



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



42º CONSELHO DIRETOR 52ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., 25 a 29 de setembro de 2000

Tema 4.3 da Agenda Provisória

CD42/7 (Port.)

25 julho 2000

ORIGINAL: INGLÊS

SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS) NAS AMÉRICAS

Este documento é uma versão atualizada do resumo da situação de HIV/AIDS nas Américas apresentado na 126ª Sessão do Comitê Executivo. A vigilância mostra que a epidemia de HIV/AIDS nas Américas consiste de um mosaico de diversas epidemias, todas as quais precisam ser abordadas mais energicamente para prevenir uma epidemia generalizada na Região.

Os dados sobre comportamento indicam que os fatores de risco de infecção pelo HIV estão presentes e bem estabelecidos na Região. Os dados mostram também que, embora as pessoas tenham conhecimento da AIDS, isso não se traduz em ação. É crucial realizar mais estudos vinculando o comportamento humano ao HIV para compreender melhor os riscos associados com a transmissão e controlar a epidemia antes que atinja proporções mais graves.

Solicita-se que o Conselho Diretor examine o documento e apresente comentários para ajudar a Organização a definir e implementar políticas, em particular sobre as seguintes questões: (a) fortalecimento da capacidade dos sistemas de vigilância para explicar melhor a epidemia; (b) fortalecimento da prevenção primária, inclusive estratégias de marketing e comunicação social; (c) melhores respostas à crescente demanda de atendimento para HIV/AIDS, aplicando um enfoque modular, que proporciona uma visão de longo prazo e sustentabilidade aos serviços de saúde; (d) mecanismos regionais para facilitar o acesso a medicamentos, particularmente no tocante à transmissão vertical, de programas de prevenção do HIV.

Após examinar o tema, o Comitê Executivo adotou uma resolução (ver CE126.R5, anexa) para a consideração do Conselho Diretor.

SUMÁRIO

	<i>Página</i>
1. Situação atual da epidemia de HIV/AIDS.....	3
2. Estratégias para melhorar os sistemas de vigilância: vínculo entre vigilância epidemiológica e do comportamento	6
3. Estratégias e benefícios da prevenção primária	6
4. Prevenção da transmissão vertical	8
5. Resposta ao desafio da crescente demanda de atendimento	9
6. Relatório de progresso e perspectivas futuras	10
 Anexo A: Atingir as metas de vigilância mediante redes epidemiológicas: vigilância de segunda geração	
Anexo B: Quadro de Componentes Essenciais	
Anexo C: Resolução CE126.R5	

1. Situação atual da epidemia de HIV/AIDS

A epidemia de HIV/AIDS nas Américas entrou na sua terceira década e continua crescendo constantemente. Atualmente, há cerca de 2,6 milhões de pessoas vivendo com HIV na Região: 1,3 milhão na América Latina, 360.000 no Caribe e cerca de 1 milhão na América do Norte. Essas cifras continuam aumentando e estima-se que entre 600 e 700 pessoas são infectadas pelo HIV a cada dia na Região. O número de óbitos no final de 1999 havia chegado a mais de meio milhão. Por outro lado, a epidemia de HIV nas Américas ainda está contida, no sentido de que ainda não teve um amplo impacto na população em geral. Contudo, em algumas áreas a epidemia atingiu proporções preocupantes. Apresenta-se adiante um breve resumo da epidemia na Região.

Caribe. A grande maioria dos seropositivos do Caribe foi infectada durante o coito heterossexual sem proteção. O Haiti é o país mais afetado nessa sub-Região. Em alguns estudos, 13% das mulheres grávidas tiveram resultado positivo no teste de HIV em 1996. O país estima que cerca de 10% dos adultos nas áreas urbanas e 4% nas áreas rurais estão infectados pelo HIV. A Guiana, Bahamas e República Dominicana também foram bastante atingidas pela epidemia. Em Georgetown, capital da Guiana, cerca de 7,1% das mulheres grávidas e 46% das profissionais do sexo são seropositivas. Nas Bahamas a prevalência era de 3,6% entre mulheres grávidas em 1995 e o dobro dessa percentagem (7,2%) entre os grupos de risco (pacientes com infecções sexualmente transmissíveis). A prevalência de HIV entre profissionais do sexo registrou a média de 5,5% em 1998 na República Dominicana, representando um aumento de 3,3% em relação ao nível observado há dois ou três anos.

Em Porto Rico, foram notificados 24.352 casos de AIDS e 15.188 pessoas morreram em decorrência dessa doença. As principais formas de transmissão foram, para os homens, o uso de drogas intravenosas (55% dos casos) e, para as mulheres, o contato heterossexual (59% dos casos).

América Central. Alguns países da América Central estão entre os mais afetados pela epidemia na América Latina. Em Honduras há sinais de que a epidemia está se espalhando para a população em geral (1,4% entre as mulheres grávidas em 1998). Estudos epidemiológicos da infecção pelo HIV entre outros grupos, como as profissionais do sexo em San Pedro Sula, mostram que uma em cada cinco estavam infectadas pelo HIV. Em outras cidades (1998) a prevalência era de 10% entre as profissionais do sexo. Em Belize, El Salvador e Guatemala, a epidemia já causa preocupação (prevalência de 1,4% entre as mulheres grávidas em Belize). Outras populações registram cifras ainda mais altas: por exemplo, em Puerto Barrios (Guatemala) 11% das profissionais do sexo eram seropositivas, em comparação com 4,7% na cidade da Guatemala. Em El Salvador,

6% dos pacientes de IST eram seropositivos em 1995-1996. Na Costa Rica e Panamá, a epidemia é maior entre homens que mantêm relações sexuais sem proteção com outros homens.

México. O Programa Nacional de AIDS estima que havia cerca de 174.000 pessoas infectadas pelo HIV no México no fim de 1999. A epidemia continua dominada por homens que mantêm relações sexuais sem proteção com outros homens. Em alguns estudos, 14,2% desse grupo estavam infectados pelo HIV e provavelmente servem de ponte para a população em geral. A epidemia é especialmente severa no grupo de 25-44 anos. Atualmente, a AIDS é a terceira causa de morte entre os homens e a sexta entre as mulheres no México.

O *Brasil* notificou 170.078 casos de AIDS e estima-se que cerca de 540.000 pessoas viviam com HIV e AIDS no fim de 1999. A maioria das infecções se concentra nas principais áreas urbanas e entre homens que mantêm relações sexuais sem proteção com outros homens. Embora este grupo continue sendo importante na transmissão do HIV, recentemente os usuários de drogas injetáveis contribuíram de maneira significativa para o aumento no número de pessoas infectadas pelo HIV. Entre as mulheres grávidas de 13 a 24 anos, a prevalência do HIV varia entre 1,7% no sudeste no início de 1997 a 0,2% no norte um ano depois. Em todo o país, a prevalência do HIV entre 6.290 mulheres grávidas de 13 a 24 anos testadas anonimamente em março de 1998 foi de 0,4%. Em clínicas de doenças sexualmente transmissíveis, 3,7% dos homens e 1,7% das mulheres estavam infectadas pelo HIV no mesmo mês. Entre os pacientes dos serviços de emergência de hospitais, 1,7% dos homens e 1,2% das mulheres estavam infectados pelo HIV.

No *Cone Sul*, homens que mantêm relações sexuais sem proteção com outros homens e usuários de drogas injetáveis continuam a ser os principais grupos afetados pela epidemia. Acredita-se que entre 5% e 10% dos adultos foram infectados pelo HIV em resultado do uso de seringas, agulhas ou outros instrumentos utilizados para injetar drogas. O uso de drogas injetáveis é responsável pela transferência da epidemia para um grupo mais jovem (de 30-49 para 20-34 anos) e pelo crescente número de mulheres infectadas, que aumentou de nenhum caso em 1985 para mais de 20% dos casos em 1996. Particularmente na Argentina, o uso intravenoso de drogas desempenhou um papel substancial na difusão da epidemia quase desde o início, e desde 1990 é a principal categoria de risco. De acordo com as últimas cifras, o uso intravenoso de drogas é responsável por mais de 40% dos casos notificados de AIDS. No Chile observa-se apenas um número limitado de infecções pelo HIV na população em geral em várias áreas, inclusive Santiago, a capital, onde o comportamento de risco é maior. Entre as mulheres

grávidas de 1992 a 1997, a prevalência de HIV continuou abaixo de 1 por 1.000. No Uruguai, registraram-se taxas igualmente baixas entre mais de 8.000 trabalhadores testados em 1997. Somente 0,26% das amostras eram seropositivas.

A *Região Andina* parece relativamente pouco afetada pelo HIV até agora, embora não se deva ser complacente, já que o comportamento de risco está bem estabelecido em vários países. A Colômbia estima que 67.000 pessoas estavam infectadas pelo HIV em 1998. A taxa geral de seroprevalência era de 0,24% numa grande campanha nacional (130.000 pessoas testadas) para promover o aconselhamento e teste voluntário de HIV em meados dos anos 90. Desde o início, a epidemia tem afetado principalmente os homens. Contudo, o coeficiente homens/mulheres diminuiu de 37:1 em 1987 para 5:1 em 1998. No altiplano, o HIV é transmitido principalmente através de relações sexuais sem proteção entre homens, mas nas áreas costeiras a epidemia é dominada pelas relações heterossexuais sem proteção. Em 1996, Bogotá tinha uma prevalência de 0,1% entre as mulheres grávidas, em comparação com 0,4% em Cali. No Peru, a prevalência do HIV entre mulheres grávidas era de 0,23% e 0,07% entre os doadores de sangue em 1998. Entre os grupos de risco, um estudo constatou que 1,6% das profissionais do sexo eram seropositivas em Lima e 0,6% nas províncias. Em todos os grupos a prevalência era maior nas cidades do que nas áreas rurais. Na Bolívia, a vigilância regular entre mulheres grávidas constatou poucos casos de infecção pelo HIV. Em 1997, apenas 0,5% das 980 mulheres grávidas eram seropositivas. Entre as profissionais do sexo testadas em Santa Cruz, somente 0,3% eram seropositivas em 1998.

Na *América do Norte* o amplo uso da terapia anti-retroviral combinada teve um impacto positivo sobre a mortalidade e adiou a progressão da infecção pelo HIV para AIDS. Dos mais de 760.000 casos de AIDS notificados nos Estados Unidos até maio de 1999, quase 90% eram homens que mantiveram relações sexuais com outros homens (HSH) ou usuários de drogas injetáveis (UDI). Somente 10% foram atribuídos a transmissão heterossexual. As tendências recentes da infecção pelo HIV mostram que esses dois (HSH e UDI) continuam a ser os grupos mais afetados, embora a transmissão heterossexual entre as mulheres continue aumentando. Essas tendências são particularmente observáveis nas áreas mais pobres das cidades e entre grupos marginalizados. No Canadá, a prevalência do HIV é muito baixa, mas a transmissão do HIV está cada vez mais relacionada com o contato heterossexual e o uso de drogas injetáveis. No início da epidemia (1985), o sexo entre homens era responsável pela maioria dos casos de HIV (75%); 10 anos depois, somente 36,5% dos casos continuam relacionados com essa categoria. Em contraste, o uso de drogas injetáveis, que em 1994 representava apenas 9% dos casos, atualmente representa entre 29% e 33,5% de todas as infecções pelo HIV. O coeficiente de casos notificados de HIV passou de 9,4 homens infectados por cada mulher em 1985 para 1,5 em 1998.

Em geral, a epidemia de HIV/AIDS nas Américas continua a ser um mosaico de diversas epidemias que precisam ser atacadas mais vigorosamente para impedir uma epidemia generalizada na Região.

2. Estratégias para melhorar os sistemas de vigilância: vínculo entre vigilância epidemiológica e do comportamento

Os sistemas de vigilância de HIV/AIDS estão mal equipados para captar a diversidade ou explicar variações ao longo do tempo no mosaico de epidemias na América Latina e no Caribe. É preciso empreender esforços na Região para aproveitar os sistemas existentes, fortalecer sua capacidade de explicar a epidemia e utilizar melhor a informação gerada.

Os sistemas de vigilância de segunda geração visam a concentrar os recursos onde proporcionem informações mais úteis para reduzir a transmissão do HIV e oferecer tratamento aos infectados (Anexo 1). A combinação mais eficiente de coleta de dados para vigilância dependerá da natureza da epidemia em cada país. A população recomendada para a coleta de dados varia segundo o tipo de epidemia; o mesmo se aplica à vigilância biomédica e de comportamento. Os planos de vigilância e as atividades nacionais devem ser elaboradas tendo em mente esses princípios, alocando-se os necessários recursos humanos e financeiros.

3. Estratégias e benefícios da prevenção primária

A necessidade de proporcionar atendimento de qualidade aos pacientes de HIV/AIDS é inquestionável, mas a ênfase em estratégias simplistas que negligenciam as intervenções mais básicas e acessíveis criou dilemas na distribuição dos recursos para enfrentar a epidemia de AIDS. Há uma crença generalizada de que o atendimento médico significa intervenções curativas. Além disso, muitos acreditam que a AIDS já se tornou uma doença crônica manejável e não há mais necessidade de evitar o sexo de alto risco e o uso de drogas. Contudo, as intervenções dirigidas ao comportamento continuam sendo a peça fundamental para controlar a epidemia de HIV/AIDS.

Recentemente, tem-se atribuído ênfase especial às intervenções educativas para a promoção da saúde sexual e reprodutiva que, em vez de se concentrar na doença e disfunção, destacam o valor e vantagens dos estilos de vida saudáveis. Como exemplo, a Colômbia lançou uma iniciativa para a incorporação da educação sexual nos currículos escolares que acentua os aspectos positivos da sexualidade humana e promove atitudes e comportamentos sexuais saudáveis. O Programa Regional de AIDS, em colaboração com uma universidade americana, elaborou um modelo para promoção de

comportamentos sexuais saudáveis entre homens que mantêm relações sexuais sem proteção com outros homens. Esse modelo (“Face a Face”) já foi testado entre homens latinos nos Estados Unidos e participantes de países da América Latina e do Caribe.

As intervenções dirigidas ao comportamento, que combinam estratégias de educação formal com iniciativas de comunicação social e interações face a face como aconselhamento e educação pelos companheiros, se mostraram as mais eficazes na prevenção de HIV/AIDS. Um público bem informado tem maior probabilidade de adotar práticas preventivas se a intervenção for apropriada para esse grupo. Costa Rica, Jamaica, México, Peru e Venezuela elaboraram intervenções em que a provisão de informações factuais e educação face a face se combinam de maneira eficaz para estimular mudanças positivas de comportamento entre grupos de profissionais do sexo, homens que mantêm relações sexuais com outros homens, pessoal das forças armadas e jovens de rua. As campanhas de conscientização realizadas no Brasil também são bons exemplos da adequação das mensagens essenciais a situações específicas (por exemplo, carnaval, Dia Mundial da AIDS, etc.) e certos grupos (por exemplo, jovens, turistas, homens que têm relações sexuais com outros homens).

Em suma, a prevenção e o atendimento integral não devem ser encarados como áreas competitivas, mas como partes vitais de um programa de saúde que deve servir para reduzir a transmissão do HIV e atender as necessidades dos seropositivos. Uma melhor integração dos serviços de atendimento e tratamento, inclusive para IST e toxicomania, permitiria que os Estados membros aproveitassem as múltiplas oportunidades de prevenção: primeiro, para ajudar as pessoas a não serem infectadas; segundo, para ajudar os seropositivos a ficar mais saudáveis; terceiro, para ajudar os seropositivos a iniciar e manter comportamentos que previnam a transmissão do HIV.

Finalmente, como parte da prevenção primária, está ficando cada vez mais evidente que uma vacina oferecerá esperança de controle da pandemia no futuro. Até agora, a maioria das vacinas contra HIV se basearam nas proteínas gp 120 ou gp 160 das cepas de subtipo B do HIV-1, que prevalecem nas Américas e Europa Ocidental. Também foram desenvolvidas vacinas com base nas cepas de subtipo E, que estão sendo testadas na Tailândia, onde esse subtipo afeta a maioria dos grupos. Outras vacinas estão sendo elaboradas para induzir imunidade mediada pelas células (em vez de produzir anticorpos), utilizando vetores recombinantes vivos (principalmente vetores baseados no vírus da varíola, tais como vetores multigenéticos complexos da varicela) e, mais recentemente, imunização com a molécula do DNA. No futuro, será preciso realizar, mediante colaboração, os testes de vacinas nos países industrializados e nos países em desenvolvimento para avaliar a eficácia das vacinas. Contudo, uma futura vacina não será a única solução para a pandemia de HIV/AIDS. Mesmo se vacinas contra HIV eficazes e

baratas estiverem amplamente disponíveis, terão que ser proporcionadas como parte de programas de prevenção do HIV que incluam outras intervenções sociais e de comportamento.

4. Prevenção da transmissão vertical

A transmissão vertical (de mãe para filho) é a fonte mais importante de infecção pelo HIV em crianças com menos de 10 anos. No final de 1999, o coeficiente de transmissão do HIV entre homens e mulheres na Região era de 2,2 homens para cada mulher. Trata-se de um dado significativo, pois ilustra a crescente taxa de transmissão heterossexual do HIV e seu subsequente impacto no número de casos pediátricos de AIDS através do aumento concomitante da transmissão do HIV da mãe para o filho. Até maio de 2000, 19.321 casos pediátricos haviam sido notificados na Região. Essa cifra representa 1,8% de todos os casos de AIDS notificados. A situação é particularmente preocupante no Caribe, onde a magnitude da epidemia só perde para a África Subsaariana. No Caribe, os casos pediátricos representam 5,8% do total de casos de AIDS notificados (maio de 2000). Os dados indicam que as mães de 15 a 24 anos (Belize, Guiana, Jamaica, Trinidad e Tobago) são particularmente vulneráveis à infecção pelo HIV em comparação com grupos mais velhos. Isso é significativo, pois essas mulheres também tendem a ter mais filhos.

Muitos estudos realizados em todo o mundo mostram que a taxa de transmissão vertical do HIV, na ausência de medidas preventivas, se situa entre 25% e 45% nas regiões em desenvolvimento (a maioria das estimativas se encontra entre 30% e 35%). Dois terços das crianças que contraíram HIV foram infectadas no período pré-natal ou durante o parto, e um terço foi infectado após o parto através da amamentação. A experiência mundial nos ensina que há várias medidas eficazes para reduzir a transmissão vertical: provisão de aconselhamento e teste voluntário e confidencial, terapia anti-retroviral (Zidovudine [AZT] ou Nevirapine), nutrição apropriada, alternativas à amamentação, acompanhamento durante o parto, controle das infecções sexualmente transmissíveis, cesariana e lavagem vaginal. A provisão oportuna dessas intervenções fez com que a transmissão perinatal diminuísse de 25% para 8% ou menos.

O principal desafio para reduzir a transmissão vertical do HIV consiste não só em proporcionar um conjunto de intervenções a todas as mulheres grávidas, mas também assegurar que todas essas mulheres se apresentem antes do período de 36 semanas da gestação para receber uma ampla gama de opções preventivas (aconselhamento e teste de HIV voluntário e confidencial, intervenções nutricionais, terapia anti-retroviral). Todas as mulheres grávidas devem ter acesso, de preferência no primeiro trimestre da gravidez, a atendimento de boa qualidade e bom atendimento durante e após o parto, bem como serviços de acompanhamento e apoio para elas e seus filhos. Atualmente, Argentina,

Barbados, Belize, Bermudas, Brasil, Cuba, Chile, Bahamas, Jamaica, México, República Dominicana e Uruguai, entre outros países, estão dedicando um volume significativo de recursos para prevenir a transmissão vertical do HIV. Em muitos desses países, AZT é fornecido gratuitamente a mulheres grávidas, mas às vezes não é oferecido após o parto. É preciso envidar mais esforços para assegurar o atendimento amplo e a longo prazo de mulheres e crianças, especialmente nos países que ainda não implementaram essa estratégia bem-sucedida e eficaz em função do custo.

5. Resposta ao desafio da crescente demanda de atendimento

Uma das metas dos programas integrais de HIV/AIDS é proporcionar um atendimento equitativo. Para tanto, a elaboração, monitoramento e avaliação dos programas de atendimento a pacientes de HIV/AIDS devem basear-se em padrões mínimos.

A Organização Pan-Americana da Saúde realizou uma série de consultas a especialistas para definir os tipos de intervenções e respostas curativas que podem ser proporcionados com os recursos disponíveis. Foram elaboradas três hipóteses e o padrão mínimo de atendimento que os países devem se esforçar para alcançar foi delineado dentro de uma hipótese definida como de *recursos limitados* ou hipótese I (Anexo B). Nessa hipótese, os testes e medicamentos básicos estão disponíveis de maneira limitada em todos os níveis do sistema de saúde. Se houver maior disponibilidade de recursos (infra-estrutura física, recursos financeiros e técnicos, serviços de apoio) e capacidade (agentes de saúde treinados), utilizam-se outras duas hipóteses: *recursos competentes* (hipótese II) e *recursos ótimos* (hipótese III). Dentro dessas três hipóteses, a ampla gama de atividades necessárias para atender as necessidades médicas, sociais e emocionais dos seropositivos e aidéticos são incorporadas como “componentes” na estrutura dos programas de atendimento integral. Essa estratégia visa a obter equidade, eficácia, eficiência e atendimento de qualidade para as pessoas que vivem com HIV/AIDS no lar e na comunidade e nos níveis primário, secundário e terciário do sistema de saúde. Prevê-se também a provisão dos produtos farmacêuticos necessários, inclusive medicamentos anti-retrovirais.

O enfoque modular para proporcionar atendimento amplo a pessoas com HIV/AIDS foi endossado pelo Comitê Executivo em sua 126^a Sessão em junho. O Programa Regional de AIDS/IST anunciou o Quadro de Componentes Essenciais de HIV/AIDS como sua nova estratégia para fortalecer e melhorar o atendimento de pessoas que vivem com HIV/AIDS na Região das Américas com a publicação de diretrizes em 5 de julho de 2000. O Programa dará apoio técnico aos países na implantação dessas diretrizes.

Como mecanismo para facilitar o acesso dos Estados membros aos novos produtos farmacêuticos, será estabelecido um Fundo Regional para Artigos Médicos Estratégicos que inclui medicamentos anti-retrovirais e reagentes para monitorar o tratamento. O Programa Regional de HIV/AIDS e IST é responsável pela preparação de uma lista preliminar detalhada dos medicamentos anti-retrovirais, com base nas listas nacionais e informação atualizada sobre produtos farmacêuticos que devem ser incorporados aos esquemas combinados de terapia. O Fundo será primeiro testado num país. Se for bem-sucedido, o Fundo será utilizado para um número maior de países até que atenda aos pedidos de todos os países da Região que desejarem participar.

6. Relatório de progresso e perspectivas futuras

A OPAS continua a desenvolver alianças estratégicas e trabalhar com parceiros importantes na luta contra HIV/AIDS/IST na Região. Assim, em 1999 a OPAS assumiu um papel importante na coordenação do planejamento integrado dos Sistemas das Nações Unidas (UNAIDS) em apoio aos programas nacionais de HIV/AIDS. A OPAS colaborou estreitamente com governos (ministérios da saúde) e outros parceiros (organismos internacionais e bilaterais, universidades, organizações não-governamentais e organizações comunitárias) para promover o consenso, participação ativa e compromisso com o planejamento integrado. Durante 1999, houve planejamento integrado entre os organismos na América Central, Chile, Colômbia, Jamaica e México. Foram realizadas reuniões do Grupo de Trabalho do Caribe sobre HIV/AIDS em junho de 1999 (Antígua) e março de 2000 (Trinidad) para elaborar o Plano Estratégico Regional Pan-Caribenho para HIV/AIDS/STI (1999 a 2004). Esse plano recebeu pleno apoio dos chefes de governo presentes à 21ª reunião da Conferência de Chefes de Governo da Comunidade do Caribe, realizada em 2-5 de julho de 2000.

Na área epidemiológica, os esforços se concentraram na implantação da vigilância de segunda geração, que integra um componente de comportamento, bem como IST e vigilância molecular à notificação de casos de AIDS e vigilância de HIV. Para divulgar os princípios da vigilância de segunda geração, a OPAS ajudou a estabelecer e fortalecer redes epidemiológicas, inclusive uma Rede Vigilância da América Latina e Caribe (EpiNetwork). Esta rede demonstrou ser uma estratégia bem-sucedida para divulgar, adaptar e implantar a vigilância de segunda geração na Região e fortalecer a capacidade nacional. No fim de 1999, todos os países da Região eram membros dessa rede. Durante 1999, redes sub-regionais de HIV/AIDS começaram a funcionar no Cone Sul, Região Andina e América Central e foram iniciados os esforços para desenvolver uma rede no Caribe. As redes regionais e sub-regionais colaboram para melhorar a coleta, análise e uso dos dados de vigilância. Os membros incluem representantes dos países e o êxito dessa experiência apóia a continuação de sua aplicação como estratégia na Região. A V Reunião Regional foi realizada na Jamaica em setembro de 2000.

Conforme mencionado anteriormente, em 1999 finalizou-se o *Quadro de Componentes Essenciais* (Anexo B) para atendimento integral de HIV/AIDS. Esse quadro, que serve como outro exemplo de planejamento conjunto bem-sucedido, foi elaborado em colaboração com a OMS, UNAID e International Association of Physicians in AIDS Care (IAPAC).

No final de 1999, o treinamento regional no controle sindrômico de IST havia sido completado em todos os países participantes. Foram recebidos pedidos de treinamento para os serviços primários de saúde na Argentina, El Salvador, Haiti e Paraguai. Além disso, diretrizes de vigilância de IST de segunda geração foram examinadas e endossadas num seminário regional realizado em abril de 1999 e servirão de instrumento prático para melhorar a vigilância de IST nas Américas. A Secretaria da OPAS/OMS também elaborou vários documentos sobre a estratégia STI-PAC da OMS para assegurar que as mensagens e práticas de prevenção sejam incorporadas aos programas integrados de prevenção e atendimento.

Durante 1999, vários países começaram a desenvolver ou já estavam implantando programas para reduzir a transmissão vertical do HIV, inclusive Belize, Jamaica e República Dominicana. Belize elaborou uma estratégia nacional para transmissão vertical e vai testar as intervenções, inclusive provisão de ARV, antes de aplicá-las em todo o país. A Jamaica iniciou um projeto piloto para avaliar a viabilidade da prevenção da transmissão vertical do HIV. Vários países da América Central e do Sul estão solicitando assistência técnica da OPAS no planejamento, desenvolvimento, implementação e avaliação das intervenções para evitar a transmissão vertical.

Em 1999, o Diretor assumiu o compromisso especial de renovar os esforços regionais para promover estratégias de comunicação e marketing social que alterem o comportamento e levem à adoção de práticas sexuais mais seguras, especialmente entre jovens. Está sendo recrutado um profissional em tempo integral e a OPAS está buscando a colaboração da UNAIDS, outras instituições e governos da América Latina e do Caribe para apoiar esse esforço regional. Prevê-se que um profissional em tempo integral fará parte da equipe a partir de setembro de 2000, trabalhando na área de estratégias de comunicação e marketing social para promover mudanças de comportamento.

Apesar do progresso registrado pelos países, por outras instituições e pela Secretaria da OPAS, é preciso envidar mais esforços para reduzir a transmissão e impacto da epidemia de HIV/AIDS nas Américas. Em geral, existe a necessidade de fortalecer a capacidade nacional e local para avaliar melhor a situação de HIV/AIDS/IST, os comportamentos de risco associados à transmissão e os fatores que impedem sua prevenção e controle. Mais importante, a presença e desenvolvimento de uma forte liderança nacional, capacidade de mobilizar recursos e estabelecer múltiplas parcerias e

alianças e aplicação em grande escala de intervenções adequadas do ponto de vista técnico, ético e científico continuam sendo os componentes mais vitais de uma luta bem-sucedida contra HIV/AIDS/IST nas Américas.

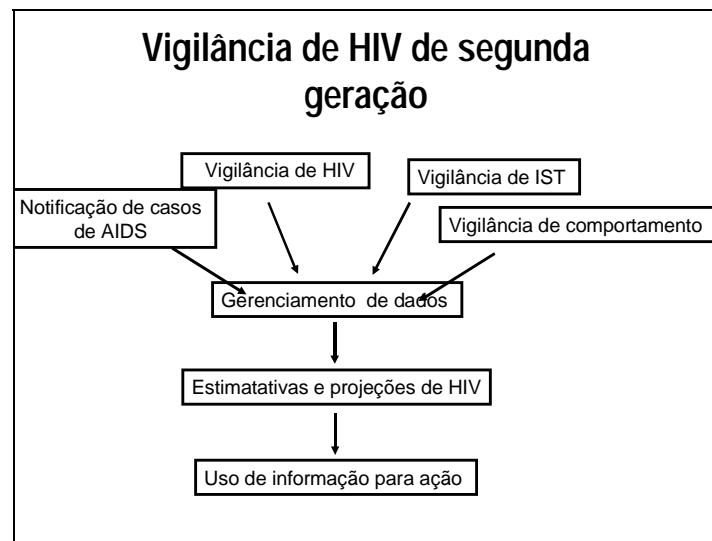
Anexos

Atingir as metas de vigilância mediante redes epidemiológicas: vigilância de segunda geração

Um resumo das metas dos sistemas de vigilância de segunda geração

- Maior conhecimento sobre as tendências ao longo do tempo
- Maior conhecimento sobre os comportamentos que dirigem a epidemia num país
- Vigilância mais concentrada em subpopulações com maior risco de infecção
- Vigilância flexível de acordo com as necessidades e situação da epidemia
- Melhor uso dos dados epidemiológicos para aumentar o conhecimento e planejar prevenção e atendimento

A vigilância de segunda geração se baseia nas lições aprendidas durante a primeira década e meia de vigilância de HIV/AIDS. Concentra os métodos de coleta de dados nas populações e subpopulações apropriadas e os combina (por exemplo, dados biológicos e sobre comportamento) para explicar melhor os fatores subjacentes à epidemia. Os dados produzidos são utilizados para aumentar e melhorar a resposta nacional. Sua metodologia integra a vigilância de AIDS, HIV e IST e a vigilância dos comportamentos de risco (ver diagrama).



Quadro de Componentes Essenciais

Para determinar os padrões de atendimento em qualquer contexto, deve-se considerar três dimensões que influenciam a escolha.

- A *primeira dimensão*, que se refere aos aspectos técnicos da intervenção a ser proporcionada, é determinada pela eficácia e eficiência da intervenção.
- A *segunda dimensão* é determinada pelos fatores sociais e contextuais que fazem com que intervenções eficazes sejam funcionais em condições operacionais.
- A *terceira dimensão*, que envolve o conjunto de padrões, é determinada pelo nível do sistema de saúde que oferece as intervenções (por exemplo, atendimento domiciliar, comunidades, clínicas de saúde, hospitais, centros terciários).

Os padrões e normas do atendimento devem ser definidos em cada país, para cada nível de serviço e para cada grupo afetado. Embora possa haver padrões universais, é importante enfatizar que os padrões locais devem refletir o melhor atendimento que pode ser obtido nas circunstâncias locais.

ATENDIMENTO APROPRIADO DE CASOS DE HIV/AIDS

- Serviços de teste e diagnóstico
- Aconselhamento e apoio psicossocial
- Educação e participação comunitária
- Profilaxia e tratamento de infecções oportunistas e outras infecções
- Intervenções nutricionais
- Controle de doenças sexualmente transmissíveis
- Controle do HIV na prática obstétrica e ginecológica
- Controle da dor e atendimento paliativo
- Terapia anti-retroviral
- Terapia antitumor
- Atendimento neurológico e psiquiátrico
- Controle da toxicomania
- Procedimentos cirúrgicos
- Controle de queixas e disfunções sexuais

As hipóteses propostas são:

- Hipótese I:** Nesse contexto, os testes e medicamentos básicos (por exemplo, profilaxia da tuberculose, tratamento paliativo) estão disponíveis de maneira limitada em todos os níveis do sistema de saúde (primário, secundário e terciário). As intervenções se concentram nas atividades de *prevenção secundária* (isto é, profilaxia de infecções oportunistas e mudança de comportamentos potencialmente prejudiciais) para evitar deterioração física e proporcionar alívio dos sintomas. Dispõe-se de terapia anti-retroviral (ARV) para a prevenção da transmissão vertical no nível secundário do sistema de saúde.
- Hipótese II:** Nesse contexto, os testes e medicamentos estão disponíveis em todos os níveis, inclusive ARV no nível secundário do sistema de saúde. São proporcionados todos os serviços da hipótese I mais o tratamento etiológico das infecções oportunistas. Alguns medicamentos excessivamente caros, como os antitumor, não estão disponíveis nos níveis primário e secundário do sistema de saúde.
- Hipótese III:** Nesse contexto, são proporcionados todos os serviços acima, além de terapias ARV e serviços especializados, inclusive medicamentos antitumor.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



126ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., 26-30 junho 2000

CD42/7 (Port.)
Anexo C

RESOLUÇÃO

CE126.R5

SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS) NAS AMÉRICAS

A 126ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório sobre a síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) nas Américas (Documento CE126/9 e Add. I),

RESOLVE:

Recomendar ao Conselho Diretor que aprove uma resolução redigida nos seguintes termos:

O 42º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o relatório sobre a síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) nas Américas (Documento CD42/___);

Reconhecendo a estreita relação entre a transmissão sexual e vertical do HIV e na presença de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST);

Ciente da evolução das epidemias do HIV/AIDS/IST nas Américas, bem como dos grandes desafios suscitados pelo número cada vez maior de pessoas que necessitam de serviços integrais de prevenção e atenção para HIV/AIDS/IST; e

./..

Levando em conta os avanços tecnológicos e as intervenções e outras experiências bem sucedidas na Região e no mundo para prevenir e controlar a transmissão sexual, hematogênica e de mãe para filho do HIV e de outras infecções sexualmente transmissíveis,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a:
 - (a) consolidar os esforços nacionais contra o HIV/AIDS/IST e fomentar a cooperação técnica e maximizar a colaboração entre países mediante programas e iniciativas nas esferas regional, sub-regional e nacional;
 - (b) fortalecer a capacidade dos programas técnicos a fim de melhorar a vigilância das tendências das epidemias do HIV/AIDS/IST, ajustando as respostas e estratégias nacionais pertinentes;
 - (c) manter a ênfase na prevenção, especialmente da transmissão do HIV por via sexual e de mãe para filho, mediante aconselhamento e testes voluntários, bem como a provisão de medidas preventivas apropriadas que incluam medicamentos e políticas sobre aleitamento materno com base nos avanços científicos;
 - (d) considerar as medidas de prevenção do HIV e a atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS como um processo contínuo, que exige um enfoque integral adequado às necessidades locais e capaz de utilizar eficientemente os recursos (modelo de “elementos de atenção integral”).
2. Solicitar ao Diretor que:
 - (a) continue facilitando a crescente participação e colaboração com outros órgãos e instituições, particularmente com o UNAIDS, no combate do HIV/AIDS/IST nas Américas;
 - (b) fortaleça a capacidade regional de cooperação técnica, especialmente nas áreas de comunicação e de marketing social, a promoção da sexualidade saudável e dos serviços integrados para prevenção do HIV e atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS/IST;
 - (c) continue trabalhando no desenvolvimento do Fundo Rotatório Regional para Insumos Estratégicos de Saúde Pública e dos mecanismos pelos quais os Estados Membros possam ter acesso ao mesmo.

(Sexta reunião, 28 de junho de 2000)