



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



25ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA 50ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., 21-25 setembro 1998

Tema 4.7 da Agenda Provisória

CSP25/13 (Port.)

15 julho 1998

ORIGINAL: ESPANHOL-INGLÊS

SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS) NAS AMÉRICAS

Na maioria dos países das Américas, a epidemia de HIV/AIDS ainda se concentra em grupos de risco específicos. Essa situação oferece a oportunidade de redobrar os esforços nacionais e preparar uma resposta intersetorial mais ampla antes que a epidemia se propague para o resto da população.

Este documento examina a situação da vigilância, gestão e planejamento dos programas de AIDS, intervenções nos comportamentos, atendimento dos casos de AIDS/HIV e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), e propõe mecanismos para fortalecer a resposta nacional à epidemia de HIV/AIDS e DST. Uma área que exige atenção especial é a prevenção e controle das DST, já que elas contribuem de maneira significativa para a rápida transmissão do HIV entre adolescentes, as mulheres e os jovens do sexo masculino.

Durante a sua 122ª Sessão, o Comitê Executivo enfatizou a necessidade de dar continuidade aos esforços de combate ao HIV/AIDS e de adotar uma estratégia regional de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis, bem como de explorar mecanismos para melhorar a atenção dos pacientes, incluindo tanto um acesso maior aos medicamentos contra os retrovírus como a prevenção da transmissão perinatal do HIV. Outrossim, o Comitê Executivo propôs uma resolução (CE122.R10) sobre as linhas anteriores, para consideração da Conferência Sanitária Pan-Americana.

SUMÁRIO

	<i>Página</i>
Resumo Executivo	3
1. Introdução.....	4
2. Tipologia da epidemia de HIV/AIDS/DST nas Américas	4
3. Prioridades e respostas atuais.....	5
3.1 Vigilância	5
3.2 Questões gerenciais e políticas de saúde.....	8
3.3 Intervenções no comportamento	11
3.4 Modelos de tratamento de HIV/AIDS	12
3.5 Prevenção e controle de DST	12
4. Estratégia STD.PAC da OMS	13
4.1 Elementos básicos da STD.PAC	13
4.2 Implementação da STD.PAC nos países das Américas	14
5. Situação das terapias anti-retroviróticas e prevenção da transmissão perinatal	15
5.1 Terapias anti-retroviróticas	15
5.2 Prevenção da transmissão perinatal	16
6. Perspectivas para o futuro	17
Anexo: Resolução CE122.R10	

RESUMO EXECUTIVO

Calcula-se que 1,6 milhão de pessoas na América Latina e no Caribe estejam vivendo com HIV. Mais de 200.000 desenvolveram AIDS e estão experimentando todos os problemas relacionados com essa condição. Além disso, aproximadamente 40 milhões de homens e mulheres contraem uma infecção venérea a cada ano. A epidemia de HIV/AIDS/DST na América Latina e no Caribe não é homogênea, mas consiste de um mosaico de baixa transmissão e epidemia concentrada e generalizada que requer estratégias apropriadas para sustar sua difusão. As principais áreas técnicas de atividade dos programas nacionais (vigilância, planejamento e administração; desenvolvimento de intervenções de prevenção e atendimento; e controle de doenças sexualmente transmissíveis) necessitam de fortalecimento adicional. Este documento contém uma breve descrição da situação atual desses componentes, informações atualizadas sobre o coquetel de medicamentos anti-retroviróticos (ARV) para tratamento de pacientes de HIV/AIDS e uso de AZT na prevenção da transmissão vertical (mãe para filho) de HIV.

Uma das principais observações do documento é a necessidade de fortalecer os programas de controle de doenças sexualmente transmissíveis na região. Para tanto, a Secretaria propõe que a estratégia de prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (STD.PAC) da OMS seja examinada pela Conferência Sanitária Pan-Americana e considerada para adoção pelos Estados Membros. Finalmente, o documento menciona alguns mecanismos para fortalecer a prevenção e controle de HIV/AIDS/DST nos países, como participação intersetorial, descentralização dos conhecimentos técnicos, adoção de mecanismos de financiamento adicional e estabelecimento de redes de cooperação entre países.

Após discutir esse tema, o Comitê Executivo recomendou, mediante uma proposta de resolução à Conferência (Resolução CE122.R10, anexa), que os Estados Membros redobrem seus esforços para combater o HIV/AIDS e apoiem a adoção de uma estratégia regional para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, solicitando que o Diretor fortaleça a capacidade regional de prevenção e controle das DST e continue estudando os mecanismos para melhorar a atenção dos pacientes do HIV/AIDS, inclusive um acesso maior aos anti-retroviróticos e a prevenção da transmissão de HIV de mãe a filho. Os membros do Comitê ressaltaram também a importância de que a Organização oriente e apoie o desenvolvimento de pautas e critérios éticos na realização de provas clínicas e de vacinas, bem como nos aspectos de triagem e procura de casos de HIV e AIDS.

1. Introdução

O ano de 1997 foi notável na luta contra a AIDS. Por um lado, a maior disponibilidade de medicamentos anti-retroviróticos eficazes – mas caros – nos países industrializados e em alguns países em desenvolvimento resultou numa queda na mortalidade devida a AIDS, bem como em redução na progressão da infecção por HIV para a doença clínica. Isso, juntamente com intervenções de comportamento bem dirigidas e adoção de práticas de sexo mais seguras entre os jovens, torna real a possibilidade de subjugar essa epidemia devastadora. Paradoxalmente, na grande maioria dos países em desenvolvimento, a AIDS e as infecções com HIV continuam aumentando em resultado das disparidades econômicas e estruturais entre os países e das persistentes desigualdades entre indivíduos e populações. Além disso, as doenças sexualmente transmissíveis continuam afetando mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo a cada ano (40 milhões nas Américas), apesar de se dispor do conhecimento e experiência para reduzir significativamente sua transmissão e impacto na maioria dos países da região.

2. Tipologia da epidemia de HIV/AIDS/DST nas Américas

A OPAS calcula que 2.5 milhões de pessoas estão vivendo com HIV nas Américas. A América Latina e o Caribe contam com 5,4% do total mundial (1,6 milhões de pessoas infectadas) e mais de 200.000 pessoas com AIDS (3% do número total de casos notificados em todo o mundo). A epidemia de HIV/AIDS, tanto no Canadá e nos Estados Unidos como na América Latina e no Caribe mostra uma grande heterogeneidade, com claras diferenças entre os países e dentro deles. Conseqüentemente, é essencial identificar a tipologia das diversas epidemias que ocorrem nos vários países para planejar e implementar as estratégias de prevenção e tratamento mais apropriadas. Os três tipos de epidemia de HIV estabelecidos nas duas reuniões mundiais de especialistas (Berlim, 1997, Genebra, 1998) são de baixa transmissão, concentrada e generalizada.

- *As epidemias de baixa transmissão* se caracterizam por prevalência de HIV abaixo de 5% nos grupos populacionais com comportamento de alto risco (por exemplo, prostitutas, homossexuais com múltiplos parceiros, pessoas que injetam drogas, mas a prevalência de HIV entre a população em geral medida através de mulheres que recebem atendimento pré-natal em áreas urbanas) é praticamente zero.
- *As epidemias concentradas* são aquelas em que a prevalência de HIV é superior a 5% em um ou mais grupos de alto risco. Contudo, a prevalência entre a população em geral (avaliada entre mulheres grávidas) é inferior a 5%.

- *As epidemias generalizadas* são epidemias em que HIV se espalhou dos grupos de alto risco para a população em geral e, portanto, a prevalência de HIV entre mulheres grávidas é superior a 5%.

A maioria das epidemias na América Latina e Caribe pode ser classificada como concentrada, ou seja, a epidemia nacional ainda está afetando os grupos que praticam comportamentos de alto risco, entre os quais a taxa de infecção ultrapassa 5%. Conseqüentemente, a epidemia ainda está tendo o maior impacto entre os homens que praticam sexo sem proteção com outros homens e entre os usuários de drogas injetáveis e seus parceiros sexuais.

Há alguns países nas Américas com epidemias de baixa transmissão, como por exemplo, Bolívia, Cuba, Nicarágua e Paraguai, e áreas e países com epidemias concentradas, como as áreas urbanas do Canadá e dos Estados Unidos. As epidemias de Haiti e vários países do Caribe (Bahamas, Guiana), bem como algumas áreas urbanas no Brasil e costa atlântica de Honduras podem ser consideradas como generalizadas.

Em sua maior parte, a epidemia de HIV/AIDS na América Latina e Caribe não se espalhou para a população em geral. Contudo, observa-se um aumento das taxas em grandes áreas urbanas, entre certos grupos populacionais (por exemplo, mulheres e jovens adultos) e pessoas mais pobres, analfabetas e sem pleno acesso aos serviços de saúde. O baixo nível e as etapas concentradas da epidemia oferecem aos governos, políticos, instituições, profissionais, comunidades e indivíduos a oportunidade de tomar as medidas necessárias para impedir a propagação. As intervenções e recursos devem ser coerentes com o tipo e as características da epidemia com base nas informações coletadas em cada país. A Tabela 1 mostra a distribuição relativa da infecção com HIV entre certos grupos (usuários de drogas injetáveis, homens que praticam sexo com outros homens e população heterossexual, inclusive prostitutas).

3. Prioridades e respostas atuais

De modo a criar uma resposta tecnicamente adequada à epidemia de HIV/AIDS, as autoridades de saúde pública e a OPAS concentraram seus esforços nas seguintes áreas:

3.1 Vigilância

A vigilância da epidemia de HIV/AIDS tem-se baseado na vigilância e análise dos casos notificados de AIDS para determinar tendências e elaborar projeções e estimativas. Muitos países contam com um sistema adequado de notificação de casos de AIDS,

Tabela 1. Distribuição de HIV entre Determinados Grupos da Região das Américas

Sub-Região/País	Categorias Populacionais		
	UDI	HSH	HET
Área Andina			
Bolívia	0	+	+
Colômbia	0	++	+
Equador	0	+	+
Peru	0	+++	+
Venezuela	0	+++	+
Brasil	+++	+++	++
América Central			
Belize	0	++	++
Costa Rica	0	+++	++
El Salvador	0	++	++
Guatemala	0	+++	++
Honduras	0	++	++
Nicarágua	0	+++	+
Panamá	+	+++	++
Caribe Latino			
Cuba	+	+	+
República Dominicana	++	++	++
Haiti	0	++	+++
Caribe Não Latino			
Anguila	0	0	0
Antígua e Barbuda	+	++	++
Aruba	0	++	+
Bahamas	0	+	++
Barbados	0	++	++

Sub-Região/País	Categorias Populacionais		
	UDI	HSH	HET
Caribe Não Latino (cont.)			
Ilhas Virgens Britânicas	0	0	++
Ilhas Caimã	0	0	+
Dominica	0	+++	++
Guiana Francesa	+	++	++
Granada	0	+	+
Guadalupe	+	++	++
Guiana	+	++	+++
Jamaica	0	++	++
Martinica	+	++	++
Montserrat	0	0	0
Antilhas Neerlandesas	++	++	++
San Cristóvão e Neves	+	+	++
Santa Lúcia	0	0	+
São Vicente e Granadinas	+	0	+
Suriname	+	++	++
Trinidad e Tobago	0	++	++
Turcos e Caicos	0	+	++
América do Norte			
Canadá	++	+++	+++
Estados Unidos da América	+++	+++	+++
México	+	+++	++
Cone Sul			
Argentina	+++	+++	++
Chile	+	++	+
Paraguai	+	+	+
Uruguai	++	++	+

- +++ Alto ou em rápido crescimento
 ++ Relativamente baixo ou estável
 + Não é um componente importante
 0 Não se dispõe de dados
 * Inclue Porto Rico

Categorias:

- UDI Usuários de drogas injetáveis
 HSH Homens que têm relações homossexuais
 HET Heterossexual

estabelecido formalmente em meados da década de 80. Esses sistemas nacionais de vigilância proporcionam informações aos sistemas regionais e mundiais de vigilância. Contudo, a utilidade desses dados é limitada por fatores como notificação incompleta e variações na definição de caso de AIDS utilizada em cada país ou área.

A Tabela 2 apresenta informação sobre os casos de AIDS notificados à OPAS até 31 de março de 1997. A maior limitação ao uso exclusivo da notificação de casos de AIDS para vigilância da epidemia é que somente dá uma idéia da transmissão de HIV que ocorreu há cinco ou dez anos, ou mais. Portanto, os sistemas de notificação de casos de AIDS não são as melhores fontes para determinar o ritmo da transmissão ou detectar rápidas alterações na epidemia. Por esse motivo, é preciso contar com os dados de um sistema de vigilância de HIV bem elaborado para projetar o futuro da epidemia.

Embora quase todos os países da região contem com sistemas de vigilância de HIV, as variações no seu funcionamento dificultam a análise e interpretação dos dados. O fortalecimento dos sistemas de vigilância de HIV resultaria no que a OMS e a UNAIDS chamam de vigilância de segunda geração (VSG), que aproveita os dados existentes e introduz inovações que ajudarão a melhorar o conhecimento sobre a epidemia. A vigilância de segunda geração na América Latina e Caribe utilizará uma combinação de instrumentos e estratégias antigas e novas, como notificação de casos de HIV e AIDS, serovigilância de HIV, vigilância molecular, indicadores de mortalidade e vigilância de comportamento. Isso proporcionará aos Estados Membros e programas nacionais de AIDS as informações necessárias para preparar e executar medidas apropriadas e eficazes de prevenção e tratamento de HIV/AIDS.

3.2 *Questões gerenciais e políticas de saúde*

A maioria dos Estados Membros desenvolveu e conta com um quadro bem qualificado de técnicos e profissionais. Em alguns países, o recrutamento bem direcionado de gerentes e o treinamento em serviço resultaram na disponibilidade de melhores conhecimentos e práticas gerenciais no programa de AIDS. Contudo, o desenvolvimento da capacidade nacional em matéria de políticas e gestão da saúde não progrediu tão rapidamente quanto em outras áreas técnicas (como laboratório, epidemiologia e aconselhamento). Portanto, deve-se dedicar mais atenção às áreas de planejamento estratégico, preparação, implementação e avaliação de projetos, bem como à capacidade de mobilizar recursos internos e externos e colaborar com outros setores.

Sob a perspectiva da saúde pública, a epidemia de HIV e AIDS levantou importantes questões técnicas, sociais, econômicas, políticas e éticas, que estão recebendo diversos graus de atenção, e obtendo diversos graus de êxito, nos países. Alguns

Tabela 2. Número de Casos Notificados de AIDS por Ano e Número de Casos e Óbitos, por País e Sub-Região, em 31 de março de 1998

SUB-REGIÃO País o território	NÚMERO DE CASOS							TOTAL(b) ACUMULADO	TOTAL ÓBITOS	DATA DO INFORME MAIS RECENTE
	ATÉ 1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997(a)			
TOTAL REGIONAL	333.318	105.439	109.402	103.545	98.477	90.818	41.141	889.055	511.772	
AMÉRICA LATINA	61.922	23.521	27.293	29.145	28.956	33.584	8.738	219.942	102.392	
ÁREA ANDINA	6.872	2.554	2.498	3.385	3.029	3.005	1.710	23.723	10.416	
Bolívia	47	19	21	19	15	28	30 *	179	107	31/mar/98
Colômbia	2.804	934	740	1.361	910	1.095	589	8.433	3.375	31/dez/97
Equador	198	69	90	117	69	67	15	625	430	31/mar/97
Peru	1.339	646	669	787	1.063	1.148	882 *	7.204	2.220	31/mar/98
Venezuela	2.484	886	978	1.101	972	667	194 *	7.282	4.284	31/mar/98
CONE SUL	2.725	1.420	1.799	2.471	2.127	2.738	1.800	15.080	5.457	
Argentina	1.874	1.103	1.413	2.036	1.682	2.165	1.233	11.506	3.282	31/dez/97
Chile c)	535	199	238	292	295	363	290	2.212	1.426	31/dez/97
Paraguai	71	28	45	24	23	54	104 *	349	197	31/mar/98
Uruguai	245	90	103	119	127	156	173	1.013	552	31/dez/97
BRASIL c)	33.852	13.759	15.576	16.713	16.781	23.718	*	120.399	62.503	11/nov/97
ISTMO CENTRO-AMERICANO	3.362	1.326	1.890	1.961	2.118	2.738	2.408	15.913	3.869	
Belize	46	13	24	18	28	38	...	198	190	31/dez/96
Costa Rica	325	127	127	163	207	202	127	1.284	674	30/set/97
El Salvador	315	114	176	387	380	417	230	2.019	289	30/jun/97
Guatemala	277	94	178	110	141	835	760 *	2.395	537	31/mar/98
Honduras	2012	851	1.183	1.058	1.138	978	929	8.217	1.081	31/dez/97
Nicarágua	29	10	24	38	21	25	28 *	180	105	31/mar/98
Panamá	358	117	178	187	203	243	334	1.620	993	31/dez/97
CARIBE LATINO	6.054	1.252	472	504	591	480	325	9.708	1.636	
Cuba	108	71	82	102	116	99	111	689	481	31/dez/97
Haiti	4.161	806	...	...	...	...	...	4.967	297	31/dez/92
Porto Rico d)	8.683	2.250	2.374	673	...	...	...	13.980	8.183	30/set/94
República Dominicana	1.785	375	390	402	475	381	214	4.052	858	30/set/97
CARIBE NÃO LATINO	3.974	1.155	1.335	1.520	1.855	1.872	1.174	12.926	7.642	
Anguila	5	0	0	0	0	...	...	5	3	31/dez/95
Antígua e Barbuda	16	14	18	16	7	13	6	90	68	30/set/97
Antilhas Holandesas	100	10	47	0	76	...	...	233	74	31/dez/95
Aruba	11	3	1	0	6	1	...	22	17	30/jun/96
Bahamas	838	254	297	322	390	374	273	2.748	1.755	30/set/97
Barbados	252	78	88	119	95	130	113	875	742	31/dez/97
Bermuda	191	17	15	44	48	17	13	345	241	30/jun/97
Dominica	12	0	14	6	5	14	19	70	83	31/dez/97
Granada	31	4	21	7	18	18	4	103	68	30/set/97
Guadalupe	311	81	77	104	106	73	38	790	226	31/dez/97
Guiana Francesa	230	73	52	70	78	62	35	641	267	31/dez/97

SUB-REGIÃO País o território	NÚMERO DE CASOS							TOTAL(b) ACUMULADO	TOTAL ÓBITOS	DATA DO INFORME MAIS RECENTE
	ATÉ 1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997(a)			
CARIBE NÃO LATINO (cont.)	3.974	1.155	1.335	1.520	1.855	1.872	1.174	12.926	7.642	
Guiana	230	160	107	105	96	144	115	957	357	31/dez/97
Ilhas Caimã	11	4	0	3	0	3	1	22	18	31/dez/97
Ilhas Turcos e Caicos	21	4	14	...	...	...	...	39	30	30/set/93
Ilhas Virgens (RU)	4	1	2	1	3	1	3	15	6	31/dez/97
Jamaica	333	100	236	359	505	527	370	2.430	1.320	30/set/97
Martinica	193	44	44	49	41	42	23	436		31/dez/97
Montserrat	6	0	1	0	0	0	0	7	0	31/mar/97
São Cristóvão e Neves	31	4	3	5	5	6	4	58	33	31/jun/97
São Vicente e Granadinas	41	5	8	8	6	19	24	111	106	30/set/97
Santa Lúcia	33	8	12	13	10	14	15	105	99	31/dez/97
Suriname	106	28	35	20	20	2	...	211	191	31/dez/96
Trinidad e Tobago	968	263	243	269	340	412	118	2.613	1.754	31/mar/97
AMÉRICA DO NORTE	276.479	83.973	85.832	76.991	71.976	56.267	33.724	691.306	420.249	
Canadá	7.690	1.709	1.725	1.671	1.433	797	76	15.101	11.046	30/jun/97
Estados Unidos da América e)	259.732	79.054	79.049	71.209	66.233	54.565	31.153	641.086	390.692	31/dez/96
México c)	9.057	3.210	5.058	4.111	4.310	905	2.495 *	35.119	18.511	31/mar/98

* Inclui casos notificados no primeiro semestre de 1998.

- a) Os dados de 1997 estão incompletos devido a atrasos na notificação.
- b) Pode incluir casos com ano de diagnóstico desconhecido.
- c) O país possui dados revisados.
- d) A informação fornecida por Porto Rico não está incluída nos totais do Caribe latino.
- e) O número total de casos por data de diagnóstico e de óbitos nos Estados Unidos inclui os dados de Porto Rico. O número total de casos e óbitos de Porto Rico.

exemplos bem sucedidos incluem políticas e práticas destinadas a assegurar a segurança do sangue e seus derivados em todos os países, o teste e aconselhamento de mulheres grávidas e a disponibilidade de AZT para prevenir a transmissão perinatal num número cada vez maior de países.

Por outro lado, é mais difícil formular políticas adequadas sobre questões controversas como marketing social dos preservativos, educação sexual nas escolas, acesso a medicamentos anti-retroviróticos e serviços para migrantes e prostitutas. No contexto dos valores sociais e culturais, respeito aos direitos individuais e bem-estar coletivo, é imperativo que os Estados Membros continuem estabelecendo as políticas mais apropriadas, inclusive medidas legislativas, para ajudar a combater a epidemia de HIV/AIDS. Exemplos dessas políticas incluem a não discriminação no acesso a educação, trabalho, serviços de saúde e habitação para indivíduos com HIV.

3.3 *Intervenções no comportamento*

A mudança de comportamento e a adoção de práticas preventivas continuam sendo os principais instrumentos de combate à epidemia de HIV/AIDS e DST. As iniciativas devem incluir duas estratégias convergentes: 1) estabelecimento de ambientes sociais adequados; 2) desenvolvimento de intervenções apropriadas.

3.3.1 Estabelecimento de ambientes sociais adequados

A distribuição de recursos adequados e a elaboração de políticas e instrumentos normativos em apoio das ações preventivas são atividades essenciais para estabelecer ambientes sociais que promovam comportamentos mais saudáveis. Por exemplo, comprovou-se que as mensagens patrocinadas pelas autoridades de saúde têm uma aura especial de credibilidade. Essas mensagens contribuem para criar opiniões e atitudes favoráveis e manter a conscientização social sobre os problemas de saúde entre a população em geral. Assim, as campanhas de saúde orientadas ao público constituem bons pontos de partida na elaboração de intervenções nos comportamentos, mesmo que por si só não provoquem mudanças individuais.

3.3.2 Formulação de Intervenções

Inclui o planejamento e implementação de atividades educacionais e desenvolvimento de capacidade, bem como sistemas de aquisição e logística de materiais (como preservativos e luvas de látex) para proteger indivíduos em risco. Em países com epidemia de HIV de baixo nível (como Bolívia e Cuba), as intervenções devem visar a grupos específicos com comportamento de alto risco. Os resultados dos estudos de referência devem servir para elaborar e apoiar estratégias apropriadas.

Nos países com epidemia concentrada (a maioria dos países da América Latina), as intervenções devem levar em conta a variedade de interações sociais positivas e negativas que podem apoiar ou afetar a aprendizagem e o comportamento. Por exemplo, a educação dos jovens parece ter maior impacto quando se combinam as intervenções escolares com palestras de outros estudantes e abordagens informais (revistas em quadrinhos, vídeos, jogos, etc.). Entre pessoas com práticas de alto risco, as atividades de aconselhamento bem elaboradas contribuem de maneira significativa para a adoção de práticas sexuais mais seguras.

Dados de todo o mundo mostram que, independentemente do grupo, as intervenções devem incluir o desenvolvimento de habilidades como tomada de decisões, resistência às pressões do grupo, negociação de práticas sexuais mais seguras, uma comunicação mais efetiva com os parceiros sexuais e a adoção de comportamentos

saudáveis e outras habilidades que aumentem o cuidado de si e a responsabilidade social. O acesso a preservativos de boa qualidade e seringas e agulhas esterilizadas é da maior importância para reduzir ainda mais o risco de transmissão de HIV/DST. Portanto, deve haver sistemas logísticos de aquisição e distribuição de preservativos e seringas para assegurar que as estratégias de prevenção não fiquem limitadas devido à falta de material.

Nos países com epidemia generalizada, a incidência de infecção pediátrica com HIV é maior em resultado de um número maior de casos de transmissão da mãe para o filho. Portanto, é preciso dedicar esforços para impedir a transmissão das mulheres para seus bebês. Além das intervenções biomédicas disponíveis (ver a seção 5.2), a educação e o aconselhamento de mulheres grávidas e seus parceiros constituem um componente crucial para reduzir a transmissão perinatal.

3.4 Modelos de tratamento de HIV/AIDS

A crescente demanda de tratamento para pessoas com HIV/AIDS tem origem na contínua expansão da epidemia e crescente necessidade e conscientização acerca das terapias ARV entre pacientes, agentes de saúde e público em geral. Os agentes de saúde estão mais aptos a reconhecer as manifestações de doenças relacionadas com o HIV e as pessoas estão mais dispostas a procurar os serviços de saúde se acham que podem ter sido infectadas ou esperam se beneficiar com os avanços recentes da terapia anti-retrovirótica. Dado que o tratamento das pessoas com HIV/AIDS é complexo e caro, torna-se importante definir vários pontos de acordo com a situação epidemiológica e econômica dos Estados Membros. Isso ajudará os países a estabelecer prioridades e investir racionalmente os recursos disponíveis.

Nos lugares em que a epidemia de HIV/AIDS é de baixo nível ou concentrada, a primeira consideração deve ser a de assegurar o acesso a aconselhamento e teste e estabelecer sistemas de encaminhamento de pacientes. Se a epidemia se espalhar além dos grupos de risco (isto é, epidemia generalizada), a profilaxia e medidas para prevenir tratamento de infecções oportunistas, especialmente a tuberculose, bem como as intervenções para reduzir a transmissão vertical devem estar disponíveis. Nos países em que a epidemia de HIV/AIDS está aumentando a morbidade e mortalidade, deve-se considerar os modelos de tratamento domiciliar como meio de aliviar os serviços de saúde sobrecarregados. Pode-se também examinar a possibilidade de aumentar a disponibilidade de terapias ARV (por exemplo, compras a granel, fundos rotativos).

3.5 Prevenção e controle de DST

A interação de outras doenças sexualmente transmissíveis, especialmente as que produzem úlceras genitais (como sífilis, cancro e herpes) ou processos inflamatórios

(como gonorréia, tricomoníase, infecção por clamídia), com a transmissão de HIV encontra-se firmemente documentada. Além disso, o tratamento bem-sucedido de DST reduziu a incidência de HIV em mais de 40% em comunidades comparáveis em Mwanza, Tanzânia. Mesmo sem considerar essa interação com HIV, as DST merecem atenção total por parte das autoridades de saúde pública devido ao seu impacto e conseqüências sobre os jovens adultos, especialmente as mulheres, e nas crianças (doença inflamatória pélvica, carcinoma cervical, infertilidade, sífilis congênita). Contudo, na última década a região não dedicou atenção suficiente, nem recursos suficientes, à prevenção dessas doenças. Devido a um renovado interesse científico, técnico e financeiro, as condições estão mais favoráveis para preparar uma resposta mais vigorosa e ampla em termos de prevenção e controle das DST no âmbito regional e nacional. Por isso, o Programa de AIDS e Doenças Sexuais Transmissíveis da OPAS está propondo que os Estados Membros adotem a estratégia STD.PAC da OMS.

4. Estratégia STD.PAC da OMS

Na Quinta Reunião de Assessores Regionais e da Sede da OMS sobre DST/HIV/AIDS (Genebra, 5-6 de março de 1998) foi apresentada uma proposta de estratégia ampla para prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (STD.PAC).

4.1 Elementos básicos da STD.PAC

A maioria dos elementos básicos para integrar a prevenção e tratamento de DST nos sistemas de saúde já foi desenvolvida. A estratégia STD.PAC visa a produzir uma resposta nacional ampla e integrada ao problema das doenças sexualmente transmissíveis e suas conseqüências. Os principais elementos da STD.PAC no âmbito da comunidade, serviços de saúde e estrutura gerencial são:

4.1.1 Comunidade

- Promoção integrada de práticas sexuais mais seguras na educação em saúde; programação e marketing de preservativos (nos casos apropriados); promoção da utilização dos serviços de saúde; informação, educação e comunicação, com mensagens claras e bem dirigidas.
- Triagem e detecção de casos: teste das populações para detectar a probabilidade de infecção (triagem) e testes dos indivíduos que buscam os serviços de saúde por outros motivos, para detectar a presença de DST (detecção de casos).

- Prevenção de doenças e promoção da utilização dos serviços de saúde entre grupos especialmente vulneráveis (por exemplo, trabalhadores migrantes, motoristas de caminhão, pessoas que praticam a prostituição e seus clientes).

4.1.2 *Serviços de saúde*

- Diagnóstico e tratamento de mulheres e homens e manejo apropriado dos parceiros, integrando o tratamento de DST nos serviços básicos de saúde (cuidados primários de saúde).
- Manejo amplo, etiológico e sindrômico dos casos (todos os serviços, de acordo com os recursos).

4.1.3 *Estrutura gerencial*

- Estrutura gerencial eficiente integrada com os programas de HIV/AIDS e abordando questões como disponibilidade e acesso a medicamentos; treinamento; vigilância; pesquisa; apoio aos laboratórios; capacidade de coordenação com outros programas de saúde, instituições e setores.

4.2 ***Implementação da STD.PAC nos países das Américas***

Embora o conhecimento e a capacidade técnica para implementar a STD.PAC estejam disponíveis em todos os países das Américas, é necessário obter o compromisso político e financeiro dos governos nacionais e locais para promover a STD.PAC numa escala mais ampla. Dependendo do país, as atividades relacionadas com a STD.PAC podem incluir as seguintes:

- Fortalecimento da vigilância de DST.
- Produção de diretrizes nacionais atualizadas para prevenção e tratamento de DST com base nos princípios da STD.PAC.
- Estabelecimento de clínicas, integradas aos serviços gerais de saúde, para tratamento dos pacientes de DST.
- Estabelecimento de centros de referência de laboratórios clínicos.
- Desenvolvimento de serviços integrados específicos para adolescentes.

- Estabelecimento ou expansão do exame de sífilis em mulheres grávidas e tratamento dos casos identificados para reduzir a incidência de sífilis congênita.
- Treinamento dos agentes de saúde no manejo de casos de DST.
- Coleta contínua de dados sobre descarga uretral, úlcera genital e descarga vaginal; prevalência de sífilis em mulheres grávidas e casos de sífilis congênita; e sua utilização para fins de planejamento e promoção de causas.
- Inclusão dos medicamentos para DST na lista de medicamentos essenciais e fornecimento integrado e contínuo aos lugares que oferecem tratamento.
- Aquisição e distribuição de preservativos de maneira integrada e contínua aos lugares que oferecem tratamento a pessoas com DST.
- Aplicação dos indicadores preventivos do Programa Global da OMS sobre AIDS para acompanhamento e avaliação e elaboração de outros indicadores.

Durante 1998, o Programa de AIDS e Doenças Sexuais Transmissíveis da OPAS, em colaboração com os programas nacionais, preparou uma lista das necessidades, bem como um relatório atualizado sobre a situação da prevenção de DST nos Estados Membros de modo a elaborar mecanismos para fortalecer as atividades de colaboração técnica no âmbito nacional. Além disso, sugere-se o estabelecimento de um grupo de trabalho sobre DST no âmbito regional com a participação de especialistas dos países, União Latino-Americana contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis (ULACETS), outras instituições e programas regionais (por exemplo, Saúde Familiar e População, Mulher, Saúde e Desenvolvimento, Promoção e Proteção da Saúde), especificamente para identificar necessidades adicionais e recursos técnicos e financeiros para prevenção e controle de DST.

5. Situação das terapias anti-retroviróticas e prevenção da transmissão perinatal

Na sua última reunião, o Conselho Diretor solicitou uma atualização das informações sobre esses dois temas.

5.1 *Terapias anti-retroviróticas*

Os resultados positivos (redução da mortalidade e morbidade) da combinação de terapias ARV continuam despertando entusiasmo. Contudo, as ARV, longe de serem uma panacéia, têm problemas que restringem seu uso. Devido ao custo elevado, ainda não

estão acessíveis a muitas pessoas que poderiam se beneficiar dessas terapias. A OPAS está examinando, com a indústria farmacêutica, várias opções para reduzir os custos desses produtos nas Américas. Atualmente, a UNAIDS também está examinando mecanismos globais para melhorar o acesso a medicamentos anti-retroviróticos, com a participação do Chile nessa iniciativa. Uma das possibilidades, a criação de um fundo rotativo multinacional ou regional para compras a granel, ainda precisa de capital para ser adotada.

Outros problemas do tratamento ARV são: 1) deterioração da qualidade de vida individual (efeitos colaterais, interações dos medicamentos, necessidade de aplicação rigorosa dos esquemas de tratamento); 2) pressão social devida a falsas esperanças e expectativas; 3) aumento das probabilidades de o HIV desenvolver resistência aos medicamentos; 4) questões éticas e dilemas (quem deve se beneficiar se o tratamento estiver disponível somente a um número limitado de pacientes). Em alguns contextos, este último aspecto está sendo tratado mediante a definição de grupos prioritários de acordo com vários critérios. Outros problemas estão sendo abordados mediante a introdução de novas formulações de medicamentos disponíveis ou introdução de medicamentos novos ou aperfeiçoados. Qualquer decisão referente ao fornecimento limitado de medicamentos provoca preocupação acerca da equidade e direitos humanos. Num contínuo de atendimento ideal, todos os recursos que asseguram tratamento apropriado, humano e ético de pessoas com HIV/AIDS estariam acessíveis a todos.

5.2 *Prevenção da transmissão perinatal*

Sabe-se desde 1994 que o AZT administrado a mulheres infectadas com o HIV durante a gravidez e no parto e ao bebê logo após o nascimento diminui o risco de transmissão perinatal de HIV em dois terços (de 25% a 8%). Contudo, o esquema inicial de tratamento eficaz é complicado e caro, não sendo, portanto, apropriado para a maioria dos países em desenvolvimento. Durante uma reunião da UNAIDS/OMS/UNICEF realizada em março de 1998 em Genebra, os participantes enfatizaram que a prevenção da transmissão do HIV das mães para os filhos deve ser uma prioridade global da saúde pública. Esta proposta foi apoiada por resultados recentes da Tailândia segundo os quais os regimes simplificados e mais baratos (isto é, US\$ 100, em vez de US\$ 1.300) de AZT reduzem em 51% o risco de transmissão perinatal.

Além desses resultados, um argumento substancial em apoio desta proposta foi o anúncio no início de março de 1998 de que Glaxo-Wellcome, a companhia que produz AZT, reduziu drasticamente seu preço para que esteja ao alcance de mulheres grávidas infectadas com HIV nos países em desenvolvimento. Contudo, antes de recomendar a adoção universal deste regime de tratamento, é preciso considerar os seguintes fatores:

custo e sustentabilidade, opções para a mãe após o parto e os serviços necessários para assegurar um resultado ótimo do uso profilático de AZT.

6. Perspectivas para o futuro

Embora se tenha registrado progresso constante na formação da infra-estrutura básica para prevenção de HIV/AIDS/DST na década passada, um dos principais componentes, o controle das DST, não recebeu atenção suficiente. Alguns países da região se tornaram auto-suficientes do ponto de vista técnico e financeiro e podem proporcionar cooperação técnica e recursos para a prevenção da AIDS em outros países. Contudo, a maioria dos programas nacionais de AIDS ainda necessita de um volume significativo de apoio e recursos externos para responder melhor às novas realidades, inclusive os princípios e diretrizes operacionais promovidas pela UNAIDS. Em consequência, as atividades de prevenção da AIDS e DST em alguns países foram reduzidas consideravelmente, enquanto a epidemia continuava crescendo. Com a experiência obtida pela OPAS em ajudar a UNAIDS a montar uma resposta nacional mais ampla e o conhecimento adquirido em quase 15 anos de colaboração com os Estados Membros na prevenção da AIDS, a OPAS gostaria de propor à Conferência Sanitária Pan-Americana os seguintes mecanismos para fortalecer a prevenção e controle de HIV/AIDS/DST nos países:

- Os programas nacionais devem continuar reconhecendo, solicitando e até mesmo exigindo a participação de todos os parceiros relevantes no âmbito nacional (outros setores do governo, ONGs e setor privado) na luta contra a epidemia de HIV/AIDS/DST.
- Deve-se transferir mais capacidade técnica aos níveis locais como parte do processo de descentralização. Como exemplos dessa estratégia, podemos citar: a experiência do Ministério da Saúde, OPAS e Banco Interamericano de Desenvolvimento com educadores-gerentes comunitários em Honduras; treinamento de agentes de saúde locais no tratamento apropriado de DST no Uruguai; divulgação e aplicação de diretrizes para tratamento de DST em vários países; formação de grupos municipais a cargo da prevenção da AIDS no México e Brasil.
- Deve-se buscar oportunidades de incluir o financiamento de atividades de prevenção de HIV/AIDS/DST no contexto dos empréstimos de bancos multilaterais e projetos de organismos multilaterais para desenvolvimento social.
- Seguindo o exemplo do Grupo Técnico sobre Cooperação Horizontal, composto de vários diretores de programas nacionais de AIDS, deve-se promover e fortalecer redes semelhantes de cooperação internacional em outros setores e

grupos como ONGs, grupos profissionais, acadêmicos e religiosos e pessoas que vivem com HIV/AIDS.

- Embora a epidemia de HIV/AIDS e as DST sejam problemas que requerem uma estratégia multissetorial, as autoridades de saúde pública não devem abdicar de sua responsabilidade de liderar e orientar os esforços técnicos contra HIV/AIDS e DST dentro da resposta multissetorial promovida pelo sistema das Nações Unidas e seus organismos através da UNAIDS.

No biênio 1998-1999 e nos anos vindouros, a Organização continuará proporcionando colaboração técnica e ajudando os países nas seguintes áreas: a) fortalecimento da vigilância epidemiológica; b) melhoria, integração e sustentabilidade dos programas nacionais de prevenção e controle de HIV/AIDS e DST; c) elaboração de intervenções específicas para cada país; d) elaboração de modelos apropriados de tratamento dos pacientes; e) promoção de uma resposta intersetorial e internacional mais ampla na luta contra HIV/AIDS e DST.

Anexo

CE122.R10

SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

A 122ª REUNIÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo encaminhado o relatório sobre a síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) nas Américas (documento CE122/15),

RESOLVE:

Recomendar à 25ª Conferência Sanitária Pan-Americana que adote uma resolução redigida nos seguintes termos:

A 25ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo examinado o relatório sobre a síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) nas Américas (documento CSP25/13);

Considerando que a epidemia de HIV/AIDS continua afetando principalmente as populações vulneráveis e de alto risco e que esta situação oferece uma oportunidade de evitar que a epidemia se propague à população em geral na maioria dos países das Américas;

Levando em conta a experiência e os resultados dos Estados Membros no estabelecimento e fomento de programas nacionais contra a AIDS, fortalecimento da vigilância, obtenção de estoques de sangue inócuos e intervenções dirigidas ao comportamento dos grupos mais vulneráveis; e

Consciente de que as doenças sexualmente transmissíveis continuam sendo co-fatores importantes na transmissão sexual do HIV, bem como da necessidade de prevenir a transmissão perinatal do HIV e outros microorganismos patogênicos e melhorar a qualidade, eficiência e eficácia do atendimento dos casos de HIV/AIDS e DST,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a que:
 - a) redobrem seus esforços para combater a infecção pelo HIV/AIDS como parte do enfoque multissetorial promovido pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (ONUAIDS);
 - b) aprovelem e apoiem a adoção de uma estratégia regional para a prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis fundamentada nas diretrizes da OMS;
 - c) fixem prioridades nacionais para melhorar a prevenção e atendimento dos casos de HIV/AIDS e DST, em especial o aconselhamento e os testes, tratamento e profilaxia da tuberculose e outras infecções oportunistas, detecção e tratamento das DST curáveis, prevenção da transmissão do HIV da mãe para o filho, desenvolvimento de modelos culturalmente apropriados para o atendimento dos casos de HIV/AIDS e melhoria do acesso aos medicamentos anti-retroviróticos para todos os que deles necessitem;
 - d) aumentem os esforços nacionais contra a infecção pelo HIV/AIDS e as doenças sexualmente transmissíveis e promovam o estabelecimento de redes de informação técnica e cooperação financeira entre os países.
2. Solicitar ao Diretor que:
 - a) elabore mecanismos destinados a fortalecer a capacidade regional para a prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis e adaptar a estratégia da OMS para a prevenção, atendimento e controle das doenças sexualmente transmissíveis nas Américas;
 - b) continue estudando estratégias para melhorar o atendimento dos casos de HIV/AIDS, em especial o acesso à azidotimidina (AZT) e outros medicamentos anti-retroviróticos para a prevenção da transmissão do HIV da mãe para o filho e o tratamento da infecção pelo HIV e AIDS.

*(Aprovada na sétima reunião,
realizada em 25 de junho de 1998)*