



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 46º CONSELHO DIRETOR

### 57ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 26-30 de setembro 2005

*Tema 4.13 da agenda provisória*

CD46/18, Rev. 1 (Port.)

16 setembro 2005

ORIGINAL: ESPANHOL

### ESTRATÉGIA REGIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE PARA 2005-2015

A tuberculose é prevenível e curável; todavia, continua sendo um problema importante de saúde pública nas Américas. Em 2003, notificaram-se na região 227.551 casos de tuberculose, dos quais 125.803 corresponderam a formas pulmonares com baciloscopia positiva. Nesse mesmo ano, estimou-se que 53.800 pessoas morreram de tuberculose. A co-infecção tuberculose/HIV e a tuberculose resistente a medicamentos representam um desafio para o controle da tuberculose e estão presentes em todos os países. A estas ameaças se acrescenta o debilitamento do setor sanitário nos países mais pobres e o impacto das reformas do setor da saúde.

Ao longo da última década, implementou-se progressivamente nas Américas a estratégia internacionalmente reconhecida para o controle da tuberculose (DOTS), alcançando em 2003 uma cobertura de 78% da população. Esta estratégia permitiu melhorar a detecção e cura dos casos. A Região se encontra em bom caminho para alcançar os indicadores e metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, mas os resultados atuais foram fundamentalmente alcançados em países com renda alta ou média e com programas nacionais de tuberculose bem-sucedidos de longa data.

Devido à diferente dinâmica de desenvolvimento dos países e ao surgimento de novos desafios, a cooperação técnica deve contemplar a diversidade de cenários epidemiológicos, operacionais e de desenvolvimento dos programas nacionais de tuberculose, priorizando os mais vulneráveis, de acordo com as condições de pobreza, incidência e carga de tuberculose, resposta sanitária, impacto do HIV/AIDS e da tuberculose multi-resistente. Neste contexto, elaborou-se o *Plano Estratégico Regional para Controle da Tuberculose 2005-2015*. Esse plano inclui o esquema de ação e cooperação diferenciada para otimizar a abordagem do controle destinado a melhorar a qualidade de atenção, promover a participação e mobilização social e facilitar o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. O Plano pretende que os Estados Membros e Parceiros expandam e consolidem a estratégia DOTS e apliquem iniciativas no âmbito da DOTS, incluindo a tuberculose multi-resistente e a associada ao HIV/AIDS, para reverter os padrões de incidência, prevalência e mortalidade por tuberculose.

O Comitê Executivo examinou este documento e adotou a resolução CE136.R7 (ver anexo) para consideração do Conselho Diretor.

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
Introdução .....	3
Situação da tuberculose e seu controle no mundo e nas Américas.....	3
Situação no mundo.....	3
Situação nas Américas .....	4
A estratégia DOTS .....	7
Impacto do controle da tuberculose nos objetivos da OMS para 2005 e nos	
Objetivos de desenvolvimento do milênio.....	7
Situação da Região das Américas no tocante aos Objetivos	
de Desenvolvimento do Milênio.....	8
"Plano Estratégico Regional para Controle da Tuberculose 2005-2015" .....	10
Propósito .....	10
Objetivo geral.....	10
Objetivos específicos .....	10
Principais metas .....	11
Linhas de Ação .....	11
Recursos institucionais, econômicos e humanos .....	13
Aspectos referentes aos parceiros e mobilização de recursos.....	14
Ação do Conselho Diretor .....	15
 Anexo	

## **“Lançamento do Plano Estratégico do Programa Regional de Tuberculose 2005–2015”**

### **Introdução**

1. A tuberculose, doença produzida pelo *M. Tuberculosis*, é prevenível e curável, mas continua produzindo sofrimento e morte entre os habitantes das Américas. Basta diagnosticar oportunamente os enfermos e tratá-los até a cura, para diminuir a transmissão do bacilo na comunidade. Todavia, seu controle encontra dificuldades ligadas ao acesso da população a uma rede de serviços sanitários, necessidade de atendimento gratuito, consulta e diagnóstico rápidos, aderência do enfermo ao tratamento prolongado e suporte familiar e comunitário, ambos freqüentemente ausentes pelo estigma social associado à doença.

2. Em média, um enfermo não tratado contagia uma pessoa por mês, podendo um só paciente produzir entre 24 e 96 novas infecções, sendo que 10% se transformarão em doença durante a vida da pessoa.<sup>1</sup> Esta situação é agravada pelo HIV/AIDS, que aumenta o risco da doença tuberculose entre 5 e 15% por ano.<sup>2</sup>

3. A tuberculose está estreitamente associada a determinantes sociais gerados pelas diversas dinâmicas sociais e econômicas no desenvolvimento dos países, o que produz grandes iniquidades nos países e entre eles, pelo aumento da pobreza, exclusão social e discriminação, para citar alguns exemplos. São fatores que não só predisõem as populações mais desfavorecidas de uma comunidade à tuberculose mas aumentam as barreiras de acesso à atenção sanitária de qualidade.

### **Situação da tuberculose e seu controle no mundo e nas Américas**

#### ***Situação no mundo***

4. A tuberculose continua sendo um problema significativo de saúde pública no mundo. A OMS<sup>3</sup> estimou que em 2003 ocorreram 8,8 milhões de casos de tuberculose e 1,7 milhão de mortes por tuberculose.

---

<sup>1</sup> Caminero Luna, Jose A. Guía de la Tuberculosis para Médicos Especialistas. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. França, 2003.

<sup>2</sup> Raviglioni MC, Harries AD, Msiska R, Wilkinson D, Nunn P. Tuberculosis and HIV: current status in Africa. AIDS 1997; 11 (Suppl B): S115-S123.

<sup>3</sup> Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2005. Genebra, World Health Organization (WHO/HTM/tuberculose/2005.349).

5. A taxa média de êxito do tratamento de pacientes em 2002 foi de 82%, sendo inferior à notificada na África e Europa, atribuída em parte à co-infecção tuberculose/HIV e à resistência aos medicamentos.

6. A tendência da taxa de incidência de tuberculose é descendente ou estável em *cinco* das seis regiões da OMS, mas aumentou em todo o mundo à razão de 1,0% ao ano. Este aumento se deve à África pela alta infecção pelo HIV. Se não fossem as tendências que se observam na África, as taxas de prevalência e mortalidade estariam diminuindo no mundo.<sup>4</sup>

### ***Situação nas Américas***

7. Na Região das Américas, durante o ano de 2003 foram notificados 227.551 casos de tuberculose, dos quais 125.803 corresponderam a formas pulmonares com baciloscopia positiva (tuberculose P+), com taxas de notificação de casos de 26 e 14 por 100.000 habitantes, respectivamente. De acordo com estimativas da OMS, foram detectados 61% de todos os casos de tuberculose e 76% de tuberculose P+.

8. No mesmo ano, estimou-se que morreram por tuberculose 53.800 pessoas, correspondendo a uma média de 6 por 100.000 habitantes na Região, variando desde 71 mortes no Haiti a menos de 1 por 100.000 habitantes nos Estados Unidos,<sup>5</sup> fazendo da tuberculose uma das principais causas de morte nos países mais afetados.

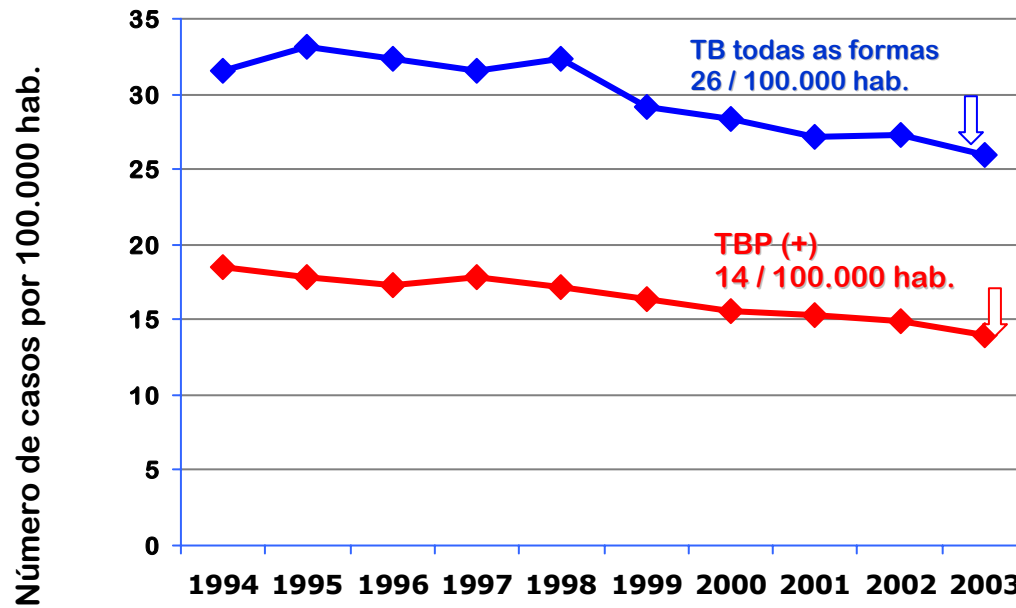
9. A tendência da incidência de 1994 a 2003 é ligeiramente descendente, com 1,6% ao ano para tuberculose em todas as formas e 2,6% ao ano para tuberculose P+ (figura 1). Essa tendência é atribuída fundamentalmente à diminuição de casos no Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos e Peru.

---

<sup>4</sup> Veja nota 3 acima.

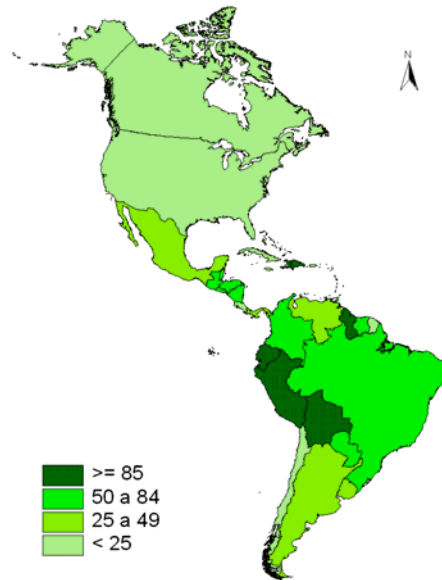
<sup>5</sup> CDC. Reported Tuberculosis in the United States, 2003. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC, September 2004

Figura 1. Taxa de incidência notificada de tuberculose na região das Américas (1994–2003)



10. A análise diferenciada por países ilustra as disparidades na carga da tuberculose (figura 2).

**Figura 2. Taxa de incidência de tuberculose estimada por 100.000 habitantes (2003)**



11. A incidência da tuberculose P+ por idade e sexo na região tem sido predominantemente na população jovem masculina, com 60% dos casos compreendidos entre 15 e 44 anos.

12. A co-infecção tuberculose/HIV e a tuberculose multi-resistente a medicamentos apresenta a seguinte situação:

- Onze países apresentam epidemias de HIV/AIDS generalizadas, destacando-se República Dominicana, Guatemala, Guiana, Haiti e Honduras, que também têm uma alta incidência de tuberculose.
- A tuberculose multi-resistente (TMR) primária não é um sério problema na Região, conforme demonstra um estudo sobre resistência a medicamentos antituberculose, exceto no Equador, República Dominicana, Guatemala e Peru, que apresentam taxas de TMR superiores a 3% dos casos novos de tuberculose.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> TB MDR Surveillance Report, Anti-tuberculosis drug resistance in the world report no. 3, Genebra, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2004.343).

### ***A estratégia DOTS***

13. A estratégia DOTS (sigla em inglês de *Directly Observed Treatment Short course therapy*) é a estratégia internacionalmente aceita para o controle da tuberculose e foi qualificada como uma das intervenções de saúde pública mais eficazes em função do custo.<sup>7</sup> Compõe-se de 5 elementos técnico-gerenciais:<sup>8</sup>

- Compromisso político para o controle da tuberculose
- Diagnóstico bacteriológico de qualidade e acessível à população
- Dotação permanente de medicamentos de qualidade certificada
- Tratamento com esquemas abreviados padronizados e aplicação da medicação diretamente observada
- Sistema de registro e informação para o monitoramento e avaliação das intervenções.

14. Até 2003, a estratégia havia sido implementada em 33 países, com diferentes níveis de cobertura; como consequência da mesma, melhoraram os resultados de notificação dos casos e do êxito do tratamento. O êxito no tratamento dos casos de tuberculose P+ novos, em áreas com a estratégia DOTS, aumentou de 77% na coorte de 1994 para 81% na coorte de 2002.

### **Impacto do controle da tuberculose nos objetivos da OMS para 2005 e os Objetivos de desenvolvimento do milênio**

15. A OMS, através das resoluções emanadas das *Assembléias Mundiais da Saúde*, solicitou que os Estados membros atribuam “alta prioridade ao controle da tuberculose” e estabeleceu a metas de detecção de 70% de casos e tratamento de 85% dos mesmos (WHA44.8 de 1991), recomendou a implementação da estratégia DOTS como ferramenta de controle (WHA 46.36 de 1993) e instou-os a assegurar um compromisso com o financiamento sustentável do Plano Global 2006-2015, cujo objetivo é atingir os ODM (WHA58.14).

---

<sup>7</sup> Murray CJL, Styblo K, Rouillon A. Tuberculosis in developing countries: burden, intervention and cost. *Bull Int Union Tuberc Lung Dis*, 1990, 65:2-20.

<sup>8</sup> ¿Qué es el DOTS? Una guía para la comprensión de la estrategia de control de la tuberculosis recomendada por la OMS conocida como DOTS. Ginebra, Organización Mundial da Saúde (OMS/CDS/CPC/TB/ 99.270).

16. As mesmas foram respaldadas por *Resoluções do Conselho Diretor da OPAS*, entre as quais pode-se citar a CD.39R20 de 1996, que declarou a tuberculose como “prioridade sanitária”, convocou e comprometeu os governos dos países a dar prioridade a seu controle.

***Situação da Região das Américas no tocante aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio***

17. O objetivo 6 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, “Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças,” estabelece as seguintes metas e indicadores para tuberculose:

18. Meta 8: “Até 2015, ter detido a incidência da malária e de outras doenças importantes e começado a inverter a tendência atual.”

- Segundo estimativas da OMS,<sup>9</sup> a incidência nas Américas começou a diminuir em 1990, caindo de 66 para 43 por 100.000 habitantes em 2003. Deve-se assinalar que a redução é limitada em países com programas de controle fracos.

19. Indicador 23: *Reduzir pela metade as taxas de prevalência e mortalidade associadas à tuberculose até 2015.*

- Em 2003 a situação na Região era a seguinte:

	Base (1990)	2003	Meta (2015)
Prevalência de tuberculose *	100	58	50
Mortalidade por tuberculose *	10	6	5

\* Taxa por 100.000 hab.  
(estimativas da OMS)

20. Embora a Região das Américas esteja perto de alcançar as metas dos MDM, deve-se sublinhar que os resultados atuais foram obtidos essencialmente em países de renda alta e média com programas nacionais de tuberculose bem-sucedidos e bem estabelecidos e uma queda constante em seus indicadores. A redução necessária para atingir esse indicador de 2003 a 2015 dependerá dos países de renda média e baixa com alta prevalência ou carga de tuberculose, alguns afetados por instabilidade política e social, pobreza e rápida propagação do HIV/AIDS. Espera-se atingir esse indicador mediante a implementação do Plano Estratégico Regional.

---

<sup>9</sup> Veja nota 3 acima.

21. Indicador 24: *Detectar 70% dos novos casos bacilíferos e tratar com êxito 85% no âmbito da estratégia DOTS até 2005.*

- Até 2003, as Américas haviam detectado 76% dos casos contagiosos, mas somente 50% com DOTS. Cerca de 81% desses casos foram tratados com êxito.

22. Estima-se que até o fim de 2005 a meta de tratamento será alcançada e 70% dos casos serão notificados no âmbito do DOTS, graças à expansão da estratégia DOTS nos Estados Membros.

23. A análise permite concluir que, embora os grandes resultados obtidos de 1996 a 2003 devam ser protegidos, algumas tarefas ficaram inconclusas e outras estão pendentes; em consequência, o Programa Regional de Tuberculose, em conjunto com os programas nacionais dos Estados Membros, orientará suas políticas de controle no período 2005-2015 (Plano Estratégico Regional) para:

- (a) **Proteger** a *sustentabilidade da expansão bem-sucedida da estratégia DOTS*, priorizando países de renda econômica média ou baixa com alto risco de tuberculose.
- (b) **Proteger** o abastecimento regular de medicamentos em todos os países.
- (c) **Expandir** a estratégia DOTS em países com cobertura baixa.
- (d) **Expandir** iniciativas com DOTS destinadas a *melhorar o acesso ao controle de populações marginais*.
- (e) **Expandir** atividades de colaboração entre os programas de tuberculose e HIV.
- (f) **Expandir** o tratamento com DOTS da tuberculose multi-resistente.
- (g) **Fortalecer** a *formação de recursos humanos* e aumentar a pesquisa operacional e epidemiológica.
- (h) **Enfrentar novos desafios** como o *enfraquecimento do setor sanitário*, reformas de saúde, determinantes sociais cambiantes e o espectro heterogêneo da situação da tuberculose nas Américas, através de:
  - Implementação de iniciativas que permitam melhorar a qualidade de atenção como o PAL (do inglês “Practical Approach to Lung Health”) e os padrões universais de atenção aos pacientes de tuberculose; incorporação de todos os prestadores públicos e privados (iniciativa PPM, do inglês *Public-Private Mix*); implantação de DOTS comunitário, que incentiva a participação da comunidade na detecção e tratamento de pacientes de tuberculose.
  - Implementar e/ou fortalecer a comunicação de massa para assegurar a participação e mobilização comunitária e o compromisso político.

## **“Plano Estratégico Regional para Controle da Tuberculose 2005–2015”**

### ***Propósito***

24. O Plano Estratégico Regional elaborado pelo Programa Regional em consenso com especialistas dos Estados Membros (diretores dos PNT), é uma resposta a:

- Dinâmica diferente de desenvolvimento dos países e surgimento de novos desafios ao controle da tuberculose. Assim, as ações nos países e a cooperação técnica devem ocorrer dentro de uma ampla gama de cenários epidemiológicos, operacionais e de desenvolvimento nos PNT, priorizando os mais vulneráveis em diferentes contextos, tais como pobreza, incidência e carga da tuberculose, resposta do setor da saúde, impacto do HIV/AIDS e tuberculose multi-resistente;
- Resolução WHA58.14, destinada a assegurar um compromisso com o financiamento sustentável do Plano Global 2006-2015, assinalando a necessidade de reduzir a carga de tuberculose, o aumento da tuberculose multi-resistente, a morbidade e mortalidade associada com tuberculose e HIV, desenvolvimento dos sistemas de saúde e integração de todos os provedores de serviços de saúde.

### ***Objetivo geral***

25. Os Estados Membros e parceiros estão expandindo e consolidando a estratégia DOTS e aplicando iniciativas delineadas com DOTS, incluindo as que visam tuberculose multi-resistente e a tuberculose associada ao HIV/AIDS, para reduzir a incidência, prevalência e mortalidade por tuberculose.

### ***Objetivos específicos***

- Estender, consolidar e/ou aprofundar a estratégia DOTS para oferecer controle da tuberculose equitativo de qualidade a mais de 90% da população.
- Diminuir a incidência da tuberculose e HIV nas populações em que as duas doenças são prevalentes, ajudando a reduzir a mortalidade por co-infecção e aumentar o acesso a tratamento anti-retroviral.
- Fortalecer as redes de laboratórios de tuberculose nos países para garantir diagnóstico oportuno e de qualidade, otimizando a estratégia DOTS.
- Facilitar a implementação do manejo integrado da tuberculose multi-resistente no âmbito da DOTS (estratégia DOTS-Plus) nos Estados Membros.
- Promover o uso de estratégias de comunicação para tuberculose que apoiem a implantação, expansão e qualidade da DOTS.

- Promover a elaboração e aplicação de estratégias para o desenvolvimento de recursos humanos no controle da tuberculose como parte integral dos planos nacionais de tuberculose e das atividades para fortalecer sistemas de saúde.

**Principais metas**

- A Região notifica mais de 70% dos casos novos de tuberculose+ e cura 85% dos mesmos até 2005 (metas OMS).
- A Região reduz a incidência de tuberculose em todos os países e diminui em 50% a mortalidade e a prevalência em 2015 com respeito às cifras de 1990.

**Linhas de Ação**

*Estender, consolidar e fortalecer a estratégia DOTS nos países da Região.*

26. Esta linha de trabalho destina-se a acelerar a cobertura da estratégia DOTS na população das Américas usando uma abordagem multissetorial baseada na estratificação de países segundo a taxa de incidência de tuberculose e a cobertura da estratégia DOTS. Os padrões universais de atenção aos pacientes de tuberculose serão adotados em todos os países e novas iniciativas (PAL, PPM, DOTS comunitário) serão introduzidas destinadas à eliminação da tuberculose, cooperação horizontal entre países e integração de todos os provedores de serviços de saúde e novos parceiros.

**Tabela 1. Estratificação de países por risco e cobertura DOTS, 2005**

GRUPO 1 Incidência < 25 DOTS > 90%	GRUPO 2 Incidência 25-50 DOTS > 90%	GRUPO 3 Incidência > 50 DOTS >90%	GRUPO 4 Incidência > 50 DOTS ≤ 70%
Caribe inglês* Chile Costa Rica Cuba Canadá EUA States Porto Rico Uruguai Territórios franceses**	Argentina Belize México Panamá Venezuela	Bolívia El Salvador Guatemala Honduras Nicarágua Peru	República Dominicana Haiti Equador Brasil Guiana Paraguai Colômbia Suriname

\* Países do Caribe inglês com estimativa de 5 casos ou mais por ano: Bahamas, Barbados, Dominica, Jamaica, São Cristóvão e Névis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas e Trinidad e Tobago

\*\* Guadalupe, Martinica e Guiana Francesa

*Implementar e/ou fortalecer atividades de colaboração entre os PNT e PNA com vigilância da co-infecção tuberculose/HIV.*

27. Com base na gravidade da epidemia de HIV e ônus da tuberculose nos países, serão identificadas ações imediatas e no médio prazo, implementando o manejo integrado de tuberculose/HIV na atenção primária e comunitária (estratégia passo a passo), facilitando o acesso a anti-retrovirais (Iniciativa 3 em 5) e vigiando sistematicamente a co-infecção na vigilância regular de tuberculose.

*Fortalecer a rede de laboratórios e a vigilância da resistência a medicamentos nos países da Região.*

28. Linha destinada a manter o laboratório da tuberculose como prioridade. Será feito um trabalho na padronização, cumprimento de padrões técnico-operacionais nas redes e certificação dos laboratórios nacionais dos países. Será abordado o melhoramento da gestão e da utilização da cultura; serão introduzidas novas técnicas e a vigilância da tuberculose multi-resistente. No nível regional será formada a “Rede Supranacional de Laboratórios” com participação dos laboratórios supranacionais e centros colaboradores.

*Implementar e/ou estender a estratégia DOTS-Plus, especialmente em países com alta carga de tuberculose multi-resistente.*

29. Isso visa ao manejo integrado de pacientes de tuberculose multi-resistente no âmbito da estratégia DOTS (DOTS-Plus) e inclui o desenvolvimento de padrões, aquisição de medicamentos mediante o Green Light Committee, fortalecimento da gestão, melhoria dos laboratórios nacionais de monitoração dos medicamentos, proibição da venda indiscriminada de medicamentos para tuberculose, etc.

*Incentivar e assessorar a implementação de estratégias de comunicação para informar a população sobre tuberculose, assim como a participação e mobilização social.*

30. Fundamentalmente destinada ao aumento da demanda de atenção sanitária (consulta e diagnóstico precoce e aderência ao tratamento), desestigmatização da doença, incorporação da comunidade para obter a mobilização social e defesa de causas que posicione o controle da tuberculose como uma prioridade nas políticas de saúde.

*Apoiar políticas de formação de recursos humanos*

31. Apoiar políticas de recursos humanos e reforço da capacidade visando a aumentar a oferta de serviços de qualidade que ajudarão a fortalecer o setor da saúde.

***Recursos institucionais, econômicos e humanos***

32. A Região conta com os seguintes recursos:

*Recursos institucionais*

- (a) *Laboratórios Supranacionais de Referência.* Na região tem: Laboratório Estadual de Massachusetts, EUA; Laboratório de Microbacteriologia/Tuberculose, CDC, Atlanta, EUA; Instituto de Saúde Pública do Chile; Instituto Nacional de Doenças Infecciosas da Argentina; Instituto Nacional de Referência Epidemiológica do México.

Estes laboratórios constituem a Rede Supranacional de Laboratórios, encarregados da padronização de técnicas em uso, qualificação de laboratórios nacionais, supervisão e monitoramento das Redes de Laboratórios.

- (b) *Centros Colaboradores da OPAS/OMS.* Incluem: Instituto Pedro Kouri, Cuba; Instituto Nacional de Doenças Respiratórias “Emilio Coni”, Argentina.

Ambos dão apoio na formação de recursos humanos, atividades de pesquisa clínica, epidemiológica e operacional, comunicação social e difusão e intercâmbio de informação mediante publicações regionais. Em 2005 foram incorporados à Rede Supranacional de Laboratórios.

33. *Caribbean Epidemiological Center (CAREC)* em Port-of-Spain, Trinidad e Tobago, que proporciona apoio na vigilância da tuberculose, assim como monitoramento e supervisão aos laboratórios de micobactérias nos países membros do CAREC, e *Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)*, em São Paulo, Brasil, que presta apoio na promoção da cooperação técnica em informação científico-técnica sobre saúde com os países da América Latina e do Caribe e entre eles.

*Recursos financeiros*

34. O Programa Regional de Tuberculose conta com fundos próprios do orçamento ordinário da Organização e recursos da cooperação bilateral. Além disso, o Plano Estratégico Regional inclui estratégias para a mobilização de mais recursos, que possibilitarão a implantação de várias iniciativas.

35. Nos países, a OPAS mobilizará recursos para o controle da tuberculose em países priorizados, usando seus próprios fundos e recursos procedentes da cooperação multilateral e bilateral.

36. Através do *Fundo Mundial contra a AIDS, a Tuberculose e a Malária* (GFATM), 11 países da Região até este momento tiveram êxito nas propostas de tuberculose, obtendo cerca de US\$ 83 milhões destinados ao período de 2003 a 2009. A tabela 2 mostra os projetos aprovados na Região.

**Tabela 2. Projetos do Fundo Mundial contra AIDS, Tuberculose e Malária, componente de tuberculose. Região das Américas, abril de 2005.**

	<b>Período</b> 2 primeiros anos	<b>Quantidade</b> 2 primeiros anos US\$	<b>Total do projeto</b> US\$
Bolívia	Jul2004-Jul2006	2.381.646	5.688.896
Equador	Pendente assinatura	-	16.353.319
El Salvador	Out2003-Out 2005	1.918.344	3.373.959
Guiana	Pendente assinatura	-	1.351.730
Haiti	Jun2004-Jun2006	8.131.836	14.665.170
Honduras	Mai2004-Mai2005	3.790.500	6.597.014
Nicarágua	Out2003-Out2005	1.271.820	2.853.065
Panamá	Fev2003-Fev2005	440.000	570.000
Paraguai	Out2004-Out2006	1.194.902	2.799.545
Peru	Nov2003-Nov2005	20.153.818	24.228.179
República Dominicana	Ago2004-Ago2006	2.636.816	4.611.816

*Recursos Humanos: Assistência para o Programa Regional de Tuberculose*

37. Durante o corrente ano será constituído o Comitê Técnico Assessor, com o objetivo básico de contar com uma visão técnica independente que revise e assessore as políticas, estratégias e planos de ação do Programa Regional, acompanhe e avalie o grau de alcance das metas para melhorar o desempenho do Programa. O Comitê Técnico Assessor será formado de especialistas de prestígio internacional e regional que representam os principais parceiros técnicos e financeiros, assim como dos países de maior carga de tuberculose da Região (Brasil, México e Peru).

**Aspectos referentes aos parceiros e mobilização de recursos**

38. Estão sendo envidados esforços na Região das Américas para criar a Parceria Stop TB, cuja base consiste de parceiros técnicos, financeiros e sociais que trabalham na região. A OPAS tratará ativamente de incorporar novos parceiros e aliados potenciais. A missão deste Comitê será assegurar um compromisso regional para a execução do Plano Regional, que inclua a mobilização de recursos, defesa de causas para o compromisso político e

social, elaboração de estratégias e coordenação de esforços entre parceiros. Nomear-se-á um embaixador da tuberculose como a imagem pública que advogará diante da sociedade pela luta contra a tuberculose nas Américas.

39. A OPAS apóia a instalação de Comitês Stop TB no âmbito nacional. Em 2004, foram lançados as Parcerias Nacionais de Stop TB/Acabar com a Tuberculose do México e Brasil.

#### **Ação do Conselho Diretor**

40. Solicita-se que o Conselho Diretor considere a resolução anexa, proposta pelo Comitê Executivo.

Anexo



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



# 136ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

*Buenos Aires, Argentina, 20-24 de junho de 2005*

CD46/18, Rev. 1 (Port.)  
Anexo

## **RESOLUÇÃO**

### **CE136.R7**

#### **ESTRATÉGIA REGIONAL PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE PARA 2005-2015**

#### ***A 136ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo visto o documento “Estratégia Regional para o Controle da Tuberculose para 2005-2015” (Documento CE136/17);

#### ***RESOLVE:***

Recomendar ao Conselho Diretor que adote uma resolução conforme os termos seguintes:

#### ***O 46º CONSELHO DIRETOR,***

Reconhecendo que, embora sejam possíveis sua prevenção e cura, a tuberculose continua a constituir um problema da saúde pública importante nas Américas, pois cada ano é responsável por mais de 230.000 casos e 53.000 mortes;

Considerando a situação epidemiológica diversa nos vários Estados membros, assim como as distintas características de seus sistemas de saúde e os níveis de desenvolvimento de seus programas nacionais contra a tuberculose;

Consciente de que o controle da tuberculose enfrenta desafios como a coinfeção TB/HIV, a tuberculose com farmacorresistência múltipla e a reforma do setor de saúde;

Considerando que a estratégia internacionalmente reconhecida para o controle da tuberculose é o DOTS (*Directly Observed Treatment Short-Course*), ou tratamento curto

diretamente observado, que em 2003 atingiu a cobertura de 78% da população das Américas e está progredindo muito na detecção e administração dos casos de tuberculose;

Considerando a necessidade de intensificar esforços para alcançar os indicadores e metas para a tuberculose estabelecidos pela *Stop TB Initiative* (Iniciativa Deter a Tuberculose) da Organização Mundial da Saúde, bem como aqueles definidos no âmbito das Metas de Desenvolvimento constantes do conjunto inscrito na Declaração do Milênio para o ano 2015; e

Reconhecendo a resolução 58,14 da Assembléia Mundial da Saúde sobre financiamento sustentável para a prevenção e controle da tuberculose,

***RESOLVE:***

1. Instar os Estados membros a:
  - (a) confirmar o controle da tuberculose como programa de saúde prioritário e ampliar, melhorar ou prosseguir a implementação da estratégia DOTS;
  - (b) considerar o Plano Regional ao formular planos nacionais, com os objetivos de preservar os ganhos recentes e alcançar as metas de desenvolvimento relacionadas com a saúde internacionalmente acordadas para o ano de 2015 na Declaração do Milênio;
  - (c) fortalecer os sistemas de saúde a fim de pôr em prática e reforçar as estratégias para o controle da tuberculose com farmacorresistência múltipla, inclusive DOTS plus, a fim de estreitar a colaboração entre os programas de tuberculose e de HIV/AIDS;
  - (d) fomentar a colaboração entre os setores público e privado, a sociedade civil, os organismos das Nações Unidas e outros interessados, e considerar a possibilidade de formar parcerias nacionais de *Stop TB Initiative* para manter e reforçar os programas nacionais contra a tuberculose; e
  - (e) alocar os recursos financeiros e humanos necessários ao controle da tuberculose, para que os pacientes tenham acesso ao padrão universal de atenção com base em diagnóstico, tratamento e relatórios adequados, compatíveis com a estratégia DOTS.
2. Solicitar à Diretora que:
  - (a) consolide e fortaleça o compromisso da OPAS com o apoio à ampliação e à sustentabilidade da estratégia DOTS na Região;

- (b) coopere tecnicamente com os países para lidar com os novos desafios apresentados pela tuberculose;
- (c) incentive as parcerias com os setores público e privado e com organismos técnicos e financeiros que trabalhem no controle da tuberculose a apoiarem as parcerias *Stop TB* nas Américas; e
- (d) melhore a formulação e implementação das estratégias integrais de saúde pública para o controle da tuberculose mediante a alocação de recursos, compartilhando com as experiências e o desenvolvimento de ferramentas de avaliação.

- - -