápida intensificação utilizando uma abordagem de saúde pública é uma opção viável. A percentagem de mulheres grávidas que vivem com o VIH e que recebem medicação para prevenir a transmissão vertical do VIH (PTV) aumentou de 15%, em 2005, para 60% em 2010. Sete países²⁵ ultrapassaram os 80% de cobertura ao atingirem a meta de cobertura do acesso universal com a regimes eficazes de tratamento com medicamentos anti-retrovirais.

10. Apesar destas conquistas, o impacto da epidemia do VIH/SIDA continua a ser grave. As intervenções de prevenção do VIH continuam fragmentadas e a ser inadequadas, sobretudo para as populações-chave. Continua a haver uma multiplicidade de projectos verticais liderados pelos parceiros e não há um equilíbrio e uma articulação adequada entre a acção do sector da saúde e a resposta multisectorial mais ampla. O acesso ao tratamento para o VIH é inferior a 50% e a maioria das pessoas desconhece o seu estado serológico. Igualmente necessária é a gestão da interacção do VIH/SIDA com outras doenças transmissíveis e não transmissíveis, como a tuberculose, o paludismo, a Hepatite B, a Hepatite C, e com cancro e outras doenças.

11. A crise dos recursos humanos que atinge diversos países da Região tem tido um impacto negativo na prestação de serviços. Trinta e seis dos 46 países da Região Africana contam-se entre os 57 países do mundo que estarão a enfrentar uma crise nos recursos humanos para a saúde.²⁶ A capacidade laboratorial, o acesso ao diagnóstico do VIH e o acompanhamento da doença, incluindo o diagnóstico infantil precoce e a monitorização da contagem de CD4 continuam a ser inadequados, e os sistemas de gestão da aquisição e do abastecimento de medicamentos para o VIH, incluindo os medicamentos para as infecções oportunistas, e os consumíveis, continuam a ser fracos, levando frequentemente a rupturas de *stock*. Os fracos sistemas de informação sanitária dificultam a monitorização eficaz dos progressos.

¹⁹ UNAIDS (2006) Report on the Global AIDS epidemic, Geneva, Switzerland.

²⁰ África do Sul, Botsuana, Burkina Faso, Congo, Côte d’Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gabão, Guiné, Guiné-Bissau, Malawi, Mali, Moçambique, Namíbia, República Centro-Africana, Ruanda, Serra Leoa, Suazilândia, Togo, Tanzânia, Zâmbia e Zimbábue.

²¹ Angola, Benim, Camarões, Gana, Quênia, Lesoto, Níger, Nigéria, República Democrática do Congo, Senegal e Uganda.

²² OMS, VIH na Região Africana da OMS, actualização de 2011, Brazzaville, Escritório Regional da OMS para a África, 2011.

²³ ONUSIDA; Juntos, vamos acabar com a SIDA, 2012.

²⁴ África do Sul, Benim, Gabão, Guiné, Quênia, Lesoto, Malawi, Senegal, Suazilândia, Togo, Zâmbia e Zimbábue.

²⁵ África do Sul, Botsuana, Lesoto, Namíbia, Suazilândia, Tanzânia e Zimbábue.

²⁶ OMS, Relatório da Saúde no Mundo, 2006, Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2006.

12. A dependência excessiva dos doadores e do financiamento internacional põe em causa a sustentabilidade das intervenções para o VIH, particularmente no contexto do cancelamento das candidaturas à 11.ª Ronda negocial do Fundo Mundial. Por exemplo, estima-se que, em 2010, nos países de rendimento baixo, 88% da despesa com o VIH/SIDA tenha vindo do financiamento internacional.²⁷ Além disso, os níveis de desigualdade entre os sexos, estigma e discriminação permanecem elevados, e as intervenções para os combater continuam a ser inadequadas.

Justificação

13. A nova Estratégia da OMS para o Sector da Saúde sobre o VIH/SIDA, aprovada em Maio de 2011, tem como objectivo global a consecução do acesso universal à prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados para o VIH até 2015. A estratégia mundial procura orientar o contributo do sector da saúde para a visão de um mundo sem novas infecções, sem mortes relacionadas com a SIDA e sem discriminação, tal como consta da Estratégia da ONUSIDA para 2011–2015.²⁸

14. Por outro lado, surgiram novas abordagens que deram azo a novos objectivos e compromissos de nível mundial, pelo que se torna necessário actualizar a Estratégia Regional. Entre estes mencionam-se: a eliminação da transmissão vertical do VIH (eTVV) e manter vivas as mães infectadas com o VIH; prestação de serviços clínicos para a circuncisão masculina; adoptar a *prevenção combinada* (i.e., combinar intervenções em matéria de alteração comportamento, biomédicas e estruturais de prevenção do VIH); utilizar anti-retrovirais para a prevenção; iniciar o tratamento cedo para aumentar as hipóteses de sobrevivência e a qualidade de vida; e dar uma maior atenção às doenças não transmissíveis em pessoas que vivem com o VIH/SIDA.

15. É preciso reformular a resposta ao VIH/SIDA integrando serviços nos sistemas de saúde, descentralizando serviços, seleccionando e intensificando as abordagens eficazes, e satisfazendo as necessidades de todas as comunidades sem discriminação. Os desenvolvimentos acima mencionados exigem a actualização da Estratégia Regional para o VIH/SIDA, de modo a estarem em sintonia com a GHSS e outros quadros estratégicos mais amplos²⁹ e a permitirem intensificar os esforços do sector da saúde na resposta ao VIH/SIDA, com uma tónica mais forte nas necessidades das mulheres, raparigas e outros grupos-chave da população.

A ESTRATÉGIA REGIONAL

Visão, objectivos e metas

16. A Estratégia Regional partilha a visão da GHSS 2011–2015, que é “Zero novas infecções por VIH; zero mortes relacionadas com a SIDA e discriminação zero, num mundo onde as pessoas que vivem com o VIH possam ter uma vida mais longa e mais saudável”.

17. Os objectivos são:

- a) acelerar as respostas nacionais para o VIH e fazer avançar os progressos na consecução das metas nacionais para o acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio para o VIH;
- b) contribuir para a consecução do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio 6 e de outros Objectivos relacionados com a saúde (3, 4, 5 e 8), das metas associadas e abordar os determinantes mais amplos da saúde.

²⁷ UNAIDS; Global Report, UNAIDS Report on the Global Epidemic, Geneva, Switzerland, 2010.

²⁸ UNAIDS; UNAIDS Strategy, 2011–2015; UNAIDS, Geneva, Switzerland, 2010.

²⁹ Millennium Development Goals and Universal Access Commitments.

18. As metas traçadas para 2015 na Região Africana, que se baseiam nos dados de referência de 2009 e se encontram em sintonia com as metas mundiais, são reduzir:

- a) a percentagem de jovens infectados com idades dos 15 aos 24 anos até 50%;
- b) as novas infecções por VIH em crianças até 90%, com especial ênfase nas crianças com menos de dois anos de idade;
- c) as mortes relacionadas com o VIH em 25%; e
- d) as mortes por tuberculose relacionada com o VIH em 50%, por comparação com a base de referência de 2004.

Princípios orientadores

19. Os princípios orientadores desta estratégia são:

- a) **Uma abordagem no sentido do Acesso Universal centrada nos direitos humanos:** Promover uma abordagem centrada nos direitos humanos, incluindo o acesso equitativo a serviços com um nível de qualidade o mais elevado possível para todas as populações;
- b) **Prestação integrada de serviços:** Prestar serviços para o VIH integrados nos sistemas de saúde, criar uma forte interligação com outros programas prioritários, e reforçar a interface entre o sector da saúde e os outros sectores;
- c) **Eficiência na utilização dos recursos:** Maximizar os resultados e alcançar o maior impacto possível através da utilização otimizada dos recursos humanos, financeiros e tecnológicos disponíveis;
- d) **Descentralização:** Reforçar a capacidade local e a delegação de responsabilidade aos níveis operacionais para melhorar a prestação de intervenções e de serviços de saúde com qualidade;
- e) **Participação comunitária:** Capacitar as comunidades e a sociedade civil, incluindo as pessoas que vivem com o VIH/SIDA, para que possam desempenhar o seu papel com vista a intensificar as intervenções, a todos os níveis;
- f) **Apropriação por parte dos países e parcerias eficazes:** Garantir que os parceiros alinham as suas intervenções aos quadros da estratégia nacional para a resposta, mecanismos de coordenação, e sistemas de monitorização e avaliação, como preconizados pelo governo.

Intervenções

20. É preciso alargar a cobertura e melhorar a qualidade dos serviços para o VIH por forma a atingir os objectivos e as metas regionais. Para tal, é necessário adoptar duas abordagens principais: a) implementar intervenções prioritárias ligadas à prestação de serviços; b) tomar medidas de reforço da capacidade dos sistemas de saúde para a prestação dos serviços relacionados.

Intervenções prioritárias relacionadas com o VIH/SIDA

21. **Intensificar a prevenção do VIH.** Combinar intervenções nas áreas do comportamento, biomédica e estrutural de prevenção do VIH, adaptadas às epidemias nacionais, é a abordagem mais eficaz para reduzir as novas infecções. As intervenções deverão ser alargadas para incluir a promoção da saúde, aconselhamento destinado a alterar comportamentos, despistagem e

aconselhamento para o VIH com garantias de qualidade, programas de preservativos masculino e feminino, circuncisão masculina voluntária segura, realizada em ambiente clínico (em cenários de elevada prevalência do VIH com baixas taxas de circuncisão masculina), e o início precoce da terapêutica anti-retroviral. Para além disso, os serviços de saúde deverão implementar medidas de controlo das infecções e procedimentos relacionados, incluindo normas de precaução, segurança cirúrgica e das injeções, segurança do sangue, eliminação segura dos resíduos e a profilaxia pós-exposição para quem está exposto ao VIH por motivos profissionais.

22. Eliminar a transmissão vertical (ePTV) e aumentar a sobrevivência materna e infantil. Os países deverão incrementar as abordagens de PTV, incluindo a definição de metas nacionais para eliminar a infecção por VIH em crianças e permitir que as mães seropositivas vivam durante mais tempo. Os componentes-chave deverão incluir a prevenção da infecção de mulheres em idade reprodutiva e a disponibilização de serviços de despistagem e aconselhamento para o VIH, a prevenção das gravidezes não planeadas, a redução da transmissão do VIH de mulheres seropositivas para os seus bebés, a adopção de políticas de alimentação segura dos bebés, e a prestação adequada de tratamento precoce e cuidados para as mulheres que vivem com o VIH e para as suas crianças e famílias. É fundamental integrar estas intervenções no domínio da saúde materna, neonatal e infantil, da saúde sexual e reprodutiva e noutros serviços de saúde. Isto terá um impacto positivo nos ODM 4 e 5.

23. Alargar o acesso a serviços diversificados de despistagem e aconselhamento para o VIH. O teste do VIH deve ser efectuado de forma voluntária, confidencial e acompanhada de aconselhamento adequado, quer seja iniciado pelo utente ou pelo prestador de cuidados. São necessários serviços acelerados de despistagem e aconselhamento, com intervalos curtos entre o teste e a informação do resultado do mesmo para adultos e crianças, para a prevenção, o diagnóstico precoce e o encaminhamento para os programas de cuidados e tratamento. Serão também necessários serviços de despistagem e aconselhamento adaptados a populações específicas em alto risco de infecção por VIH, incluindo casais serodiscordantes, profissionais do sexo, utilizadores de drogas injectáveis, homens que têm relações sexuais com outros homens, e homens e mulheres militares, de modo a aumentar a aceitação e garantir a manutenção dos cuidados.

24. Alargar e otimizar o tratamento e os cuidados do VIH para crianças, adolescentes e adultos. Os países deverão actualizar os seus protocolos nacionais de tratamento do VIH, apoiando-se em orientações actualizadas da OMS, e preparar planos de implementação e mobilizar recursos para a intensificação. A terapêutica anti-retroviral deverá ser iniciada o mais cedo possível, por forma a reduzir a morbilidade e a mortalidade ligadas ao VIH e maximizar o impacto preventivo nas epidemias do VIH e da tuberculose. O tratamento deverá incluir regimes de administração de medicamentos o mais simples, tolerável e robusto possível recomendados pela OMS, assim como diagnóstico simplificado no ponto de prestação dos cuidados ou de base laboratorial, e ainda instrumentos de monitorização. Deverão ser prestados cuidados nutricionais e apoio para melhorar a eficácia do tratamento, a adesão, a manutenção dos cuidados e a qualidade de vida.

25. Reduzir as co-infecções e as co-morbilidades nas pessoas que vivem com o VIH. Os países deverão investir em *inputs*, processos e capacidades para gerir as co-morbilidades. Os programas de tratamento e cuidados deverão incluir a profilaxia (incluindo a vacinação, o controlo dos vectores e a profilaxia com Cotrimoxazol e Isoniazida), o diagnóstico e tratamento das infecções oportunistas e co-morbilidade mais comuns. De particular importância é o diagnóstico e o tratamento da tuberculose, pneumonia, diarreia, paludismo, hepatite viral, má-nutrição e outras patologias clínicas que têm um impacto mais grave nas pessoas que vivem com

o VIH. Os serviços para o VIH deverão também fazer o despiste das neoplasias malignas mais comuns e avaliar, prevenir e gerir as perturbações mentais.

26. **Reforçar as actividades de colaboração para a TB e o VIH.** Deverão ser reforçadas as políticas, os programas de formação e os procedimentos conjuntos para prevenir e gerir a co-infecção VIH/tuberculose. Dever-se-á realizar e monitorizar a vigilância da infecção por VIH nos doentes com tuberculose e a prevalência da tuberculose nas pessoas que vivem com o VIH, e os sistemas de monitorização e avaliação deverão ser harmonizados.

27. **Prestar cuidados e apoio integral às pessoas que vivem com o VIH, com a participação das comunidades.** Os cuidados paliativos, de base comunitária e domiciliários para o VIH deverão incluir uma abordagem multidisciplinar para responder a todas as necessidades das pessoas que vivem com o VIH. É fundamental reforçar os sistemas de cuidados comunitários, incluindo as capacidades dos prestadores de cuidados comunitários e domiciliários, para a prestação de serviços integrados e descentralizados, redução do número de doentes que não prosseguem o tratamento, alargar a resposta a nível nacional para o VIH e melhorar os resultados na saúde. As associações de pessoas que vivem com o VIH/SIDA deverão ser apoiadas para desempenharem um papel de liderança e facilitarem a participação das comunidades na prevenção, adesão ao tratamento e redução do estigma associado ao VIH.

28. **Fornecer um pacote completo de intervenções para o VIH/SIDA de modo a satisfazer as necessidades das populações-chave.** Os países deverão continuar a identificar as populações-chave mal servidas pelos actuais programas para o VIH, tanto em situações de epidemias generalizadas e concentradas. As necessidades dos jovens, incluindo órfãos e mulheres, deverão ser abordadas de forma explícita nas respostas nacionais ao VIH. Os países deverão também ter em consideração as necessidades dos trabalhadores migrantes, dos refugiados ou populações deslocadas durante situações de crise humanitária, e ainda crianças de rua, profissionais do sexo, homens que têm relações sexuais com outros homens, utilizadores de drogas injectáveis, pessoas portadoras de deficiência, reclusos e pessoas com mais de 50 anos de idade.

Medidas de reforço da capacidade dos sistemas de saúde para prestar serviços e intervenções para o VIH/SIDA

29. Os serviços para o VIH/SIDA deverão ser integrados nos componentes dos sistemas de saúde (prestação de serviços de saúde; pessoal de saúde; sistemas de informação sanitária; acesso a medicamentos essenciais; sistemas de financiamento da saúde; e liderança e governação), e descentralizados para as unidades de saúde de níveis inferiores com serviços de encaminhamento melhorados. Os profissionais de saúde de primeira linha e do nível distrital terão de receber formação no uso das abordagens integradas. Além disso, a prestação de serviços de saúde tem de ser adaptada à prestação de cuidados para as doenças crónicas. A capacidade dos países para melhor articularem as suas necessidades em termos de recursos para reforçar os sistemas de saúde terá de ser melhorada, por forma a aumentar a mobilização de recursos. Deverão ser tomadas as seguintes medidas.

30. **Reforçar o papel de administração e de liderança do governo.** O papel de liderança dos ministérios da saúde deverá ser reforçado para incluir a definição de prioridades, a formulação de políticas e planos adequados, através de um processo consultivo e participativo, garantir o alinhamento das acções dos diversos parceiros e partes interessadas a estas prioridades e planos, atribuir recursos e assegurar o seu uso adequado, e ainda monitorizar e assegurar os progressos e a responsabilização para a obtenção de resultados.

31. **Reforçar os recursos humanos para a saúde.** Deverá ser dada uma atenção particular em assegurar a disponibilidade de recursos humanos em número e combinação de competências suficientes para trabalhar com as pessoas que vivem com o VIH e as populações afectadas, integrando a temática do VIH na formação inicial e em serviço. Deverão ser adoptadas políticas adequadas, incluindo o recrutamento e a rotação/partilha de tarefas, que abordem a questão da crise dos recursos humanos. Os programas para o VIH/SIDA deverão ser um ponto de partida para intensificar a disponibilização, o desempenho e a fidelização dos profissionais de saúde, no contexto do reforço dos sistemas de saúde. As equipas de gestão da saúde ao nível distrital deverão ser reforçadas no que diz respeito ao pessoal e às competências para planear, implementar e monitorizar as intervenções de forma eficaz. Deverá ser estabelecida a interligação com as organizações de base comunitária e os grupos da sociedade civil, ao nível distrital.

32. **Reforçar os sistemas de gestão da aquisição e do abastecimento, e ainda da capacidade laboratorial.** É preciso reforçar a capacidade para fazer estimativas e previsões das necessidades, e de utilizar a informação sobre os melhores preços e fornecedores, de modo a garantir a disponibilidade de diagnósticos, medicamentos e consumíveis de qualidade. Os sistemas de controlo de qualidade para os diagnósticos e os medicamentos deverão ser reforçados. Os países deverão assegurar que as necessidades em termos de reforço e descentralização dos serviços laboratoriais são adequadamente abordadas num plano abrangente de implementação.

33. **Reforçar os sistemas de informação estratégica** para acompanhar o progresso da epidemia, a implementação e os resultados das intervenções, a resistência aos anti-retrovirais e as reacções adversas aos medicamentos. Os países deverão rever os programas com regularidade e realizar estudos para melhorar o conhecimento sobre a epidemia, que irão constituir a base para a elaboração e a revisão das políticas e planos adequados para a resposta ao VIH/SIDA.

34. **Incluir as questões do género e dos direitos humanos na concepção, prestação e monitorização dos serviços de saúde.** Os programas para o VIH deverão promover a igualdade entre os géneros na tomada de decisões, incluindo a negociação em matéria de sexo seguro e da utilização dos preservativos masculino e feminino, e estabelecer uma articulação efectiva com os programas que abordam a questão das desigualdades entre os géneros. Será preciso introduzir serviços relacionados com a violência com base na identidade sexual, incluindo serviços polivalentes para as sobreviventes de violação e de outros tipos de violência sexual, também em situações de conflito ou de emergência. A resposta nacional ao VIH deverá incluir a implementação e monitorização de políticas e práticas destinadas a eliminar o estigma, a discriminação e outros abusos dos direitos humanos na prestação de serviços de saúde. As políticas destinadas a abordar outros determinantes sociais subjacentes, incluindo a pobreza e as desigualdades entre os géneros, devem ser integradas nos programas para o VIH/SIDA.

Papéis e responsabilidades

Estados-Membros

35. Os Estados-Membros têm a responsabilidade em garantir que os sistemas de saúde possuem a capacidade para prestar serviços. Os Governos deverão garantir a administração e a liderança, e fomentar parcerias com grupos da sociedade civil e de pessoas que vivem com o VIH/SIDA, para elaborar planos e mobilizar recursos a nível interno e externo, com vista a acelerar as intervenções para o VIH/SIDA. Os Governos deverão ainda assegurar a coordenação eficaz das intervenções. O sector da saúde deverá fornecer a orientação técnica para a implementação desta estratégia actualizada para o VIH, no âmbito do quadro de colaboração intersectorial para a resposta multisectorial. Os países deverão ser responsáveis pela: formulação de política adequadas, actualização dos planos estratégicos para o acesso universal,

implementação das actividades planeadas, programas de monitorização e pela coordenação de todos os parceiros.

A Organização Mundial da Saúde e outros parceiros

36. A OMS deverá continuar a fornecer liderança técnica e orientações normativas para a elaboração de planos de acção, implementação, monitorização e avaliação de programas. A OMS e outros parceiros, incluindo agências da ONU, o PEPFAR, o Fundo Mundial, a Fundação Bill e Melinda Gates, e os doadores bilaterais e multilaterais, deverão prestar apoio harmonizado aos países nos domínios da mobilização de recursos, planeamento e reforço das capacidades dos governos nacionais, para implementar e coordenar as intervenções prioritárias propostas.

Implicações em termos de recursos

37. Com base nas estimativas da ONUSIDA dos custos de implementação de um pacote de intervenções essenciais para o VIH/SIDA em países de rendimento baixo e médio, e o contributo da Região para o fardo mundial, calcula-se que a implementação desta estratégia actualizada na Região, como meio de alcançar o acesso universal até 2015, possa custar cerca de 10 a 12 mil milhões de dólares americanos por ano.^{30 31} Os países deverão continuar a esforçar-se por atingir a meta da Declaração de Abuja, de afectar 15% dos seus orçamentos nacionais ao sector da saúde. Será necessário mobilizar recursos adicionais dos parceiros do desenvolvimento para o reforço do sistema de saúde em geral, incluindo os recursos humanos para a saúde e a melhoria das infra-estruturas. Deverão ser envidados esforços para suportar os custos da prestação de serviços essenciais de saúde, nomeadamente os necessários para o combate à pandemia da SIDA, avaliados em 44 dólares americanos por pessoa por ano, em 2009, e que se prevê poderem chegar aos 60 dólares por pessoa por ano até 2015.³² Dever-se-á continuar a procurar métodos inovadores de mobilização de fundos do sector privado, empresarial e das comunidades. Os países deverão privilegiar a utilização eficaz dos recursos e a reafecção equitativa dos recursos existentes, ao mesmo tempo que reforçam a capacidade dos países para absorver recursos adicionais.

38. No seguimento da adopção da GHSS, a OMS elaborou um Plano Operacional³³ que enumera as áreas prioritárias do trabalho da OMS e fornece pormenores no que toca à orientação normativa, aconselhamento em matéria de políticas, apoio técnico e outros produtos e serviços que serão implementados no Programa da OMS para o VIH nos três níveis da Organização. Os custos gerais do apoio da OMS aos Estados-Membros na implementação da GHSS, desde a sua aprovação em Maio de 2011 até ao final de 2015 foram estimados em 515 milhões de dólares. A avaliação dos custos para o biénio 2012-2013 está estimada em 175 milhões de dólares. Espera-se que 28% deste montante seja necessário para a execução das actividades da OMS na Região Africana.

Monitorização e Avaliação

39. Os progressos no sentido da consecução das metas traçadas nesta estratégia serão avaliadas através de revisões periódicas e da apresentação de um relatório anual. Os indicadores para a disponibilidade, cobertura, resultados e impacto das intervenções, incluindo os da equidade, foram definidos e acordados a nível mundial. Estes indicadores irão nortear a monitorização da estratégia através dos sistemas existentes.

³⁰ UNAIDS, What Countries need: Investments needed for 2010 targets, Geneva, UNAIDS, 2009.

³¹ UNAIDS, World AIDS Day Report 2011, Geneva, UNAIDS, 2011.

³² The Constraints to scaling up the health MDGs: costing and financial gap analysis. Geneva, WHO, 2010: Background document for the Task Force on Innovative International Financing for Health Systems.

³³ WHO's HIV Operational Plan, 2012/13—Implementing the Global Health Sector Strategy on HIV, 2012.

CONCLUSÃO

40. O fardo do VIH/SIDA e o seu impacto continua a ser um dos grandes desafios com que a Região Africana se confronta. A epidemia tem inviabilizado seriamente os progressos realizados no desenvolvimento humano nas últimas décadas e tem contribuído para as elevadas taxas de morbilidade e mortalidade, o que resulta na redução da esperança de vida, com graves consequências sociais e económicas.

41. A Região tem assistido a um compromisso político e financeiro sem precedentes para a resposta ao VIH/SIDA, com resultados notáveis que conduziram à redução das novas infecções, a um declínio nas mortes relacionadas com a SIDA e a uma melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com o VIH. No entanto, são ainda necessários esforços intensificados de prevenção, tratamento, cuidados e apoio para o VIH, para eliminar as novas infecções em crianças e reduzir a mortalidade associada ao VIH, através das intervenções propostas neste documento. O reforço continuado dos sistemas de saúde é fundamental para a concretização eficaz das intervenções propostas.

42. Solicita-se ao Comité Regional que analise e aprove a proposta de Estratégia para o VIH/SIDA na Região Africana.

PROJECTO DE RESOLUÇÃO

VIH/SIDA: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA (Documento AFR/RC62/10)

Relembrando a Resolução AFR/RC56/R3 sobre Prevenção do VIH na Região Africana: estratégia para a sua renovação e aceleração, o Apelo de Abuja de 2006 para uma acção acelerada rumo ao acesso universal aos serviços de VIH/SIDA (UA), tuberculose e paludismo e a Decisão de 2010 da Assembleia da União Africana, em Kampala, de prorrogar o prazo do acesso universal até 2015;

Reconhecendo que se fizeram progressos consideráveis na luta contra o VIH/SIDA na Região Africana da OMS, incluindo uma diminuição do número de novas infecções pelo VIH e um aumento do acesso à terapêutica anti-retroviral e da percentagem de mulheres grávidas que vivem com o VIH e receberam medicamentos para evitar a transmissão vertical do VIH (PTV) ;

Preocupado pelo facto de que, embora se tenha registado uma diminuição do número de novas infecções, a prevalência regional do VIH permanece elevada, sendo o fardo de doenças a ele associado uma das principais causas da excessiva mortalidade materna e infantil na Região, continuando a exercer um profundo impacto sociodemográfico e económico na Região Africana;

Consciente de que os principais desafios que os programas nacionais de SIDA enfrentam incluem a fragmentação das intervenções, ligações inadequadas entre as acções do sector da saúde e uma resposta multisectorial mais alargada, fracos sistemas de saúde e sobredependência dos doadores e do financiamento internacional;

Cientes do papel fundamental da solidariedade internacional e da importância do empenho político aos níveis regional e nacional, incluindo o envolvimento dos Chefes de Estado e dos Governos Africanos, assim como a afectação crescente de recursos domésticos à luta contra o VIH/SIDA na Região Africana;

Relembrando a nova Estratégia Mundial da OMS para o Sector da Saúde (GHSS) sobre o VIH/SIDA, adoptada pela Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 2011;

Consciente da necessidade de fornecer orientações para a implementação da GHSS na Região Africana da OMS, tendo em consideração as especificidades regionais e a necessidade de uma resposta multisectorial;

O Comité Regional,

1. **APROVA** o documento intitulado “VIH/SIDA: estratégia para a Região Africana”;
2. **EXORTA** aos Estados-Membros a:
 - a) reforçarem e alargarem as intervenções de VIH para nelas incluírem a promoção da saúde, o aconselhamento para as mudanças de comportamento, os testes e o aconselhamento do VIH de qualidade garantida, o uso de preservativos masculinos e femininos, a circuncisão voluntária e clinicamente segura dos homens, a iniciação precoce à terapêutica anti-retroviral e as transfusões de sangue seguras, no contexto de uma resposta nacional multisectorial mais abrangente, em conformidade com as orientações da OMS;
 - b) acelerarem esforços para eliminar a transmissão vertical e melhorar a sobrevivência materna e infantil, através da implementação de estratégias e intervenções adequadas de VIH, incluindo a sua integração nos serviços de saúde materna, neonatal e infantil, bem como na saúde sexual e reprodutiva;
 - c) alargarem o acesso a serviços diversificados de testes e aconselhamento do VIH, assegurando que a testagem é confidencial e acompanhada por um aconselhamento adequado, que intervalo de tempo entre a testagem e a apresentação dos resultados do teste é curto, e que a referência dos doentes e os programas de cuidados de tratamento são eficazes;
 - d) alargarem o tratamento e os cuidados do VIH a crianças, adolescentes e adultos, garantindo simultaneamente que as co-infecções, incluindo a TB, e as co-morbilidades são tratadas e prestados os cuidados e o apoio nutricional, para promover a eficácia do tratamento, a adesão, a continuidade dos cuidados e a qualidade de vida;
 - e) prestarem cuidados abrangentes e apoio às pessoas que vivem com o VIH (PLWHA), incluindo reforçar os sistemas de cuidados comunitários, como a capacidade dos prestadores de base comunitária e de cuidados domiciliários, assim como das associações de PVVS;
 - f) fornecerem um pacote abrangente de intervenções de VIH/SIDA que contemplem as necessidades das populações visadas e garantir que as necessidades dos jovens, dos órfãos e das mulheres são explicitamente contempladas na resposta nacional ao VIH;
 - g) reforçarem a capacidade dos sistemas de saúde para prestarem intervenções e serviços de VIH/SIDA, através da melhoria do papel de administração geral e liderança dos governos, reforçando os recursos humanos para a saúde, melhorando os sistemas de gestão de compras e de abastecimento, aperfeiçoando a capacidade dos laboratórios e os sistemas de informação estratégica;
 - h) incluírem as questões de género e de direitos humanos na concepção dos serviços de saúde, e implementar e monitorizar políticas e práticas que visem a eliminação da estigmatização, a discriminação e outros abusos dos direitos humanos na prestação de serviços de saúde.

3. **SOLICITA** ao Director Regional que continue a:
- a) fornecer liderança técnica e orientações normativas para a formulação de políticas e planos de acção e para a implementaláo de programas, monitorização e avaliação;
 - b) trabalhar com outros parceiros, incluindo agências das Nações Unidas, o PEPFAR, o Fundo Mundial, a Fundação Bill e Melinda Gates e doadores bilaterais e multilaterais, para prestar um apoio harmonizado aos países na mobilização de recursos e implementação do programa;
 - c) monitorizar os progressos da implementação da estratégia e apresentar um relatório ao Comité Regional de dois em dois anos.