



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO

COMITÉ REGIONAL AFRICANO

AFR/RC55/11  
17 de Junho de 2005

Quinquagésima-quinta sessão  
Maputo, Moçambique, 22-26 de Agosto de 2005

ORIGINAL: INGLÊS

Ponto 8.5 da ordem do dia provisória

**CONTROLO DA TRIPANOSSOMÍASE HUMANA AFRICANA:  
ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA**

**Relatório do Director Regional**

**RESUMO**

1. A tripanossomíase humana africana (HAT) é causada por tripanossomas transmitidos pela mosca *tsé-tsé*. A tripanossomíase humana africana é a única doença parasitária transmitida por vector cuja distribuição geográfica está confinada ao continente africano. As populações do grupo etário entre os 15-45 anos que vivem em zonas rurais remotas são as mais afectadas, o que provoca prejuízos económicos e miséria social.
2. No início da década de 60, a prevalência da tripanossomíase humana africana estava reduzida a níveis muito baixos (taxa de prevalência inferior a 1 caso por 10.000 habitantes). Infelizmente as crises económicas, conflitos políticos e mudanças de prioridades nas políticas nacionais resultaram na afectação de poucos recursos ao sector da saúde. Como consequência, a detecção activa de casos foi reduzida ou abandonada e os medicamentos para o tratamento muitas vezes não estavam disponíveis.
3. Nas Décadas de 80 e 90, houve progressos notáveis na elaboração ou aperfeiçoamento de instrumentos epidemiológicos utilizáveis na luta contra a tripanossomíase humana africana; no entanto, eles não foram suficientemente usados no campo. Tudo isso levou ao ressurgimento da doença em zonas onde ela antes estava sob controlo, atingindo em alguns casos nível epidémico. Segundo as estimativas da OMS, o número dos indivíduos infectados oscila entre 300.000 e 500.000.
4. A estratégia regional proposta para o controlo da tripanossomíase humana africana visa eliminar a doença enquanto problema de saúde pública, até 2015. Para atingir as metas definidas, a estratégia propõe uma abordagem integrada que consiste na vigilância epidemiológica contínua das populações em risco, na detecção passiva e activa de casos e no seu tratamento, na redução dos reservatórios animais por meio de tratamento selectivo ou em massa do gado, e na luta anti-vectorial intensiva da mosca *tsé-tsé* nas zonas com níveis elevados de endemia ou de epidemia.
5. A implementação desta estratégia deverá reduzir a morbidade e mortalidade devidas à tripanossomíase humana africana e melhorar o nível económico e social das populações afectadas. A estratégia é portanto submetida ao Comité Regional para análise e aprovação.

## ÍNDICE

	<i>Parágrafos</i>
INTRODUÇÃO .....	1-3
ANÁLISE DA SITUAÇÃO .....	4-13
A ESTRATÉGIA .....	14-27
INTERVENÇÕES PRIORITÁRIAS .....	28-33
PAPÉIS E RESPONSABILIDADES .....	34-42
MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO .....	43
CONCLUSÃO .....	44-47

## INTRODUÇÃO

1. A tripanossomíase humana africana (HAT), geralmente conhecida por “doença do sono”, é causada por tripanossomas transmitidos pela mosca *tsé-tsé*. A doença foi assinalada há séculos. A tripanossomíase humana africana é a única doença parasitária transmitida por vector cuja distribuição geográfica está confinada ao continente africano. Registaram-se três epidemias graves: uma no fim do Século XIX, a segunda nos anos 1920 e a terceira desde os anos 70 até ao presente.

2. A doença evolui-se em duas fases, às quais se segue um período assintomático de várias semanas ou meses. A fase inicial caracteriza-se normalmente por sintomas idênticos aos do paludismo, incluindo, fadiga, dor de cabeça, febre recorrente e inchaço dos nódulos linfáticos. Nas fases avançadas, a doença afecta o sistema nervoso central, causando graves perturbações neurológicas e mentais e deixando os pacientes na dependência de outrem. Os indivíduos infectados ficam debilitados, às vezes por muitos anos, o que causa perdas económicas, pobreza e miséria social. Quando não tratada, a tripanossomíase humana africana é absolutamente fatal.

3. A tripanossomíase humana africana representa um grave problema de saúde pública na Região Africana. Dada a reemergência da tripanossomíase, tanto humana como animal, o seu potencial epidémico, a taxa elevada de mortalidade e o seu impacto negativo no desenvolvimento sócio-económico, muitos países solicitaram à OMS um apoio mais activo para o controlo desta doença. Os objectivos da estratégia proposta são, a médio-prazo, controlar a intensidade da transmissão nos países com nível endémico ou epidémico e, a longo-prazo, eliminar a doença.

## ANÁLISE DA SITUAÇÃO

4. Durante o Século XIX, a tripanossomíase humana africana foi um grave problema de saúde pública. Actualmente, existem mais de 250 focos activos no interior da “cintura da mosca *tsé-tsé*” na África Subsariana, abrangendo sobretudo países da Região Africana da OMS e o Sudão. Nessa zona, a doença do sono ameaça mais de 60 milhões de pessoas. Das populações em risco, só menos de 10% estão presentemente sob vigilância. Nos anos recentes foram notificados em média cerca de 45.000 casos anuais, mas as estimativas da OMS revelam que existem entre 300.000 e 500.000 indivíduos infectados.<sup>1</sup>

5. Desconhece-se o número real dos países endémicos. Foi reportado que a tripanossomíase humana africana é endémica em 35 países da Região Africana, mas com vários níveis de endemicidade<sup>2</sup> (ver Figura 1). Os países classificam-se em: a) sem endemicidade, se não houve casos notificados nos últimos 5 anos ou mais; b) com endemicidade desconhecida (0–25 novos casos por ano); c) com endemicidade reduzida (26–

---

<sup>1</sup> OMS, Controlo e vigilância da tripanossomíase africana. Relatório de uma comissão de peritos da OMS. Série de relatórios técnicos da OMS, Genebra, Organização Mundial de Saúde 1998.

<sup>2</sup> Pépin J, Meda AH, Epidemiologia e controlo da tripanossomíase humana africana, *Progressos em Parasitologia*, 49, 71–132, 2001.



recomendação foi posteriormente aprovada pelas Resoluções WHA36.31, WHA50.36 e WHA57.2 da Assembleia Mundial da Saúde.

10. A doença ficou sob controlo no início da Década de 60, quando a sua prevalência foi drasticamente reduzida para níveis muito baixos (menos de 1 caso por 10.000 habitantes). Para tal, recorreu-se à detecção activa de casos consistindo na punção ganglionar para o exame do suco linfático, ao tratamento com medicamentos tóxicos e na luta anti-vectorial, tendo-se utilizado equipas móveis.

11. Infelizmente, não foi possível sustentar estes resultados de sucesso. A vigilância regular e sistemática, que é a pedra angular do controlo da tripanossomíase humana africana, foi abandonada devido à falta cada vez maior de pessoal qualificado. A deslocação de populações na sequência de perturbações políticas e crises económicas, bem como as mudanças de prioridades nas políticas nacionais, resultaram na afectação de menos recursos ao sector da saúde pública. Uma percentagem substancial dos habitantes nos focos da endemia deixaram de participar nas actividades de despistagem. Isso reduziu grandemente a detecção activa de casos e, com frequência, os medicamentos para o tratamento não estavam disponíveis. Todos estes factores contribuíram para a reemergência da doença, até níveis epidémicos.

12. Em alguns países os esforços de controlo foram retomados, mas a situação continuou a piorar. No presente, o controlo da tripanossomíase humana africana na Região depara-se com uma série de obstáculos e desafios: insuficiente dotação financeira, grave carência de pessoal especializado, infra-estruturas sanitárias inadequadas, processos de diagnóstico e tratamento difíceis de implementar a nível periférico, graves efeitos secundários da medicação, resistência crescente aos medicamentos, falta de consciencialização e de participação da comunidade nas actividades de controlo, focos da doença distantes e falta de uma acção multisectorial coordenada para implementar os programas de controlo da doença.

13. Existem fortes factores favoráveis ao controlo da tripanossomíase humana africana. Nos países afectados, há uma forte vontade política e empenhamento no controlo da tripanossomíase humana africana. O sector privado, incluindo as companhias farmacêuticas e a comunidade internacional têm expressado a vontade de apoiar o controlo das doenças negligenciadas, incluindo a tripanossomíase humana africana. Novos utensílios foram criados para o diagnóstico e controlo vertical os quais facilitam a implementação de actividades de controlo.

## **A ESTRATÉGIA**

14. O sucesso do controlo da tripanossomíase humana africana na Região Africana dependerá destes princípios orientadores:

- a) formulação, adopção e implementação de uma política nacional para o controlo da tripanossomíase humana africana em todos os países afectados;
- b) apropriação dos programas de controlo, por parte dos governos e comunidades dos países com endemia;
- c) coordenação dos intervenientes, por parte dos programas nacionais de controlo;

- d) sustentabilidade das actividades dos programas de controlo.

15. A meta da estratégia da tripanossomíase humana africana é reduzir a morbilidade e mortalidade devidas à doença do sono na Região Africana. O objectivo principal é apoiar os governos na concepção de planos e programas de controlo da tripanossomíase humana africana.

16. Os objectivos específicos são:

- a) reforçar as capacidades para planear, implementar, monitorizar e avaliar os programas nacionais de controlo da tripanossomíase humana africana;
- b) efectuar estudos de prevalência da tripanossomíase humana africana, bem como monitorizar e avaliar os respectivos programas de controlo;
- c) promover e coodenar a participação dos sectores público e privado no controlo da tripanossomíase humana africana;
- d) promover a investigação operacional, enquanto mecanismo para identificar e resolver problemas derivados da implementação dos programas nacionais de controlo da tripanossomíase humana africana.

17. As metas da estratégia nacional são as seguintes:

- a) até 2007, pelo menos 80% dos países da Região Africana com endemia terão formulado políticas e programas nacionais de controlo da tripanossomíase humana africana;
- b) até 2008, pelo menos 60% dos países da Região Africana com endemia terão colocado no terreno pessoal qualificado, em número suficiente para a implementação dos programas nacionais de controlo;
- c) até 2010, pelo menos 35% dos países da Região Africana com endemia terão uma taxa de prevalência de um ou menos casos por 10.000 habitantes;
- d) até 2012, terão sido implementadas nas zonas com epidemia e endemia elevadas (taxas de prevalência iguais ou superiores a 1%) intervenções orientadas para a luta anti-vectorial;
- e) até 2015, todos os países que se sabe terem endemia terão uma taxa de prevalência inferior a um caso por 10.000 pessoas em risco.

18. Tendo em conta a diversidade de condições nos vários focos, esta estratégia deverá ser adaptada às condições locais. A rápida redução do reservatório de parasitas nos seres humanos é a pedra angular do controlo da tripanossomíase humana africana, enquanto que a redução dos reservatórios animais desempenha um importante papel complementar no controlo da tripanossomíase animal. Para alcançar os objectivos fixados, deverão ser implementadas várias intervenções, nomeadamente: reforço das capacidades, detecção e tratamento dos casos, luta anti- vectorial, controlo do reservatório animal, vigilância, promoção da saúde, advocacia e investigação operacional.

19. O reforço da capacidade para combater a tripanossomíase humana africana deve ser encarado como um assunto urgente, dando-se prioridade à formação de profissionais dos países. Os centros de despistagem e tratamento devem ser convenientemente equipados, instituindo-se a sua supervisão e reforçando-lhes as capacidades.

20. Deve-se proceder à detecção e tratamento dos casos pelo menos uma vez por ano em cada foco, em especial nas zonas com epidemia ou endemia elevadas, para assegurar uma rápida redução do reservatório de parasitas nos seres humanos. Essas actividades devem incluir a criação e equipamento de centros de diagnóstico e tratamento; criação, equipamento e dotação com pessoal de equipas móveis a nível distrital; garantia de disponibilidade de medicamentos a nível distrital; seguimento dos suspeitos serológicos e localização dos pacientes após o tratamento.

21. A tecnologia a usar na luta anti-vectorial da mosca *tsé-tsé* deve ser definida por cada país. Pode-se optar por uma luta orientada para a mosca *tsé-tsé* depois de uma avaliação epidemiológica da doença e do vector, porventura escolhendo armadilhas para a mosca *tsé-tsé* com boa relação custo-eficácia.

22. A participação comunitária deve ser estimulada, para efeitos de sustentabilidade e minimização dos custos. O fabrico local de armadilhas para a mosca *tsé-tsé*, por exemplo, pode promover a apropriação do programa pela comunidade.

23. O reforço do controlo do reservatório animal exige colaboração intersectorial. Assim, todos os sectores devem colaborar, desde a fase de planeamento até a fase de implementação, no controlo do reservatório animal, tanto para a tripanossomíase animal como para a humana. O tratamento do gado em zonas onde foi detectado *T.b. rhodesiense* reduzirá o reservatório humano. Poderá ser um tratamento selectivo (após diagnóstico) ou abrangente (tratar todo o gado). Os fazendeiros devem ser sensibilizados e mobilizados para que apresentem os seus animais ao exame e ao tratamento. Não é claro qual é o papel que cabe aos animais no *T.b. gambiense*; por isso, o tratamento do gado em zonas com endemia deve passar por uma avaliação.

24. Dever-se-ão fazer esforços para a recolha de dados sobre a tripanossomíase humana africana usando uma abordagem de vigilância integrada da doença. Devem ser instalados sítios sentinelas, usando-se os dados recolhidos para elaborar mapas da distribuição da doença, monitorizar as suas tendências e a resistência aos medicamentos; devem-se criar bancos de dados sobre a tripanossomíase humana africana nos níveis de decisão e de planeamento, de preparação e resposta às epidemias e de notificação dos casos. Outras actividades incluirão o desenvolvimento da recolha de dados e de instrumentos de gestão (como o TRYDATA) e a promoção de vigilância trans-fronteiriça, por meio da partilha de informações e de reuniões.

25. A promoção da saúde deve ser implementada no contexto da estratégia regional de promoção da saúde. Os conhecimentos de indivíduos e comunidades sobre a tripanossomíase humana africana podem aumentar graças à educação sanitária e a iniciativas de informação-educação-comunicação. A tripanossomíase humana africana pode ser uma componente dos

pacotes nacionais de educação sanitária e de outros programas de controlo de doenças. A mobilização social pode reforçar a acção comunitária. Os programas nacionais deveriam ser estimulados a formar parcerias com a comunicação social, para divulgação de informações sobre a tripanossomiase humana africana e o seu controlo.

26. A advocacia deverá preocupar-se com mobilização de recursos a nível nacional e internacional para a implementação dos programas nacionais. Os governos deverão ser estimulados a afectar fundos às intervenções de luta contra a tripanossomiase humana africana, para lhes garantir sustentabilidade. A advocacia também é fundamental para celebrar parcerias entre os sectores público e privado.

27. O Escritório Regional deverá apoiar a investigação operacional, em colaboração com o Programa Especial da OMS de Investigação e Formação em Doenças Tropicais, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e o Banco Mundial. Os temas da investigação devem resultar da implementação dos programas nacionais de controlo da tripanossomiase humana africana e incluir a falência dos tratamentos; recaídas; ensaios clínicos de combinações de medicamentos; métodos rápidos de mapeamento; fardo sócio-económico da doença; e conhecimentos, atitudes e práticas das comunidades. Deverão preparar-se reuniões para definir a prioridade dos tópicos, analisar as descobertas e reforçar a colaboração entre as actividades de investigação e de controlo.

### **INTERVENÇÕES PRIORITÁRIAS**

28. As intervenções prioritárias incluirão o mapa da distribuição da doença, detecção e tratamento de casos, criação de um sistema de vigilância e o controlo dos reservatórios animais e dos vectores. O ponto de partida para o controlo da tripanossomiase humana africana é a avaliação da situação da doença, a qual resultará dos mapas e da delimitação dos focos onde a doença prevalece, possibilitando um melhor planeamento das intervenções de controlo.

29. A detecção dos casos será passiva e activa. A detecção é passiva quando os pacientes procuram intervenções médicas por iniciativa própria. Ela é activa quando baseada nos inquéritos clínicos no campo. As intervenções devem privilegiar a detecção activa dos casos, especialmente nas zonas de epidemia e endemia elevadas; o seu tratamento adequado à base de medicamentos específicos, disponíveis nos centros de tratamento próximos da residência dos pacientes; formação adequada dos profissionais da saúde; e seguimento dos pacientes por um período de 18 meses.

30. O controlo da tripanossomiase humana africana tem tido, e continuará a ter, na base, a vigilância activa e passiva das populações em risco e o tratamento dos casos detectados, a par de intervenções de controlo do vector nas zonas onde a doença é hiper-endémica e epidémica. A incapacidade de manter a vigilância resultará no ressurgimento da doença e em epidemias que aumentarão substancialmente a morbidade e mortalidade, exigindo medidas de controlo dispendiosas.

31. É importante proceder ao tratamento selectivo ou de massa, para minimizar os hospedeiros do reservatório animal (especialmente no caso de *T.b. rhodesiense*). Isso implica sobretudo o tratamento do gado nas zonas com endemia.

32. Nos focos com endemia elevada, a detecção dos casos deve ser associada com a luta anti-vectorial da mosca *tsé-tsé*, para se conseguir um controlo mais rápido e eficaz. Os ministérios da pecuária e da agricultura devem participar nas actividades da luta anti-vectorial. As armadilhas para a mosca *tsé-tsé* são eficazes, simples, pró ambiental e preferíveis à pulverização com insecticida. Também se pode recorrer à aplicação de insecticida nos bebedouros do gado. Estes métodos devem implicar a participação comunitária.

33. A técnica de esterilização dos insectos ainda levanta uma série de problemas técnicos, financeiros e logísticos. Por isso, ainda não é recomendável em situações de epidemias.

## **PAPÉIS E RESPONSABILIDADES**

### **Papéis dos países**

34. A nível nacional, os ministérios da saúde deverão desenvolver as políticas da tripanossomíase humana africana, os seus planos e os quadros de implementação. Estes documentos serão a base de todo o apoio dos parceiros e garantirão actividades de controlo uniformes e parcerias sólidas.

35. Os distritos serão responsáveis pelo planeamento, implementação, supervisão, monitorização e avaliação das actividades de controlo da tripanossomíase humana africana nos países. As comunidades devem participar, responsabilizando-se desse modo face aos programas de controlo da tripanossomíase humana africana; devem ser envolvidas desde a fase de concepção.

36. Em cada país, deve ser nomeado um director do programa nacional da tripanossomíase humana africana. Devem ser criados grupos de trabalho multidisciplinares e comissões para a luta contra a tripanossomíase humana africana em todos os níveis, para garantir a coordenação intersectorial.

37. O diagnóstico e o tratamento serão descentralizados, de tal modo que cada distrito afectado participará no controlo da doença. A luta anti-vectorial será integrada em outras actividades de controlo, sempre que conveniente.

38. A coordenação assegurará a standardização e uniformidade das actividades, enquanto que a colaboração procurará criar parcerias sólidas em todos os níveis. A colaboração interministerial garantirá a promoção da luta anti-vectorial da mosca *tsé-tsé* e do tratamento dos reservatórios animais.

39. Os ministérios da saúde serão responsáveis pela mobilização de recursos para o programa e pela sua coordenação geral, supervisão, monitorização e avaliação. Darão assistência técnica aos distritos e promoverão parcerias dos sectores público e privado.

40. O sector público colaborará com o privado e os organismos internacionais para garantir a disponibilidade dos produtos e tecnologias para o controlo da tripanossomiase humana africana. Segundo as respectivas vantagens comparativas, as organizações não-governamentais apoiarão os programas nacionais e trabalharão em estreita colaboração com eles. Os parceiros contribuirão com advocacia, mobilização de recursos e reforço de capacidades.

### **Responsabilidades da OMS**

41. A OMS apoiará a formulação e implementação dos programas nacionais de controlo, por meio de apoio técnico e reforço de capacidades. As equipas interpaíses sediadas nos blocos epidemiológicos serão reforçadas. A OMS promoverá também a ligação desta estratégia a outras estratégias regionais pertinentes, para a gestão integrada do vector, a promoção da saúde e a vigilância integrada das doenças.

42. A OMS colaborará igualmente com outras organizações e projectos internacionais, como a União Africana, FAO, PNUD, Agência Internacional da Energia Atómica e Campanha Pan-Africana de Erradicação da mosca *tsé-tsé* e da Tripanossomiase, para promover o tratamento dos reservatórios animais e a luta anti-vectorial da mosca *tsé-tsé*. A Organização deverá monitorizar e avaliar a estratégia regional e os programas nacionais.

### **MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO**

43. A monitorização e avaliação dos programas nacionais de controlo inclui uma monitorização interna permanente e um exercício externo de revisão e avaliação periódicas. Os progressos e o impacto do programa serão avaliados e reorientados, se necessário. O Escritório Regional da OMS elaborará indicadores fulcrais para a monitorização e avaliação. Os países serão encorajados a adaptar esses indicadores aos seus contextos específicos.

### **CONCLUSÃO**

44. A tripanossomiase humana africana só é endémica em África, onde esta doença assume grande importância para a saúde pública. Actualmente, o continente vê-se confrontado com uma terceira epidemia. As consequências sociais e económicas da doença têm um impacto negativo no desenvolvimento dos países.

45. O controlo da tripanossomiase humana africana exige uma estreita colaboração entre os sectores público e privado e uma forte participação das comunidades e das ONG.

46. A implementação desta estratégia nos países afectados deverá reduzir a morbilidade e mortalidade devidas à tripanossomiase humana africana na Região, eliminando assim a doença, enquanto problema de saúde pública, até 2015.

47. Esta estratégia é submetida ao Comité Regional para análise e aprovação.