



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 136ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

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

*Tema 4.8 da agenda provisória*

CE136/17 (Port.)  
3 de maio de 2005  
ORIGINAL: ESPANHOL

### **ESTRATÉGIA REGIONAL PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE EM 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 130.877 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 do Programa Regional de Tuberculose 2005-2015*, que inclui ações de 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 Sócios 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 a incidência, prevalência e mortalidade por tuberculose.

O *Plano Estratégico Regional de Controle da Tuberculose 2005-2015* é submetido à consideração do Comitê Executivo para sua informação e recomendações sobre o processo de implementação do mesmo.

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
Introdução .....	3
Situação da tuberculose e seu controle no mundo e nas Américas.....	4
Situação no mundo.....	4
Situação nas Américas .....	4
A estratégia DOTS .....	6
Impacto do controle da tuberculose nos objetivos da OMS 2005 e nos ODM.....	8
Objetivos de desenvolvimento do milênio.....	9
Situação da Região das Américas frente às metas .....	9
"Plano Estratégico do Programa Regional de Tuberculose 2005-2015" .....	10
Propósito .....	10
Objetivo geral.....	10
Objetivos específicos .....	10
Principais metas .....	11
Linhas de trabalho do plano .....	11
Recursos institucionais, econômicos e humanos .....	12
Aspectos referentes aos parceiros e mobilização de recursos.....	15
Intervenção do Comitê Executivo.....	16
Referências	

## **“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 dor, 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 à acessibilidade da população a uma rede de serviços sanitários que não represente custo para o paciente, a oportunidade na consulta e diagnóstico, a aderência do enfermo ao tratamento prolongado e o suporte familiar e comunitário, ambos frequentemente ausentes pelo estigma social associado à doença.

2. A situação dos doentes tuberculosos que não têm acesso aos estabelecimentos sanitários é triste, com risco de morte para 80% dos mesmos, sofrimento e dor por vários anos de enfermidade e surgimento de novos casos de tuberculose na família e comunidade. Em média, um enfermo não tratado contagia uma pessoa por mês, podendo somar um só paciente entre 24 e 96 novos infectados, 10% dos quais desenvolverão a doença durante sua vida.<sup>1</sup> Esta situação é agravada pelo HIV/AIDS, que aumenta o risco de tuberculose entre 5 e 15% por ano nas pessoas co-infectadas.<sup>2</sup> Se os enfermos consultam serviços de saúde que não aplicam as normas dos Programas Nacionais de Tuberculose (PNT), em muitos casos são submetidos a tratamentos irregulares, de alto custo, com risco de padecer da tuberculose multi-resistente.

3. Deve-se destacar a associação íntima da tuberculose com determinantes sociais gerados pelas diversas dinâmicas sociais e econômicas no desenvolvimento dos países, que produzem grande iniquidade nas nações e entre elas, nos povoados e entre eles, pelo aumento da pobreza, exclusão social e discriminação, para citar alguns exemplos. São fatores que predisõem as populações mais desfavorecidas de uma comunidade à infecção e enfermidade por tuberculose e criam barreiras de acesso à atenção de saúde de qualidade.

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

#### *Situação no mundo*

4. A tuberculose continua sendo um problema maior 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.

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 adversas que se observam na África, as taxas de prevalência e mortalidade estariam diminuindo no mundo.<sup>3</sup>

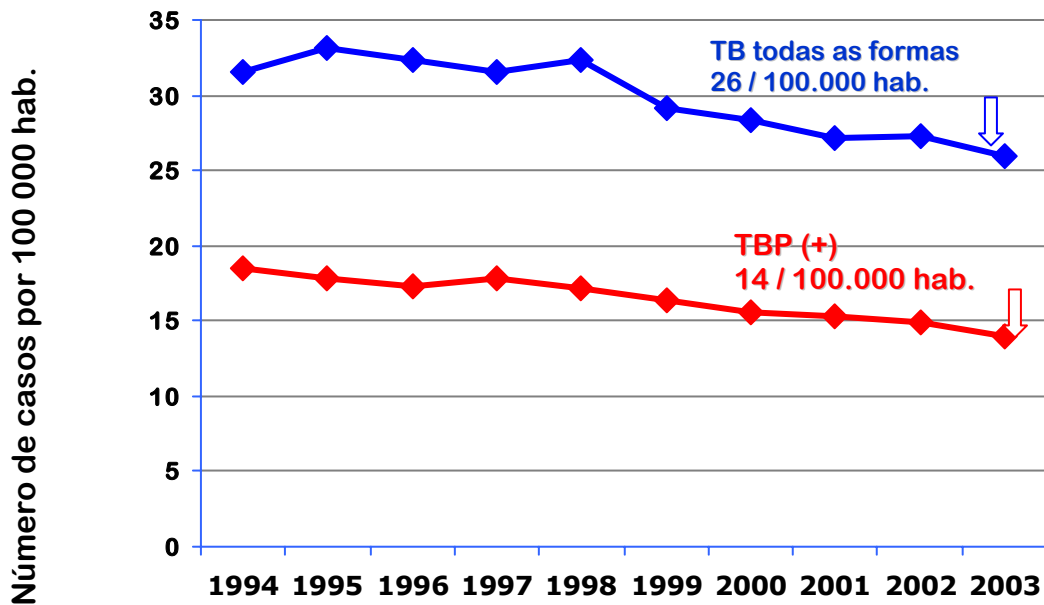
#### *Situação nas Américas*

7. Na Região das Américas, durante o ano de 2003 foram notificados 227.551 casos de tuberculose, dos quais 130.877 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 captados 61% dos casos em todas as suas formas 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>4</sup> A tuberculose nos países mais afetados representa uma das principais causas de morte.

9. A tendência da incidência de 1994 a 2003 é ligeiramente descendente de 1,6% ao ano para tuberculose em todas as formas e 2,6% ao ano para tuberculose P+ (figura 1), tendência atribuída fundamentalmente à diminuição de casos no Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos e Peru, correspondendo ao Brasil e Peru 50% da notificação dos casos da região.<sup>3</sup>

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



10. A análise diferenciada por países mostra a heterogeneidade na carga da tuberculose:

**Tabela 1. Taxa de incidência de tuberculose estimada por 100.000 habitantes, 2003**

> 85	>50-84	25-49	<24
Bolívia	Belize	Argentina	Caribe inglês
Equador	Brasil	Bahamas	Chile
Guiana	Colômbia	México	Costa Rica
Haiti	El Salvador	Panamá	Cuba
Peru	Guatemala	Uruguai	Canadá
República Dominicana	Honduras	Venezuela	EUA
	Nicarágua		Porto Rico
	Paraguai		
	Suriname		

11. A incidência da tuberculose P+ na região, desde 1994, afeta de maneira predominante a população jovem e masculina, com 60% dos casos compreendidos entre 15 a 44 anos.

12. A co-infecção tuberculose/HIV e a tuberculose multi-resistente a medicamentos antituberculose estão presentes em todos os países:

- A maioria apresenta epidemias de HIV/AIDS concentradas ou generalizadas, destacando-se epidemias generalizadas em países com alta carga de tuberculose como Honduras, República Dominicana, Haiti, Guiana e Guatemala.
- A tuberculose multi-resistente (TMR) primária constitui um sério problema, fundamentalmente em países como Peru, Guatemala, República Dominicana e Equador, que apresentam taxas de TMR superiores a 3% dos casos novos de tuberculose.<sup>5</sup>

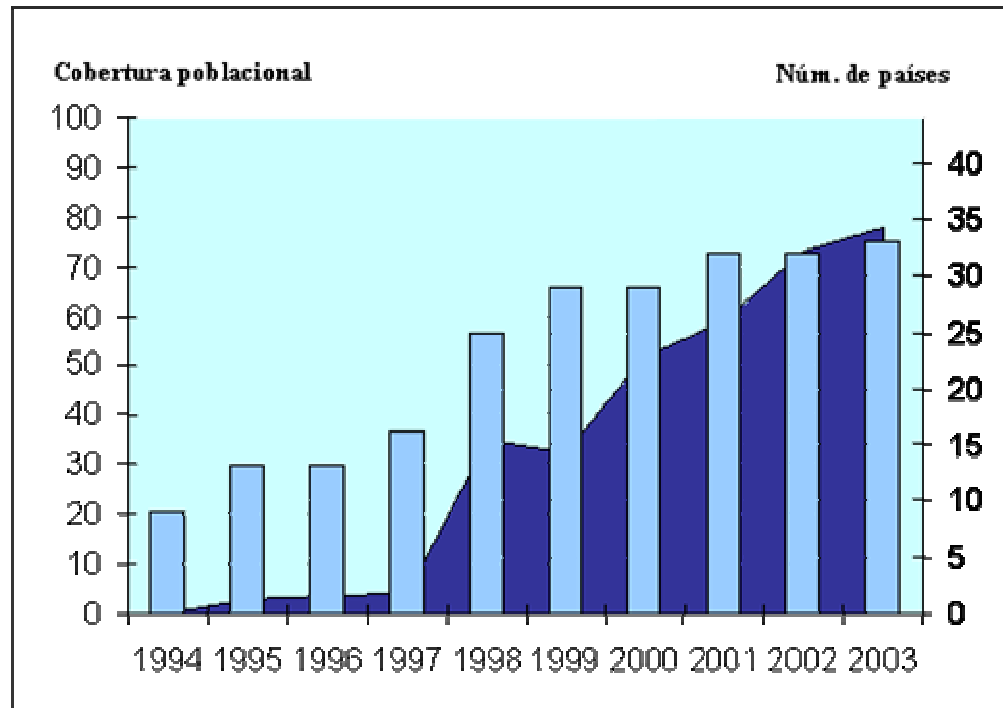
### ***A estratégia DOTS***

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>6</sup> Compõe-se de 5 elementos técnico-gerenciais:<sup>7</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. Em 2003, a estratégia foi implementada em 25 países, com diferentes níveis de cobertura (figura 2); como consequência da mesma, melhoraram os resultados de notificação dos casos e do êxito do tratamento. Os resultados de tratamento dos casos de tuberculose P+ novos, em áreas com a estratégia DOTS, aumentou de 77% de êxito do tratamento na coorte de 1994 para 81% em 2002.

**Figura 2. Expansão da estratégia DOTS nas Américas, porcentagem de cobertura populacional e número de países que aplicam a estratégia. 1994-2003.**



### **Impacto do controle da tuberculose nos objetivos da OMS para 2005 e nos ODM**

15. A OMS alertou permanentemente o mundo sobre o impacto negativo da tuberculose no desenvolvimento econômico e social dos países, através das resoluções emanadas das *Assembléias Mundiais*, como, por exemplo, a WHA 44.8 de 1991, que solicitou aos Estados membros atribuir “alta prioridade ao controle da tuberculose” e lançou as metas de detecção de 70% de casos com baciloscopia positiva e cura de 85% dos mesmos; a WHA 46.36 de 1993, que recomenda a estratégia DOTS com seus 5 componentes como ferramenta de controle.

16. As mesmas foram respaldadas por *Resoluções do Conselho Diretor da OPAS e Comitê Executivo da OMS*, entre as quais pode-se citar a CD 39/20 de 1996, que declarou a tuberculose como “prioridade sanitária”, convocou e comprometeu os governos dos países a dar prioridade a seu controle, e a 114ª Sessão do Comitê Executivo (EB) de 2004, que recomendou acelerar o progresso para as metas: detectar 70% de casos novos

infecciosos e tratar com êxito 85% destes, para alcançar os ODM; melhorar a colaboração entre os programas de HIV e tuberculose e implementar e fortalecer estratégias para um controle efetivo da tuberculose multi-resistente.

17. Resoluções que contribuíram à elaboração dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

*Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*

18. Todos os países da Organização das Nações Unidas (ONU) em setembro de 2000 acordaram oito objetivos básicos de desenvolvimento com a aspiração de alcançá-los em 2015. O Objetivo 6, “Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças”, estabelece a Meta 8, “*Haver detido e começado a reduzir até o ano 2015 a incidência da malária e outras doenças graves*”, com os indicadores específicos para tuberculose: número 23, de reduzir à metade a prevalência e mortalidade por tuberculose, e número 24, de detectar 70% dos novos casos bacilíferos e tratar com êxito 85% destes com DOTS.

*Situação da Região das Américas frente às metas*

19. Frente às metas da OMS lançadas na 44<sup>a</sup> Assembléia, para alcançar em 2005:

- Em 2003, foram detectados 76% dos casos contagiosos, mas só 50% com DOTS, sendo os 26% restantes em serviços públicos sem DOTS. Foram tratados com êxito 81% destes casos.

Estima-se que se alcançará a meta de tratamento e serão notificados cerca de 70% dos casos com DOTS no final de 2005.

20. Frente às metas para 2015, Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: “*Haver detido e começado a reduzir até 2015 a incidência da malária e outras doenças graves*”.

- De acordo com estimativas da OMS (3), a incidência já começou a diminuir desde 1990, de 66 para 43 por 100.000 habitantes em 2003.

21. Observa-se uma diminuição discreta da incidência nos seguintes países: Belize, Bolívia, Colômbia, Equador, Paraguai, Venezuela e Haiti.

22. A respeito das *metas de prevalência e mortalidade por tuberculose*, a Região em 2003 apresentava a seguinte situação:

	<b>Linha de Base (1990)</b>	<b>2003</b>	<b>Meta (2015)</b>
Prevalência TB *	100	58	50
Mortalidade TB *	100	6	5

(\*) Taxas por 100.000 habitantes

23. Posicionando a Região, encontra-se próxima às metas dos ODM; todavia, deve-se enfatizar que os resultados atuais foram fundamentalmente alcançados em países com renda alta ou média, com PNTs bem-sucedidos de longa data e diminuição sustentada de seus indicadores.

24. A diminuição necessária para alcançar os ODM, de 2003 a 2015, dependerá dos países de renda média ou baixa e com alta prevalência ou carga de tuberculose, devendo levar-se em conta que alguns deles estão submetidos a instabilidade político-social, empobrecimento e rápida propagação do HIV/AIDS.

25. A análise dos dados permite concluir que de 1996 a 2003 foram obtidos grandes resultados que devem ser protegidos; todavia, ficam alguns inconclusos e outros por alcançar; em conseqüência, o Programa Regional, orientará suas políticas de controle no período 2005–2015 (Plano Estratégico Regional) a:

- (a) **Proteger** a sustentabilidade da expansão bem-sucedida da estratégia DOTS em 16 países da região, proteção que deve priorizar países de renda econômica média ou baixa com alto risco de tuberculose, como Bolívia, Nicarágua, Guatemala e Peru.
- (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*, 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 da estratégia DOTS em países ainda sem DOTS.
- Implementação de iniciativas que permitam melhorar a qualidade de atenção como o PAL (do inglês “Practical Approach to Lung Health”),\* e incorporar todos os prestadores públicos e privados (iniciativa PPM, do inglês *Public-Private Mix*).
- Implementação do *manejo integral da tuberculose/HIV e tuberculose multi-resistente*, assim como sua vigilância, com DOTS em todos os países.
- Implementação e/ou fortalecimento da comunicação social, para obter a participação e mobilização social, e o compromisso político.

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

#### *Propósito*

26. Foram registrados grandes avanços no controle da tuberculose na Região; todavia, devido à diferente dinâmica de desenvolvimento dos países e ao surgimento de novos desafios, a cooperação técnica deve enquadrar-se na diversidade de cenários epidemiológicos, operacionais e de desenvolvimento dos PNTs, priorizando os mais vulneráveis nos diferentes contextos, como condições de pobreza, incidência e carga de tuberculose e resposta sanitária, impacto do HIV/AIDS e da tuberculose multi-resistente.

27. Com tal propósito elabora-se um Plano Regional, em consenso com especialistas de todos os países da região (chefes dos PNTs), que enquadre ações de cooperação diferenciada para otimizar a abordagem do controle com iniciativas dentro da estratégia DOTS que melhorem a qualidade de atenção, a participação e mobilização social, caminhando para o cumprimento dos Objetivos do Milênio.

#### *Objetivo geral*

28. Os Estados Membros e Sócios expandem e consolidam a estratégia DOTS e aplicam iniciativas delineadas com DOTS, incluindo a tuberculose multi-resistente e a tuberculose associada ao HIV/AIDS, para reverter a incidência, prevalência e mortalidade por tuberculose.

#### *Objetivos específicos*

- Estender, consolidar e/ou aprofundar a estratégia DOTS/TAES.

---

\* Para introduzir ações padronizadas de atenção de doenças respiratórias nos serviços primários de saúde, para melhorar o diagnóstico da tuberculose.

- Diminuir a incidência da tuberculose e HIV em populações afetadas por ambas as doenças.
- Fortalecer as redes de laboratórios de tuberculose para garantir diagnóstico e controle oportuno e de qualidade.
- Facilitar a implementação do manejo integral da tuberculose multi-resistente com DOTS (estratégia DOTS-Plus)
- Promover o uso de estratégias de Comunicação para a Mudança de Comportamento (CCC) pelos PNTs.
  
- Promover a elaboração e aplicação de estratégias para o desenvolvimento de recursos humanos no controle da tuberculose nos países.

#### *Principais metas*

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

#### *Linhas de trabalho do plano*

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

29. Linha destinada a implementar, expandir, fortalecer e/ou sustentar a estratégia DOTS. Trabalho a desenvolver com uma abordagem multissetorial e em função da estratificação de países de acordo com a taxa de incidência de tuberculose e a cobertura da estratégia DOTS em 2003. Serão introduzidas novas iniciativas já descritas, incluindo a eliminação da tuberculose, a cooperação horizontal entre países e a incorporação de parceiros e novos atores.

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

30. A cooperação será proporcionada de acordo com uma estratificação em função da situação da epidemia de HIV e carga de tuberculose, para identificar ações imediatas e de médio prazo, implementando o manejo integral de tuberculose/HIV na atenção primária e comunitária (estratégia passo a passo), facilitando o acesso a anti-retrovirais (Iniciativa 3 para 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.*

31. 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 supranacional 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.*

32. Dirigida ao manejo integral com DOTS (atenção de qualidade dos enfermos) dos pacientes de tuberculose multi-resistente – normas, medicamentos de qualidade -, com uma abordagem preventiva.

*Incentivar e assessorar a implementação de estratégias de comunicação para a mudança de comportamento na população, assim como a participação e mobilização social.*

33. 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. Incentivando a cooperação horizontal entre países.

*Apoiar políticas de formação de recursos humanos em saúde.*

34. Apoiar políticas de recursos humanos e formar capacidades dirigidas a aumentar a oferta de serviços de qualidade, contribuindo ao fortalecimento do setor sanitário.

*Recursos institucionais, econômicos e humanos*

35. A Região conta com os seguintes recursos em 2005:

*Recursos institucionais*

(a) *Laboratórios Supranacionais de Referência:*

- 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

36. 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*

- Instituto Pedro Kouri, Cuba
- Instituto Nacional de Doenças Respiratórias “Emilio Coni”, Argentina

37. Os Centros Colaboradores 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. A partir de 2005 serão incorporados à Rede Supranacional de Laboratórios.

38. *Caribbean Epidemiological Center (CAREC)* em Puerto España, Trinidad e Tobago. Proporciona apoio na vigilância da tuberculose, assim como monitoramento e supervisão aos laboratórios de micobactérias nos países membros do CAREC.

39. *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 e entre os países da América Latina e do Caribe.

*Recursos financeiros*

40. No biênio 2004-2005, o Programa Regional contou com cerca de US\$ 2.000.000 para o controle da tuberculose, dos quais 27% correspondiam a fundos próprios da organização (fundos regulares). Prevê-se que estes recursos financeiros vão sofrer uma diminuição de 45% no biênio 2006-2007. Os recursos regionais, procedentes da cooperação bilateral, também sofrerão uma redução pela mudança nas prioridades dos doadores. A diminuição de recursos disponíveis para o próximo biênio vai gerar brechas importantes para o cumprimento do Plano Regional. O Programa Regional está planejando estratégias para a mobilização de recursos.

41. No nível dos países, durante o passado biênio, a OPAS mobilizou um total de US\$ 1.897.000 para o controle da tuberculose em países priorizados, procedentes da cooperação multilateral e bilateral.

42. Através do *Fundo Mundial contra a AIDS, a Tuberculose e a Malária* (GFATM, sua sigla em inglês), onze países da Região até este momento tiveram êxito nas propostas de tuberculose, obtendo cerca de US\$ 83 milhões. Estes projetos enquadram-se no período de 2003 a 2009. A tabela 2 mostra os projetos do Fundo Mundial 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>Totalidade do</b> <b>projeto</b>
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*

#### *Recursos humanos para assessoria ao Programa Regional*

43. 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, Peru e México).

44. Os recursos humanos específicos para tuberculose são insuficientes para dar resposta aos objetivos e atividades do Plano Regional; por conseguinte, estão sendo contatadas diferentes instâncias para obter um maior apoio dentro do Programa Regional, dentro das áreas técnicas de laboratório e tuberculose multi-resistente.

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

45. A Aliança Stop TB, estabelecida desde 1998 no 1º Comitê *Ad hoc* sobre a epidemia de tuberculose convocado pela OMS (Londres), é um movimento social mundial contra a tuberculose que propõe a necessidade de uma abordagem multisetorial e busca novas oportunidades para trabalhar com parceiros e aliados.

46. A Aliança Mundial Stop TB tem por objetivo fomentar o desenvolvimento de alianças regionais e nacionais, mobilização de recursos e financiamento do plano mundial, integrar a tuberculose nas estratégias de redução da pobreza, realizar mobilização social, comunicação e promoção mundial e local para aumentar o compromisso político e os recursos financeiros e manter as atividades do Global TB Drug Facility.

47. Na Região das Américas, está sendo preparada a formação do Comitê Stop TB Regional, em cuja base estarão os parceiros técnicos e financeiros que desenvolvem suas atividades 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(a) embaixador(a) da tuberculose, que será a imagem pública que advogará diante da sociedade pela luta contra a tuberculose nas Américas.

48. A OPAS apóia a instalação de Comitês Stop TB no âmbito nacional; em 2004, foram lançados os Comitês Nacionais de Stop TB/Acabar com a Tuberculose do México e Brasil.

#### **Intervenção do Comitê Executivo**

49. Solicita-se que o Comitê Executivo atribua ao controle da tuberculose prioridade nas políticas de saúde, considerando as linhas estratégicas do Plano Regional de Controle da Tuberculose 2005-2015, e manifeste suas considerações sobre as possibilidades de elaboração de planos estratégicos em níveis nacionais coerentes com o plano regional, que contribuam para que a Região alcance os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

## Referências

- <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)
- <sup>4</sup> CDC. Reported Tuberculosis in the United States, 2003. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC, September 2004
- <sup>5</sup> TB MDR Surveillance Report, Anti-tuberculosis drug resistance in the world report no. 3, Genebra, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2004.343)
- <sup>6</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>7</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. Genebra, Organização Mundial da Saúde (OMS/CDS/CPC/TB/ 99.270)