



Sexagésima sexta sessão

Adis Abeba, República Federal Democrática da Etiópia, 19 a 23 de Agosto de 2016

Ponto 12 da ordem do dia provisória

**QUADRO DE IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA PARA PÔR FIM À TB NA
REGIÃO AFRICANA, 2016-2020**

Relatório do Secretariado

RESUMO

1. A luta contra a Tuberculose (TB) na Região Africana tem evoluído desde que, em 1993, a doença foi declarada uma emergência à escala planetária pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Os Estados-Membros aprovaram e implementaram estratégias e resoluções mundiais e regionais sucessivas, com impacto positivo demonstrável na incidência, na prevalência e na mortalidade, embora com variações entre os países. Até ao final de 2015, a Região, na sua globalidade, alcançou a principal meta do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio (ODM) de travar e começar a inverter a incidência da TB. No entanto, apenas 35 dos 47 Estados-Membros atingiram esta meta do ODM.
2. A despeito das actuais realizações, a TB continua a ser um dos maiores problemas de saúde pública devido à sua persistente incidência, prevalência e mortalidade elevadas, sendo agora necessária uma abordagem multissetorial da saúde em todas as políticas, e uma mudança de paradigma, deixando de se incidir no controlo da doença e passando-se à tentativa de pôr fim à epidemia. Para se acabar com a epidemia da TB, foram reconhecidos como factores essenciais a forte tutela dos governos, o acesso universal, o alcançar de todas as populações vulneráveis e o envolvimento da sociedade civil e das comunidades, assim como a adopção de novas tecnologias.
3. A Estratégia Mundial para Pôr Fim à TB visa colocar um ponto final na epidemia mundial da doença. Isto significa reduzir o fardo da TB em todo o mundo para os níveis conseguidos nos países de rendimento elevado. A Estratégia para Pôr Fim à TB consolida e amplia significativamente o âmbito dos esforços no contexto do Objectivo de Desenvolvimento Sustentável 3.3 da ONU. A Estratégia Mundial assenta em três pilares, nomeadamente: 1) Prevenção e cuidados integrados e centrados nas pessoas – visando o acesso precoce e universal ao diagnóstico e ao tratamento de todas as formas de tuberculose; 2) Políticas ambiciosas e sistemas de apoio – destinados a reforçar a liderança por parte dos governos, o envolvimento da sociedade civil e do sector privado, assim como a cobertura universal de saúde, a protecção social, a redução da pobreza e a acção sobre os determinantes sociais da TB; 3) Intensificar a investigação e a inovação – para acelerar a descoberta, o desenvolvimento e a rápida adopção de novas ferramentas, intervenções e estratégias. A estratégia tem indicadores, metas e marcos específicos para 2020, 2025, 2030 e 2035.
4. Este quadro serve de apoio à adaptação e implementação da Estratégia Mundial nos países da Região, com base nas suas circunstâncias contextuais.
5. Solicita-se o Comité Regional a analisar e aprovar este Quadro de Implementação da Estratégia para Pôr Fim à TB na Região Africana 2016 – 2020.

ÍNDICE

	Parágrafos
INTRODUÇÃO	1–3
SITUAÇÃO ACTUAL	4–7
PROBLEMAS E DESAFIOS	8–11
VISÃO, FINALIDADE, OBJECTIVOS E METAS	12–14
PRINCÍPIOS ORIENTADORES	15–18
INTERVENÇÕES E MEDIDAS PRIORITÁRIAS	19–39

ANEXOS

	Página
1. A Estratégia Mundial para Pôr Fim à TB em linhas gerais	9
2. Indicadores e metas operacionais para monitorizar a implementação da Estratégia Fim à TB até 2020	10

Lista de Acrónimos

BCG	Bacilo de Calmette-Guérin
CPT	Terapêutica preventiva com cotrimoxazol
LTBI	Tuberculose de infecção latente
MdE	Memorando de Entendimento
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TAR	Terapêutica anti-retroviral
TB	Tuberculose
TB-MR	Tuberculose Multirresistente aos Medicamentos
TB-UR	Tuberculose Ultra-Resistente aos Medicamentos
TSM	Teste de sensibilidade a medicamentos
UA	União Africana
VIH	Vírus da imunodeficiência humana

INTRODUÇÃO

1. A incidência da TB, que estava em declínio, tem vindo a aumentar constantemente depois de 1986 devido à emergência do VIH, o que levou a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ a declarar a doença como uma emergência mundial em 1993. Os Estados-Membros adoptaram a Estratégia DOTS² recomendada para o controlo da TB em 1995. Em 2003, foi lançado o Quadro Alargado para a Estratégia DOTS, que incorporava a resposta à co-infecção TB/VIH e à TB multirresistente aos medicamentos, ao que se seguiu o lançamento, em 2006³, da Estratégia para Travar a TB.

2. Em Maio de 2014, a sexagésima sétima Assembleia Mundial da Saúde aprovou a estratégia de prevenção, cuidados e controlo da TB pós-2015, conhecida como a *Estratégia para Pôr Fim à TB*⁴ (Anexo 1) que visa acabar com a epidemia da TB a nível mundial até 2035. Em 2015, foram aprovados os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)⁵ das Nações Unidas, que se encontram plenamente alinhados com a Estratégia da OMS para Pôr Fim à TB, tendo como meta pôr termo à epidemia da doença até 2030. A implementação da Estratégia para Pôr Fim à TB será decisiva no apoio aos países para se conseguirem atingir a finalidade e as metas traçadas. Em Novembro de 2015, a UA aprovou um roteiro, seguido de um Quadro Catalisador para Pôr Fim à SIDA, à Tuberculose e Eliminar o Paludismo em África até 2030.

3. A Estratégia para Pôr Fim à TB oferece uma resposta holística e multissetorial para ultrapassar os problemas e os desafios, e pôr termo à epidemia, no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas até 2030. Este quadro operacional visa fornecer as necessárias orientações técnicas e em matéria de políticas aos Estados-Membros para a adaptação e implementação da Estratégia para Pôr Fim à TB durante o período 2016 – 2020.

SITUAÇÃO ACTUAL

4. A Região Africana continuar a suportar uma percentagem significativa do fardo mundial da tuberculose, respondendo por 28% dos estimados 9,6 milhões de casos incidentes de tuberculose que ocorreram no mundo em 2014. Entre 2000 e 2014, a implementação da DOTS e da Estratégia para Travar a TB resultou em cerca de 10,1 milhões de vidas salvas na Região Africana. A Região também alcançou uma redução de 37% na taxa de mortalidade por TB, entre 2000 e 2014 e de 47% nas pessoas que vivem com o VIH. A meta da Estratégia para Travar a TB, que consistia numa taxa de êxito do tratamento de 85% até 2015, foi atingida por 21 Estados-Membros,⁶ enquanto a média regional é de 79%.

5. A Região comportava 74% dos cerca de 1,2 milhões de doentes de TB e seropositivos para o VIH registados em todos o mundo em 2014, apesar do grande aumento das intervenções colaborativas TB/VIH para mais de 90% dos doentes de TB com estado serológico conhecido para o VIH em 24 países; a consecução dos 77% de cobertura com TAR nos doentes co-infectados; 89% de participação na Terapêutica Preventiva com Cotrimoxazol (CPT); e uma redução de 47% na taxa de mortalidade dos doentes de TB co-infectados com VIH, entre 2000 e 2014.

¹ WHO, Stop TB Programme 1993: TB emergency declaration, Geneva, World Health Organization.

² The core package of the WHO-recommended TB strategies of 1995 and 2006.

³ WHO, Stop TB Programme 2006: The Stop TB Strategy, Geneva, World Health Organization.

⁴ WHA Resolution A67/11: May 2014, Geneva Switzerland.

⁵ Resolution A/RES/70/1 adopted by the Seventieth session of the General Assembly on 25 September 2015. Agenda items 15 and 116: Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development.

⁶ Comores, Argélia, Burúndi, Tanzânia, Benim, Eritreia, Etiópia, Cabo Verde, Maurícia, Moçambique, Togo, República Democrática do Congo, Senegal, Serra Leoa, Gâmbia, Quênia, Namíbia, Nigéria, Gana, Ruanda e Zâmbia.

6. A OMS estima que tenham ocorrido 32 000 a 49 000 casos de tuberculose multirresistente na Região em 2014.⁷ A gestão programática da TB resistente aos medicamentos foi intensificada nos países, com a consequente detecção de 26 531 dos 32 000 (83%) casos estimados de TB-MR de doentes com registados em 2014. Sessenta e oito por cento dos casos diagnosticados iniciaram tratamento, embora com uma taxa insatisfatória de êxito do tratamento de 55% em 2012 (o último ano para o qual existem dados). Deste modo, a TB-MR continua a ser uma crise de saúde pública devido às falhas no acesso ao diagnóstico e ao tratamento.

7. Os centros de microscopia para a TB aumentaram de 10 469 em 2009 para 15 200 no final de 2014. Vinte e oito Estados-Membros⁸ alcançaram o valor de referência da OMS para a cobertura de microscopia em laboratório, de um para cada 100 000 habitantes; enquanto 15 atingiram a base de referência de uma cultura em laboratório para cada cinco milhões de habitantes.⁹ Apenas 10 alcançaram a norma de um Teste de Susceptibilidade em Laboratório para cada cinco milhões de habitantes.¹⁰ A OMS recomenda a transição da microscopia para os meios de diagnóstico rápido. A cobertura ideal com diagnóstico rápido é ainda mais difícil de alcançar.

PROBLEMAS E DESAFIOS

8. A África alcançou a meta do ODM 6C; “travar e começar a inverter a incidência da TB até 2015”. No entanto, as metas mundiais de 50% de redução da mortalidade e da prevalência da TB não foram alcançadas na Região Africana. Isto deveu-se em parte à implementação inadequada das estratégias recomendadas pela OMS e aos fracos sistemas de saúde, entre outros factores.

9. Apesar das realizações assinaláveis na Região, os progressos seguintes no sentido de pôr termo à epidemia e, em última instância, alcançar a eliminação da TB têm sido lentos. Apenas 35¹¹ dos 47 países alcançaram a meta do ODM de travar e começar a inverter a incidência da TB. A consecução das metas foi dificultada pelo acesso limitado aos serviços de saúde, infra-estruturas inadequadas de saúde, qualidade insuficiente dos cuidados, recursos humanos e financeiros inadequados para a saúde e a protecção social inadequada. Os determinantes sociais subjacentes da TB também não foram adequadamente contemplados.

10. A relação entre a pobreza, a subnutrição, o VIH, a diabetes e a TB, assim como a concentração da patologia nas populações vulneráveis que tendem a ter o menor acesso aos serviços de saúde constituiu um dos maiores desafios aos esforços de controlo da doença. No contexto da Região Africana, estes principais grupos populacionais afectados, que podem incluir mineiros, migrantes, presos, fumadores, toxicodependentes, crianças e idosos, contribuem para os 1,26 milhões de casos de TB por alcançar. Além disso, apesar de uma política de serviços gratuitos para a TB na maioria dos países da Região, os doentes de TB e as suas famílias continuam a suportar um pesado fardo financeiro ao procurarem cuidados para a TB. No entanto, a dimensão desta carga precisa de ser melhor documentada.

7 WHO, Global Tuberculosis Report 2015: Geneva, World Health Organization, 2015.

8 Botsuana, Burúndi, Cabo Verde, Camarões, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Libéria, Malawi, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé Príncipe, Serra Leoa, Uganda, Zâmbia Zimbabwe.

9 África do Sul Argélia, Botsuana, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Mauritânia, Namíbia, Níger, República Centro-Africana, Ruanda, e Zâmbia.

10 África do Sul, Botsuana, Eritreia, Gâmbia, Lesoto, Libéria, Mauritânia, Namíbia, Níger e República Centro-Africana.

11 África do Sul, Argélia, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burúndi, Cabo Verde, Camarões, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Guiné, Guiné Equatorial, Lesoto, Madagascar, Mali, Mauritânia, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, Ruanda, República Democrática do Congo, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Seychelles, Suazilândia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.

11. Apenas 35 (83%) dos 42 Estados-Membros que têm Laboratórios Nacionais de Referência dedicados à TB se encontram ligados a um Laboratório Supranacional de Referência, e apenas 60% dispõem de sistemas de gestão da qualidade. Onze países não dispõem de capacidade para diagnosticar a TB-MR,¹² ao passo que apenas 15 países têm capacidade laboratorial no país para confirmar o diagnóstico da TB-UR.¹³

VISÃO, FINALIDADE, OBJECTIVOS E METAS

Visão:

12. A visão é a de uma África livre da tuberculose.

Finalidade:

13. A finalidade do quadro operacional é apoiar os esforços dos Estados-Membros no sentido de terminar com a epidemia de TB na Região Africana.

Objectivos e metas para 2016 – 2020:

14. Os objectivos do quadro regional são:

- a) Reduzir o número de óbitos por TB em 35%, por comparação com a taxa de 2015.
- b) Reduzir a incidência da TB em 20%, por comparação com a taxa de 2015.
- c) Chegar aos 0% de famílias afectadas pela TB que enfrentam despesas catastróficas devido à doença.

Metas regionais

	Base de referência de 2015	Meta para 2020
Redução do número de óbitos por TB em comparação com 2015	46/100 000 habitantes	30/100 000 habitantes
Redução da taxa de incidência da TB em comparação com 2015	281/100 000 habitantes	225/100 000 habitantes
Famílias afectadas pela TB que enfrentam despesas catastróficas devido à doença	A estabelecer	0%

12 Cabo Verde, Chade, Comores, Congo, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Gabão, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, Seychelles e Sudão do Sul.

13 África do Sul, Argélia, Benim, Botsuana, Etiópia, Madagáscar, Nigéria, República Democrática do Congo, Ruanda, Senegal, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbábwe.

PRINCÍPIOS ORIENTADORES

15. **Tutela e responsabilização por parte do governo, com monitorização e avaliação:** O êxito na implementação da Estratégia para Pôr Fim à TB dependerá da execução eficaz das responsabilidades essenciais de tutela dos governos, em estreita colaboração com todas as partes interessadas. Isto implica definir a visão e fornecer orientações para a resposta nacional; recolher e utilizar os dados para uma melhor tomada de decisões; definir as normas e os padrões; e fornecer orientações e ferramentas, assim como os quadros reguladores necessários.

16. **Coligação robusta com as organizações da sociedade civil e as comunidades:** a coordenação eficaz dos cuidados e da prevenção da tuberculose, em colaboração com todos os sectores e com o envolvimento da sociedade civil e das comunidades é fundamental para alcançar o objectivo de acabar com a doença, o que deverá ser norteado por prevenção e cuidados integrados e centrados no doente. A estratégia prevê o envolvimento das comunidades afectadas como meio de garantir a apropriação e como forma de as tornar parte das soluções propostas, apoiando a implementação de uma maneira sustentável. As comunidades deverão ser capacitadas para se envolverem mais activamente na planificação e concepção dos programas; prestação de serviços e monitorização; e apoio aos doentes e às famílias, assim como em termos de advocacia. A estratégia incluirá ainda a criação de uma coligação nacional para galvanizar uma maior resposta nacional.

17. **Protecção e promoção dos direitos humanos, da ética e da equidade:** Isto implica que os Estados-Membros assegurem que as suas respectivas políticas e estratégias nacionais para a resposta à tuberculose e a prestação de serviços de cuidados e prevenção da tuberculose incorporam de forma explícita as questões relativas ao género, direitos humanos, ética e equidade. A implementação deverá também assegurar que é promulgada e divulgada a legislação apropriada entre todas as partes interessadas.

18. **Adaptação da estratégia e das metas ao nível nacional, com colaboração ao nível mundial:** Isto decorre do reconhecimento da diversidade e das peculiaridades dos países, que têm de ser tidas em conta na concepção e na introdução da Estratégia para Pôr Fim à TB, incluindo a definição das prioridades com base nos contextos, necessidades e capacidades locais. Este princípio sublinha a importância de um bom conhecimento da epidemiologia específica e cada país, e sublinha também a importância de se conhecer o contexto socioeconómico das populações vulneráveis e de se efectuar uma avaliação rigorosa dos sistemas nacionais de saúde, para informar a adaptação da estratégia ao nível nacional. A colaboração dos parceiros de toda a Região e a nível mundial em apoio dos progressos em África para Pôr Fim à TB irá facilitar ainda mais a adaptação e a implementação.

INTERVENÇÕES E MEDIDAS PRIORITÁRIAS

19. Acabar com a epidemia da tuberculose no contexto da Estratégia para Pôr Fim à TB exige um maior alargamento do âmbito e do alcance das intervenções para os cuidados e a prevenção da tuberculose. Os sistemas e as políticas deverão ser reforçados para criar um ambiente favorável e a coordenação. A procura agressiva da investigação e da inovação é necessária para promover o desenvolvimento e a utilização de novas ferramentas para os cuidados e a prevenção da tuberculose. Esta empreitada exige esforços conjugados e uma estreita colaboração entre os ministérios da saúde nacionais e as múltiplas partes interessadas dentro e fora do governo. Os indicadores adequados de monitorização são apresentados no anexo 2.

20. As intervenções e as medidas prioritárias para alcançar a visão, a finalidade, os objectivos e as metas gerais da Estratégia para Pôr Fim à TB são apresentados nos três pilares seguintes:

1.º PILAR: PREVENÇÃO E CUIDADOS INTEGRADOS E CENTRADOS NO DOENTE

21. **Alargar o acesso ao diagnóstico, tratamento e cuidados integrados para a TB:** abolir as barreiras que as pessoas enfrentam quando procuram por cuidados e prestar tratamento oportuno e eficaz são os elementos que constituem a abordagem central da estratégia. Esta inclui possibilitar o acesso a novos medicamentos com garantia de qualidade para o tratamento da tuberculose e alargar os serviços às populações carenciadas e vulneráveis, bem como a promoção do uso de informação inovadora e das tecnologias de informação para a saúde (Cibersaúde e Saúde Móvel). Será igualmente promovida a gestão programática da tuberculose de infecção latente nos grupos de alto risco. Além disso, os contactos dos doentes zero serão visados para o rastreio sistemático oportuno, com vista a se obter um diagnóstico precoce.

22. Para se enfrentar o desafio dos diagnósticos com garantia de qualidade serão precisas abordagens inovadoras, multissetoriais e integradas. Ao tirar partido da DOTS, a Estratégia para Travar a TB, lançou as bases para se enfrentar a tuberculose resistente aos medicamentos e a tuberculose associada ao VIH, ao mesmo tempo que promoveu a investigação e o desenvolvimento de novas ferramentas. A TB-MR deverá ser abordada por meio da prevenção e através do tratamento com qualidade da doença para prevenir o surgimento de estirpes resistentes, do alargamento do diagnóstico rápido e dos testes à resistência, assim como através dos TSM com garantia de qualidade e do controlo da infecção.

23. **Intensificar as intervenções para a tuberculose/VIH e a gestão das comorbilidades:** O reforço da planificação conjunta para a TB e o VIH continua a ser fundamental para otimizar o uso dos recursos para um maior impacto. O modelo de serviço integrado de “balcão único” para a TB/VIH deverá ser promovido para permitir o acesso universal às intervenções para a TB/VIH. Estas incluem testes e aconselhamento para todos os doentes presumíveis e diagnosticados com TB; rastreio sistemático para as pessoas que vivem com o VIH; e TAR e terapêuticas preventivas. Além disso, o tratamento profilático da TB para as pessoas que vivem com VIH e a gestão eficaz das comorbilidades, como a diabetes, a hepatite e a silicose, entre outras deverão ser reforçados. Dever-se-á intensificar igualmente a implementação de medidas para o controlo da infecção por TB nas unidades de saúde que prestam serviços às pessoas que vivem com o VIH.

24. **Aumentar a resposta à TB resistente aos medicamentos:** Esta intervenção visa garantir a existência de capacidades no país para diagnosticar a tuberculose resistente aos medicamentos, sobretudo através dos testes de diagnóstico rápido aprovados pela OMS. Isto inclui o acesso universal aos Testes de Sensibilidade a Medicamentos de primeira linha e o acesso a TSM de segunda linha para excluir a TB-UR. Dever-se-á garantir o tratamento eficaz de todos os casos confirmados de TB resistente aos medicamentos, assegurando-se um abastecimento ininterrupto de medicamentos de segunda linha com garantia de qualidade. Dever-se-á promover também os modelos de cuidados que sejam amigos dos doentes e adequados a cada contexto, incluindo a descentralização e os cuidados em ambulatório dos doentes com TB resistente aos medicamentos. Para além disso, o acesso a novos medicamentos, mais seguros, eficazes e aprovados pela OMS e a regimes terapêuticos mais curtos será facilitado à medida que se forem tornando disponíveis. Será também preciso criar mecanismos de cuidados paliativos para o tratamento dos doentes com TB-MR e TB-UR que deles precisem.

25. **Combater a TB nas crianças:** Será dada prioridade aos desafios relativos à detecção e tratamento oportunos da tuberculose nas crianças, bem como à questão de se chegar às crianças em contacto com doentes adultos, em linha com o quadro regional para a TB na infância. Será promovida uma abordagem aos cuidados para a tuberculose infantil que seja integrada e baseada na família para remover as barreiras ao acesso, minimizar os atrasos no diagnóstico e melhorar a adesão ao tratamento. Isto inclui permitir o acesso à vacina da BCG, estratégias de prevenção da TB, ferramentas de diagnóstico com sensibilidade e formulações de dosagem de medicamentos contra a TB que sejam amigas das crianças. A TB de infecção latente (LTBI) em crianças deverá ser tratada segundo as orientações da OMS. O tratamento da LTBI é a principal intervenção disponível para prevenir o desenvolvimento da TB activa nos doentes já infectados com a *M. tuberculosis*. Os cuidados para a tuberculose infantil devem ser integrados nos diversos serviços de saúde materno-infantil.

26. **Responder à TB nas populações vulneráveis:** Os Estados-Membros deverão ser receber apoio para mapear os grupos de alto risco de contrair tuberculose, tais como as pessoas que vivem com o VIH, mineiros, migrantes, refugiados e presos, para determinar as suas necessidades em termos de cuidados de saúde. Deverão ser implementadas intervenções orientadas para as populações de alto risco, que incluam o rastreio sistemático da tuberculose. As estratégias deverão ainda ser concebidas para actuar sobre os determinantes sociais da saúde associados à TB, incluindo as intervenções para a malnutrição e a redução da pobreza.

27. **Garantir o tratamento das pessoas em alto risco e a vacinação contra a TB:** Alargar o tratamento das pessoas em alto risco de contraírem tuberculose, sobretudo as crianças com menos de 5 anos de idade em contacto próximo com adultos infectados com a doença. Garantir que as recomendações da OMS acerca da vacina da BCG são aplicadas nos programas de vacinação.

2.º PILAR: POLÍTICAS AMBICIOSAS E SISTEMAS DE APOIO

28. **Reforçar a tutela do governo:** É essencial que o governo exerça uma tutela robusta por intermédio dos vários ministérios da saúde dos Estados-Membros para o sucesso na coordenação dos esforços de todas as partes interessadas na adaptação, implementação e monitorização da Estratégia para Pôr Fim à TB a nível nacional. A OMS irá focar-se em reforçar as capacidades nacionais e a colaboração aos níveis sub-regional e regional, como enunciado no roteiro da UA. Além disso, em colaboração com os parceiros pertinentes, a OMS prestará as orientações e as ferramentas necessárias de apoio aos esforços dos Estados-Membros no sentido da adaptação, implementação e monitorização bem-sucedida da Estratégia para Pôr Fim à TB ao nível nacional, assim como para a mobilização de recursos. A OMS irá também exercer uma forte advocacia a favor de um empenho político sustentável, demonstrado pelo financiamento interno adequado das iniciativas nacionais para 'Pôr Fim à TB', colaboração intersectorial e medidas que incidam nos determinantes sociais da saúde, inclusive uma forte advocacia em prol da redução da pobreza.

29. **Reforçar os sistemas de saúde para a Cobertura Universal de Saúde:** Isto implica reforçar as políticas e os sistemas nacionais dos sectores da saúde e social para prevenir e acabar com a TB, bem como apoiar e implementar a Cobertura Universal da Saúde e a protecção social. Para além disso, será prestado apoio à elaboração de quadros pertinentes de regulação de serviços para a TB com garantia de qualidade, registos vitais e vigilância das doenças, incluindo apoio à implementação de políticas e intervenções eficazes de controlo da infecção por TB.

30. **Mobilizar recursos:** Apoiar os Estados-Membros a elaborar planos estratégicos nacionais orçamentados para a TB, para facilitar a mobilização de recursos a partir de fontes internas e internacionais para a implementação da Estratégia para pôr Fim à TB.

31. **Apoiar o reforço dos quadros nacionais de regulação:** Isto diz respeito a prestar apoio aos Estados-Membros na elaboração de estratégias adequadas para assegurar a notificação obrigatória dos casos de tuberculose e a existência de quadros jurídicos para a prevenção, cuidados e controlo transfronteiriço da TB. Além disso, será igualmente prestado apoio em matéria de regulação da produção, garantia de qualidade, uso de meios diagnósticos e de medicamentos contra a TB.

32. **Criar uma coligação robusta com a sociedade e as comunidades:** Deve-se promover a criação de parcerias duradouras com todos os serviços de saúde e o sector social, e entre o sector da saúde e as comunidades, incluindo o mapeamento, e implicando organizações que não estejam envolvidas. Isto implica reforçar as competências da sociedade civil para criar a procura por cuidados e agir sobre os determinantes sociais da epidemia de TB; favorecer um maior envolvimento da sociedade civil e das comunidades na elaboração das políticas, na planificação e na implementação; e monitorizar periodicamente o programa de implementação.

33. **Envolver o sector privado:** Implica prestar apoio aos Estados-Membros no sentido de se criar parcerias duradouras com os prestadores de saúde não estatais. A OMS irá prestar apoio fornecendo orientações e ferramentas para o efeito, com vista a capacitar os prestadores privados de serviços de saúde. A OMS fornecerá a orientação e as ferramentas que permitirão capacitar os prestadores privados a se envolverem mais activamente na planificação e na concepção dos programas; prestação e de serviços e monitorização; apoio aos doentes e às famílias, e ainda em matéria de advocacia. Incluirá ainda apoio à elaboração de MdE para galvanizar uma maior resposta nacional.

34. **Promover uma abordagem baseada nos direitos humanos:** Isto implica prestar apoio aos Estados-Membros para garantir a articulação das políticas e de orientações ou legislação pertinente que incorpore a protecção dos recursos humanos e a dignidade dos doentes presumíveis, das suas famílias e daqueles que com ele estão em contacto. Do mesmo modo, será exercida advocacia a favor da protecção das pessoas com tuberculose contra o estigma e a discriminação, bem como a prevenção, os cuidados e o controlo da TB nos serviços prisionais e noutras unidades de detenção.

35. **Promover a protecção social e medidas de redução da pobreza e de acção sobre os determinantes sociais da tuberculose:** Alargar a cobertura dos regimes de protecção social para englobar as necessidades associadas à tuberculose e aos seus factores de risco, através de abordagens de “saúde em todas as políticas”.

36. **Prestar apoio eficaz aos doentes:** É necessário assegurar a existência de mecanismos e sistemas centrados nos doentes para lhes dar apoio social e psicológico, garantindo assim uma adesão adequada ao tratamento em ambulatório, incluindo o acompanhamento após a conclusão do tratamento e a redução do fardo socioeconómico da doença e da procura por cuidados de saúde.

3.º PILAR: INVESTIGAÇÃO E INOVAÇÃO REFORÇADAS

37. **Promover a investigação:** Será promovido o reforço da tutela nacional na elaboração de uma agenda nacional de investigação para a TB ligada às prioridades específicas do país, o financiamento da investigação para a TB, assim como a tradução das conclusões da investigação em políticas. Deverá haver um aumento da investigação e da inovação para promover o desenvolvimento e a utilização de novos instrumentos para o diagnóstico e a prevenção da tuberculose. Para além disso, será reforçada a capacidade nacional de realizar investigação pertinente para uma rápida adopção de novos instrumentos, intervenções e estratégias, bem como

investigação para otimizar a implementação e promover a inovação. Igualmente importante é o desenvolvimento de uma rede ou uma coligação nacional de todos os intervenientes envolvidos na área da investigação para formular prioridades e melhorar a eficiência das medidas no sentido de se conceber e implementar a investigação e garantir o impacto dos resultados.

38. **Monitorizar os progressos para a consecução das metas:** A OMS recomenda que os países utilizem os seguintes indicadores operacionais prioritários: adopção de novos meios de diagnóstico e de novos medicamentos, cobertura de tratamento, taxa de êxito do tratamento da TB, cobertura de tratamento preventivo e agregados familiares afectados pela TB que enfrentam despesas catastróficas. O anexo 2 apresenta o conjunto completo de indicadores.

39. Este quadro operacional propõe intervenções estratégicas para nortear os países na implementação da Estratégia para Pôr Fim à TB. Convida-se o Comité Regional a apreciar o quadro de implementação desta estratégia e a aprovar as medidas propostas.

ANEXO 1: A ESTRATÉGIA MUNDIAL PARA PÔR FIM À TB EM LINHAS GERAIS¹⁴

VISÃO	UM MUNDO LIVRE DA TUBERCULOSE – sem óbitos, sem doença e sem sofrimento devido à tuberculose			
OBJECTIVO	PÔR FIM À EPIDEMIA MUNDIAL DA TUBERCULOSE			
INDICADORES	MARCOS		METAS	
	2020	2025	2030*	2035
Redução do número de óbitos por TB, em comparação com 2015 (%)	35%	75%	90%	95%
Redução da taxa de incidência da TB, em comparação com 2015 (%)	20% (<85/100 000)	50% (<55/100 000)	80% (<20/100 000)	90% (<10/100 000)
Famílias afectadas pela TB que enfrentam despesas catastróficas devido à doença (%)	0	0	0	0
PRINCÍPIOS				
<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Tutela e responsabilização do governo, com monitorização e avaliação</i> 2. <i>Coligação robusta com as organizações da sociedade civil e as comunidades</i> 3. <i>Protecção e promoção dos direitos humanos, da ética e da equidade</i> 4. <i>Adaptação da estratégia e das metas a nível nacional, com colaboração a nível mundial</i> 				
PILARES E COMPONENTES				
<p>1. PREVENÇÃO E CUIDADOS INTEGRADOS E CENTRADOS NO DOENTE</p> <p>A. Diagnóstico precoce da tuberculose, incluindo o teste universal de sensibilidade aos medicamentos e o rastreio sistemático dos contactos e dos grupos de alto risco</p> <p>B. Tratamento de todas as pessoas com tuberculose, inclusive a tuberculose resistente aos medicamentos, e prestação de apoio aos doentes</p> <p>C. Actividades de colaboração tuberculose/VIH e gestão das comorbilidades</p> <p>D. Tratamento preventivo das pessoas em alto risco e vacinação contra a tuberculose</p>				
<p>2. POLÍTICAS AMBICIOSAS E SISTEMAS DE APOIO</p> <p>A. Empenho político com recursos adequados para os cuidados e para a prevenção da tuberculose</p> <p>B. Envolvimento das comunidades, organizações da sociedade civil e dos prestadores privados de cuidados de saúde</p> <p>C. Política de cobertura universal de saúde e quadros reguladores para a notificação de casos, registos vitais, qualidade e uso racional dos medicamentos, e controlo da infecção</p> <p>D. Protecção social, redução da pobreza e actuação sobre os demais determinantes da tuberculose</p>				
<p>3. INVESTIGAÇÃO E INOVAÇÃO REFORÇADAS</p> <p>A. Descoberta, desenvolvimento e rápida adopção de novos instrumentos, intervenções e estratégias,</p> <p>B. Investigação para otimizar a implementação e o impacto, e promover a inovação</p>				

¹⁴ WHO_HTM_2015, End TB strategy.

ANEXO 2: INDICADORES E METAS OPERACIONAIS PARA MONITORIZAR A IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA PARA PÔR FIM À TB ATÉ 2020

	Indicador	Nível da meta	Principal justificação para fazer parte dos primeiros dez indicadores
1	Cobertura de tratamento da TB <i>Número de novos casos e recidivas que foram notificados e tratados, a dividir pelo número estimado de incidências de TB no mesmo ano, expresso em percentagem.</i>	≥85%	Os cuidados de alta qualidade para a TB são essenciais para evitar o sofrimento e a morte causados pela doença, e para interromper a transmissão. A elevada taxa de cobertura com tratamento adequado é um requisito fundamental para se alcançar os marcos e as metas da Estratégia para Pôr Fim à TB. Em conjunto, será provável que estes 2 indicadores possam ser usados para acompanhar os progressos no sentido da cobertura universal de saúde, no contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável pós-2015.
2	Taxa de êxito do tratamento da TB <i>Percentagem de doentes notificados com TB que foram tratados com êxito. A meta é para o valor combinado da TB susceptível aos medicamentos e da TB resistente aos medicamentos, embora os resultados possam ser indicados em separados.</i>	≥87%	
3	Percentagem dos agregados familiares afectados pela TB que enfrentam despesas catastróficas devido à doença <i>Número de pessoas tratadas para a TB (e os seus agregados familiares) que incorrem em despesas catastróficas (directas e indirectas), a dividir pelo total de pessoas tratadas para a TB.</i>	0%	Um dos três indicadores de alto nível da Estratégia para Pôr Fim à TB; um marcador essencial da protecção contra o risco financeiro (um dos dois elementos-chave da cobertura universal de saúde) e para a protecção social dos agregados familiares afectados pela TB.
4	Percentagem de novos doentes de TB notificados que foram diagnosticados com os testes rápidos da OMS <i>Número de novos doentes de TB notificados, diagnosticados através de testes rápidos recomendados pela OMS, a dividir pelo total de novos doentes de TB notificados.</i>	≥70%	O diagnóstico correcto é um componente fundamental dos cuidados para a TB. Os testes rápidos ajudam a assegurar a detecção precoce e o tratamento imediato.

	Indicador	Nível da meta	Principal justificação para fazer parte dos primeiros dez indicadores
5	Cobertura de tratamento da TB de infecção latente (LTBI) <i>Soma do número de pessoas que vivem com o VIH e que começaram recentemente a receber tratamento para o VIH, com o número de crianças que são contactos de casos que iniciaram o tratamento da LTBI, a dividir pelo número de pessoas elegíveis para o tratamento, expresso em percentagem.</i>	≥80%	O tratamento da LTBI é a principal intervenção de tratamento disponível para prevenir o desenvolvimento de TB activa nos doentes já infectados com <i>M. tuberculosis</i> .
6	Cobertura da investigação de contactos <i>Número de contactos de pessoas com casos confirmados de TB bacteriológica e que foram investigados para a TB, a dividir pelo número de pessoas elegíveis, expresso em percentagem.</i>	≥80%	A localização de contactos é um componente essencial da prevenção da TB, sobretudo nas crianças.
7	Cobertura de TSM para os doentes de TB <i>Número de doentes com resultado de TSM, a dividir pelo número de casos notificados no mesmo ano, expresso em percentagem. A cobertura de TSM inclui os resultados de TSM molecular (p. ex., Xpert MTB/RIF) assim como resultados de TSM fenotípica convencional.</i>	80%	O teste de sensibilidade aos medicamentos é essencial para se prestar o tratamento adequado a cada pessoa diagnosticada com TB.
8	Cobertura de tratamento com novos medicamentos contra a TB <i>Número de doentes de TB tratados com regimes que incluem novos medicamentos contra a TB (aprovados depois de 2010), a dividir pelo número de doentes elegíveis para o tratamento com novos medicamentos contra a TB, expresso em percentagem.</i>	≥80%	Um indicador pertinente para monitorizar a adopção de inovações em todos os países. <i>NB: são precisos indicadores a nível mundial, embora não sejam adequados para monitorizar os progressos em todos os países.</i>
9	Documentação do estado serológico para o VIH dos doentes com TB <i>Número de novos casos e de doentes com recidiva de TB, com estado serológico documentado para o VIH, a dividir pelo número de novos casos e de doentes com recidiva de TB notificados no mesmo ano, expresso em percentagem.</i>	90%	Um dos principais indicadores utilizados a nível mundial para monitorizar as actividades de colaboração TB/VIH. É essencial que o estado serológico para o VIH esteja documentado para prestar os melhores cuidados possíveis aos doentes com TB e seropositivos para o VIH, incluindo a TAR.
10	Taxa de letalidade (CFR) <i>Número de óbitos por TB (de um sistema nacional de registos vitais), a dividir pelo número estimado de casos incidentes no mesmo ano.</i>	≤6%	Este é um indicador essencial para monitorizar os progressos no sentido da consecução dos marcos para 2020 e 2025. É necessária uma taxa de letalidade de 6% para se alcançar o marco a nível mundial para 2025, de redução do número de óbitos e de casos de TB.