



Organização
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL PARA A África

AFR/RC68/INF.DOC/8
30 de Agosto de 2018

COMITÉ REGIONAL PARA A ÁFRICA

ORIGINAL: INGLÊS

Sexagésima oitava sessão
Dacar, República do Senegal, 27 a 31 de Agosto de 2018

Ponto 19.8 da ordem do dia

**RELATÓRIO DOS PROGRESSOS NO QUADRO DE IMPLEMENTAÇÃO DA
“ESTRATÉGIA PARA PÔR FIM À TUBERCULOSE” NA REGIÃO AFRICANA 2016-2020**

Documento de Informação

ÍNDICE

	Parágrafos
ANTECEDENTES	1-3
PROGRESSOS REALIZADOS	4-9
ETAPAS SEGUINTEs	10-12

ANTECEDENTES

1. Devido à importância da epidemia da tuberculose, acabar com a mesma é uma das metas dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).¹ Pela sua parte, a sexagésima sétima Assembleia Mundial da Saúde² adoptou, em Maio de 2014, a “Estratégia Mundial para Pôr Fim à Tuberculose”, cujo objectivo é operacionalizar a meta dos ODS de pôr fim à epidemia da tuberculose.
2. A nível regional, a sexagésima sexta sessão do Comité Regional adoptou um quadro para a implementação da “Estratégia para Pôr Fim à Tuberculose” na Região Africana³ que solicitou aos Estados-Membros que desenvolvessem meios de diagnóstico e de tratamento da tuberculose, e que combatessem todas as formas de tuberculose, incluindo a tuberculose resistente a medicamentos, assim como a tuberculose infantil. Também solicitou um aumento das intervenções contra as co-infecções de tuberculose/VIH; a criação de sistemas de saúde resistentes com vista à cobertura universal de saúde (ODS); e a melhoria dos determinantes sociais da tuberculose.
3. O Comité Regional solicitou à Directora Regional que apresentasse relatórios periódicos sobre os progressos da implementação do quadro. Este é o primeiro desses relatórios e baseia-se em grande medida nos Relatórios Mundiais da OMS sobre a Tuberculose de 2016⁴ e 2017⁵, ambos resultantes de uma base de dados mundial de tuberculose criada com os dados fornecidos pelos países.

PROGRESSOS REALIZADOS

4. No final de Dezembro de 2017, todos os Estados-Membros tinham adoptado a Estratégia para Pôr Fim à Tuberculose. Foram realizadas duas acções de formação de adaptação da estratégia para participantes de 35 Estados-Membros, para orientá-los relativamente aos elementos das estratégias mundial e regional. Foram feitas revisões detalhadas do programa em 17 Estados-Membros (oito⁶ em 2016 e nove⁷ em 2017) para servir de base ao alinhamento dos planos estratégicos nacionais com as estratégias mundial e regional. As acções de formação e revisões mostraram que apesar dos importantes desafios dos sistemas de saúde, todos os Estados-Membros tinham aceiteado os principais aspectos programáticos dos quadros.
5. Na área dos meios de diagnósticos, as políticas laboratoriais de diagnóstico da tuberculose estão a ser actualizadas com vista à adopção dos testes moleculares como um meio de diagnóstico de primeira linha para novos casos de tuberculose na maior parte dos Estados-Membros, assim como para casos previamente tratados. Todos os 47 Estados-Membros, à excepção de sete⁸, começaram a usar a tecnologia de teste rápido Xpert desde que esta foi introduzida em 2010, enquanto a tecnologia de Ensaio de Sonda Linear (LPA) para detectar a resistência a medicamentos contra a tuberculose de primeira e segunda linha está agora disponível em 59 e 22 laboratórios, respectivamente. Antes disto,

¹ Resolution A/RES/70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Seventieth Session of the General Assembly, 25 September 2015.

² Resolution WHA67.1. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. In Resolutions and Decisions of the Sixty-seventh World Health Assembly, Geneva, 19-24 May 2014. Document WHA67.1/2014/REC/1.

³ OMS, Quadro de Implementação da “Estratégia para Pôr Fim à Tuberculose” na Região Africana (Documento AFR/RC66/10). *Em: sexagésima sexta sessão do Comité Regional da OMS para a África, Adis Abeba, Etiópia, 19 a 23 de Agosto de 2016.* Brazzaville, Congo, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África, 2016.

⁴ Relatório Mundial da Tuberculose 2016, OMS/HTM/TB/2016.13.

⁵ Relatório Mundial da Tuberculose 2017, OMS/HTM/TB/2017.23.

⁶ Burquina Faso, Camarões, Namíbia, Níger, República Democrática do Congo, Ruanda, Zâmbia e Zimbabwe.

⁷ Botsuana, Camarões, Chade, eSwatini, Etiópia, Guiné-Bissau, Lesoto, Madagáscar e Quênia.

⁸ Relatório Mundial da Tuberculose 2017, OMS/HTM/TB/2017.23.

os testes de segunda linha estavam apenas disponíveis em três laboratórios supranacional na Região (Argélia, Kampala e África do Sul).

6. Trinta e sete dos 47 Estados-Membros possuem agora a capacidade de realizar culturas convencionais de tuberculose, 31 dos quais possuem também a capacidade de realizar testes de susceptibilidade a medicamentos. Esta situação contrasta com 23 e 13 Estados-Membros, respectivamente, anteriormente a 2015. Para além disso, em 2017, o Laboratório Nacional de Referência da Tuberculose do Benim tornou-se um Laboratório Supranacional de Referência da Tuberculose (LSRT), passando a existir quatro desses laboratórios na Região, entre 32 a nível mundial.

7. Na área dos tratamentos e dos cuidados, foi lançado um Quadro Regional para o Controlo da Tuberculose Infantil, tendo a sua implementação sido activamente promovida através de uma acção de formação para todos os 16 Estados-Membros com fardos elevados de tuberculose na Região, de modo a desenvolver roteiros para a adaptação e implementação nacionais. Para além disso, no final de 2017, oitenta e oito por cento dos doentes com tuberculose que viviam com VIH tinham acesso a terapêutica anti-retroviral, com as coberturas mais elevadas de todas as regiões da OMS. Foi prestado apoio técnico a 42 Estados-Membros⁹ para intensificarem a gestão programática da tuberculose resistente aos medicamentos (PMDT), resultando na formulação de planos de expansão da PMDT e o financiamento novo ou continuado da PMDT foi facilitado a partir do Fundo Mundial e de outros doadores. Dezassete¹⁰ e oito¹¹ Estados-Membros, respectivamente, receberam apoio para incorporar novos medicamentos, nomeadamente Bedaquilina e Delamanida, nas suas orientações de tratamento, e vinte e três Estados-Membros¹² introduziram tratamentos mais curtos de TB-MR, enquanto outros onze¹³ encontravam-se em várias etapas de planeamento.

8. Na área da investigação, dez Estados-Membros¹⁴ realizaram Inquéritos de Resistência a Medicamentos (IRM) contra a tuberculose, que revelaram, em geral, níveis de 2% ou menos de TB-MR nos novos casos de tuberculose e aproximadamente 10-13% nos casos previamente tratados. O Quênia, o Uganda e o Zimbabue finalizaram inquéritos nacionais de prevalência da tuberculose que mostraram, em geral, duas vezes ou mais casos de tuberculose que previamente estimados. A Namíbia e África do Sul iniciaram inquéritos nacionais de prevalência, enquanto o Botsuana, eSwatini, Lesoto e Moçambique finalizaram os protocolos para inquéritos semelhantes. Gana, Quênia, Moçambique, Nigéria, Uganda e África do Sul receberam apoio para realizarem inquéritos de custos a doentes com tuberculose, para servir de base a políticas sobre a protecção social no contexto da cobertura universal de saúde (CUS). As conclusões preliminares de alguns destes inquéritos já estão a indicar níveis elevados de custos catastróficos de despesas directas e indirectas associadas aos serviços para a tuberculose.

⁹ Angola, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, eSwatini, Etiópia (2), Gabão (2), Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Quênia (2), República Centro-Africana, República Democrática do Congo (2), República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe (2), Senegal, Uganda, Zimbabue e Togo.

¹⁰ Benim, Camarões, Côte d'Ivoire, eSwatini, Etiópia, Guiné, Lesoto, Libéria, Mali, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Uganda e Zimbabue.

¹¹ África do Sul, Camarões, Côte d'Ivoire, eSwatini, Mali, Moçambique, Nigéria e Quênia.

¹² Benim, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Congo, eSwatini, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Mali, Mauritânia, Namíbia, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana (RCA), República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Uganda e Zimbabue.

¹³ Argélia, Botsuana, Congo, Gabão, Gâmbia, Libéria, Madagáscar, Malawi, Moçambique, Serra Leoa e Togo.

¹⁴ África do Sul, Burquina Faso, Côte d'Ivoire, eSwatini, Etiópia, Gana, Namíbia, Quênia, Uganda e Zimbabue.

9. Apesar dos progressos realizados, a Região tem uma responsabilidade desproporcional no fardo mundial de tuberculose relativamente à sua população. Dezasseis dos trinta países a nível mundial com um fardo elevado de tuberculose encontram-se na Região. A taxa actual de declínio na incidência e nos óbitos devido à tuberculose permanece demasiado longe das metas para 2030. Inquéritos recentes de prevalência mostram que apenas metade dos casos existentes estão a ser detectados; as formas de tuberculose resistentes a medicamentos estão a disseminar-se; e o financiamento para o controlo da tuberculose é francamente inadequado, especialmente de fontes internas.

ETAPAS SEGUINTE

10. Os Estados-Membros deverão:

- a) Desenvolver o acesso a meios de diagnóstico, tratamento e cuidados para a tuberculose centrados no doente através de programas com vista à cobertura universal de saúde.
- b) Adotar tecnologias de diagnóstico com boa relação custo-eficácia e introduzir novos medicamentos e regimes de tratamento.
- c) Identificar as principais populações e introduzir a detecção intensificada de casos-alvo.
- d) Acabar com as falhas em termos de tratamento e meios de diagnóstico da tuberculose resistente a medicamentos ao colocar em tratamento todos os casos confirmados.
- e) Aumentar significativamente o financiamento interno das actividades de controlo da tuberculose, especialmente para medicamentos e reagentes laboratoriais contra a tuberculose.

11. A OMS deve:

- a) Continuar a apoiar a revisão e a actualização dos planos nacionais a médio prazo com vista às políticas e metas dos ODS e da Estratégia para Pôr Fim à Tuberculose.
- b) Apoiar os Estados-Membros na quantificação do fardo das doenças e na monitorização dos progressos com vista às metas definidas.
- c) Trabalhar com outros parceiros para apoiar a mobilização de recursos adicionais para o controlo da tuberculose nos Estados-Membros.

12. O Comité Regional tomou nota deste relatório de progressos e adoptou as etapas seguintes.
