



**PRIMEIRA REUNIÃO DO COMITÉ TÉCNICO
ESPECIALIZADO DA SAÚDE, POPULAÇÃO
E CONTROLO DE DROGAS (STC-HPDC-1)
13-17 DE ABRIL DE 2015
ADIS ABEBA, ETIÓPIA**

STC/EXP/HP/VIII(I)

TEMA: - “DESAFIOS PARA O ACESSO INCLUSIVO E UNIVERSAL”

**Desenvolvimento de um Roteiro para a Erradicação da Doença Cardíaca
Reumática em África**

RELATÓRIO DA REUNIÃO

Desenvolvimento de um Roteiro para a Erradicação da Doença Cardíaca Reumática em África

21 - 22 de Fevereiro de 2015
Adis Abeba, Etiópia

**Desenvolvimento de um Roteiro para a Erradicação da Doença Cardíaca
Reumática em África**

I. Antecedentes

A Doença Cardíaca Reumática (DCR) é a causa mais comum das doenças cardíacas contraídas pelas crianças nos países em desenvolvimento e afecta aproximadamente 0.5 – 3% das crianças em idade escolar em África. A DCR é o resultado final da Febre Reumática Aguda (FRA), uma consequência da infecção não tratada da garganta (faringite) por uma bactéria chamada Estreptococo do Grupo A (GrAS). A superlotação, as fracas condições de habitação, a desnutrição e a falta de acesso aos antibióticos para a dor da garganta são factores determinantes para a DCR. Porque a DCR é prevenível com cuidados médicos adequados, é um teste de prova para a eficácia dos sistemas de cuidados de saúde primários, especificamente e para o desenvolvimento económico no geral. Embora a faringite do GrAS e a FRA sejam doenças transmissíveis, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a DCR como sendo uma doença não transmissível (DNT). O Plano da OMS para as DNT que foi adoptado pelos Estados-membros indica que a Conferência Mundial da Saúde realizada em 2013 apela para a redução da mortalidade prematura causada pela DCR e por outras DNT em 25% até ao ano de 2025 (a meta referente às DNT é de 25x25).

Enquanto a FRA é uma doença que afecta o coração, articulações e o sistema nervoso central, a DCR é uma doença crónica que resulta de danos na válvula cardíaca progressiva depois de um ou mais episódios da FRA. A DCR aumenta o risco de acidente vascular cerebral e paragem cardíaca e a taxa de mortalidade varia de 1.5 - 12.5% por ano. A DCR resulta num absentismo escolar de cerca de dois terços dos estudantes afectados e porque a doença progride durante o início da idade adulta e causa deficiência crónica, tem o potencial para enfraquecer a produtividade nacional. O impacto económico da DCR na região africana era estimado em 791 milhões – 2.37 mil milhões de \$EU em 2010. Embora o tratamento da faringite GrAS, FRA e a DCR coloque pressão adicional aos sistemas de saúde africanos, o tratamento da faringite GrAS é muito menos oneroso em relação à FRA ou DCR.

Considerando a natureza evitável e as consequências da DCR, a Comissão da União Africana (CUA) e os parceiros embarcaram numa iniciativa que visa resolver o problema.

A CUA convocou uma reunião de peritos do continente e seleccionou peritos dos outros continentes.

II. Objectivos da reunião:

Os objectivos da reunião são os seguintes:

1. Desenvolver abordagens sobre como erradicar a Doença Cardíaca Reumática (DCR) em África;
2. Desenvolver marcos para a erradicação da DCR;
3. Identificar os principais intervenientes para a colaboração na erradicação da DCR.

III. Mandato

A reunião foi realizada no âmbito dos seguintes mandatos:

1. A 6ª sessão ordinária da Conferência da União Africana dos Ministros da Saúde (CAMH6), adoptada nos termos da Declaração do Conselho Executivo da UA - *EX.CL/Dec.795(XXIV)*, solicitou à Comissão da União Africana (CUA) a desenvolver um mecanismo para controlar as DNT em África;
2. A primeira reunião Ministerial Conjunta entre a União Africana e a Organização Mundial da Saúde convocada nos termos da Decisão da Conferência - *Assembly/AU/Dec.506(XXII)*, prometeu levar a cabo uma acção em prol do controlo das DNT em África, no âmbito do plano de trabalho conjunto entre a CUA e a OMS;

IV. Participantes

A lista de participantes está em anexo no Apêndice dois.

V. Procedimentos da reunião

A reunião foi oficialmente aberta por S.E. o Comissário da UA para os Assuntos Sociais, o Dr. Mustapha Kaloko. A OMS lembrou aos participantes que o continente confiava neles para garantir que a DCR não seja um problema de saúde pública em África. O Representante do Governo da República Federal Democrática da Etiópia deu as boas-vindas aos participantes à Adis Abeba e manifestou o seu apreço ao trabalho actual que está a ser realizado em relação à DCR na Etiópia, nos locais considerados piloto. Os representantes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a *Novartis Pharmaceuticals* prometeram o seu apoio e empenho na iniciativa para erradicar a DCR. O representante da Sociedade Pan-africana de Cardiologia (PASCAR) lembrou à reunião sobre a sobrecarga da DCR em África e garantiu apoio financeiro à CUA.

Após as deliberações, a reunião identificou os seguintes desafios como sendo responsáveis pela existência da DCR em África:

1. Vigilância inadequada da DCR na maior parte dos Estados-membros da UA, limitando desta forma a acção correctiva;

2. Disponibilidade inconsistente de medicamentos adequados tais como a penicilina benzatina injectável G de alta qualidade, que é um medicamento essencial e de primeira linha da OMS para prevenir a DCR;
3. Fraca utilização dos serviços de saúde reprodutiva tais como os contraceptivos orais e injectáveis no seio das mulheres com DCR e outras DNT, contribuindo para a gravidez intencional de alto risco;
4. Há centralização dos serviços de diagnóstico e curativos para a DCR nas instituições terciárias de saúde, o que limita o acesso aos cuidados de saúde essenciais para a maioria da população e isso resulta na detecção tardia das condições crónicas preveníveis tais como DCR;
5. Existem instalações inadequadas de cirurgia cardíaca para a DCR avançada, na maior parte dos Estados-membros da UA, aliadas à falta de quaisquer instalações permanentes que são capazes de realizar uma cirurgia para doença das válvulas cardíacas; e
6. Ausência de iniciativas nacionais multi-sectoriais sobre a prevenção da DCR que são lideradas pelos Ministros da Saúde e apoiadas por peritos dos sectores relevantes.

VI. Conclusões e recomendações

Depois das deliberações, concluiu-se que, para erradicar a DCR, há necessidade de:

1. Criar potenciais registos da DCR nos locais de sentinela nos Estados-membros afectados para monitorizar os resultados de saúde relacionados com a DCR, incluindo o alcance de 25% em termos de redução da mortalidade da DCR até ao ano de 2025 – uma meta que foi acordada como parte do plano de trabalho conjunto da CUA e da OMS e isso foi também aprovado por FMC, PASCAR e a Rede Africana do Coração;
2. Garantir fornecimentos adequados de penicilina benzatina de alta qualidade que podem ser administrados da forma mais eficaz possível, com vista a alcançar a prevenção primária e secundária da DCR, reconhecendo que este medicamento essencial também deve estar mais disponível para o tratamento de outras doenças endémicas em África, tais como a sífilis, frambésia e a anemia falciforme;
3. Garantir o acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva para as mulheres com DCR e outras DNT, nas quais a gravidez tem riscos específicos e frequentemente fatais e nas quais os contraceptivos podem reduzir a mortalidade materna e fetal;
4. Descentralizar os conhecimentos técnicos adequados aos níveis primário e distrital para melhorar o diagnóstico da FRA (que é sub-diagnosticada em África) e a detecção precoce, diagnóstico, prevenção secundária e o tratamento da DCR usando tecnologias transversais nos locais de

- atendimento tais como ultra-sons cardíacos, teste de anti-coagulação e os testes rápidos do antigénio para a faringite estreptocócica do Grupo A;
5. Criar Centros de Excelência para a cirurgia cardíaca, que irá prestar cuidados cirúrgicos sustentáveis de ponta, formar a próxima geração para os profissionais africanos de cardiologia e realizar pesquisa em doenças endémicas cardiovasculares, incluindo a DCR;
 6. Promover programas multi-sectoriais, nacionais e integrados de controlo da DCR liderados pelo Ministério da Saúde, que irão fiscalizar a implementação de Planos de Acção Nacionais da DCR para alcançar o objectivo de reduzir a mortalidade da DCR e outras DNT em 25% até ao ano de 2015; e
 7. Desenvolver, através de um quadro de comunicação forte, parcerias entre a CUA, os Ministérios responsáveis pela saúde, agências internacionais, governos, indústria, instituições académicas, sociedade civil e outros intervenientes relevantes, com vista a garantir a implementação das acções acima mencionadas e a ligação das medidas africanas de controlo da DCR com o movimento global emergente para o controlo da DCR.

Concluiu-se, ainda, que a CUA pretende obter mandato da Primeira Sessão do Comité Técnico Especializado de Saúde, População e Controlo de Drogas (STC-HPDC-1), a qual está agendada para os dias 13 a 17 de Abril de 2015 em Adis Abeba na Etiópia. Espera-se que o referido mandato permita à CUA, à PASCAR e aos outros intervenientes desenvolver um plano de implementação detalhado sobre as recomendações que incluem a atribuição de funções e responsabilidades, desenvolver calendários e fazer estimativas dos custos e um quadro/estratégia de comunicação para o roteiro. O pleno compromisso da reunião é apresentado como Anexo 1.

Apêndice Um: COMUNICADO DE ADIS ABEBA SOBRE A ERRADICAÇÃO DA DOENÇA CARDÍACA REUMÁTICA EM ÁFRICA

- A. Nós**, os Peritos de África e de outros continentes, reunidos em Adis Abeba, de 21 a 22 de Fevereiro de 2015, para desenvolver um roteiro sobre a erradicação da Doença Cardíaca Reumática em África estamos;
- 1. PREOCUPADOS** com o facto de a Doença Cardíaca Reumática (DCR), uma doença não transmissível (DNT) completamente prevenível, ser a causa mais comum da doença cardíaca adquirida no seio das crianças e jovens em África. A DCR afecta 1.5 – 3% das crianças em idade escola, causa morte em mais de 10% das pessoas afectadas dentro de 12 meses do diagnóstico, contribui com uma proporção substancial da mortalidade materna e tem um impacto económico estimado em 791 milhões de \$EU – 2.37 mil milhões de \$EU em 2010.

- 2. ESTAMOS AINDA PREOCUPADOS** com o facto de que, apesar das consequências adversas da saúde e económicos da DCR, a maior parte dos Estados-membros da União Africana (UA) ainda não possui uma abordagem abrangente e integrada para a febre reumática aguda (FRA) e a prevenção e o controlo da DCR, nem alcançaram o acesso universal à cura da DCR. Consequentemente, continua a haver um grau elevado da morbilidade e mortalidade preveníveis e perdas económicas que ameaçam o alcance dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio e das futuras Metas de Desenvolvimento Sustentável em África.
- 3. RELEMBRANDO** as soluções de:
- i) 6ª Sessão Ordinária da Conferência da UA dos Ministros da Saúde (CAMH6; 22-26 de Abril de 2013), adoptada no âmbito da Declaração do Conselho Executivo da UA - *EX.CL/Dec.795(XXIV)*, que solicitou à Comissão da UA (CUA) a desenvolver um mecanismo para o controlo da DNT em África;
 - ii) A 1ª Reunião Ministerial Conjunta da UA e da Organização Mundial da Saúde (OMS) convocada no âmbito da Decisão da Conferência da UA - *Assembly/AU/Dec.506(XXII)*, que prometeu uma acção em prol do controlo das DNT em África no contexto do plano de trabalho conjunto entre a CUA e OMS (14-17 de Abril de 2014); e
- 4. REGISTAMOS COM APREÇO** o compromisso da OMS, da CUA, da Federação Mundial do Coração (FMC) e da PASCAR de reduzir a mortalidade causada pelas DNT em 25% até ao ano de 2025 em África;
- 5. CIENTES** de que os países africanos (tais como a Tunísia) e da América Latina (tais como Cuba) alcançaram progresso considerável para a erradicação da DCR através da implementação de programas de prevenção abrangentes e multi-sectoriais da DCR;
- 6. RECONHECENDO** os seguintes obstáculos para a erradicação da DCR na região africana;
- i. A falta de vigilância da DCR na maior parte dos Estados-membros da UA;
 - ii. O fornecimento variável e o uso da penicilina benzatina G injectável de alta qualidade, que é o Medicamento Essencial e da primeira linha da OMS para prevenir a DCR;
 - iii. A fraca utilização dos serviços de saúde reprodutiva tais como os contraceptivos orais e injectáveis no seio das mulheres com DCR e outras DNT, contribuindo para a gravidez intencional de alto risco;
 - iv. A centralização nos centros de saúde terciários dos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento da DCR e de outras DNT, o que limita o acesso aos cuidados essenciais para a maioria da população e

os resultados na detecção tardia das condições crónicas preveníveis tais como a DCR;

- v. As escassas instalações de cirurgia cardíaca para a DCR avançada, incluindo – nalguns Estados-membros da UA – a falta de quaisquer instalações permanentes que são capazes de realizar cirurgia para a doença das válvulas cardíacas; e
- vi. A ausência de iniciativas nacionais multi-sectoriais sobre a prevenção da DCR que sejam lideradas pelos Ministérios da Saúde e apoiadas por peritos dos domínios relevantes;

7. ENCORAJADOS pelo alto nível de sucesso dos outros programas de controlo de doenças em África, tais como os programas que visam a prevenção e o tratamento do VIH/SIDA, doenças diarreicas e a malária.

B. PELO PRESENTE, RECOMENDAMOS AS SEGUINTEs ACÇÕES PRINCIPAIS PARA ANÁLISE NOS ESTADOS MEMBROS DA UA:

- i. Criar potenciais registos da DCR nos locais de sentinela nos Estados-membros afectados para monitorizar os resultados de saúde relacionados com a DCR, incluindo o alcance de 25% em termos de redução da mortalidade da DCR até ao ano de 2025 – uma meta que foi acordada como parte do plano de trabalho conjunto da CUA e da OMS e isso foi também aprovado por FMC, PASCAR e a Rede Africana do Coração;
- ii. Garantir fornecimentos adequados de penicilina benzatina de alta qualidade que podem ser administrados da forma mais eficaz possível, com vista a alcançar a prevenção primária e secundária da DCR, reconhecendo que este medicamento essencial também deve estar mais disponível para o tratamento de outras doenças endémicas em África, tais como a sífilis, frambésia e a anemia falciforme;
- iii. Garantir o acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva para as mulheres com DCR e outras DNT, nas quais a gravidez tem riscos específicos e frequentemente fatais e nas quais os contraceptivos podem reduzir a mortalidade materna e fetal;
- iv. Descentralizar os conhecimentos técnicos adequados aos níveis primário e distrital para melhorar o diagnóstico da FRA (que é sub-diagnosticada em África) e a detecção precoce, diagnóstico, prevenção secundária e o tratamento da DCR usando tecnologias transversais nos locais de atendimento tais como ultra-sons cardíacos, teste de anti-coagulação e os testes rápidos do antigénio para a faringite estreptocócica do Grupo A;
- v. Criar Centros de Excelência para a cirurgia cardíaca, que irá prestar cuidados cirúrgicos sustentáveis de ponta, formar a próxima geração para

os profissionais africanos de cardiologia e realizar pesquisa em doenças endémicas cardiovasculares, incluindo a DCR;

- vi. Promover programas multi-sectoriais, nacionais e integrados de controlo da DCR liderados pelo Ministério da Saúde, que irão fiscalizar a implementação de Planos de Acção Nacionais da DCR para alcançar o objectivo de reduzir a mortalidade da DCR e outras DNT em 25% até ao ano de 2015; e
- vii. Desenvolver, através de um quadro de comunicação forte, parcerias entre a CUA, os Ministérios responsáveis pela saúde, agências internacionais, governos, indústria, instituições académicas, sociedade civil e outros intervenientes relevantes, com vista a garantir a implementação das acções acima mencionadas e a ligação das medidas africanas de controlo da DCR com o movimento global emergente para o controlo da DCR.

C. APELAMOS, AINDA, AOS INTERVENIENTES INTERNACIONAIS TAIS COMO A OMS, A UNICEF E A FMC A:

- i) Disponibilizar recursos com acesso aberto para desenvolver e reforçar os programas nacionais de controlo da DCR em África;
- ii) Elevar o perfil da DCR e de outras DNT no seio das crianças e jovens na agenda global da NCD, com vista a reforçar os sistemas de saúde nos países em desenvolvimento, erradicando a pobreza extrema e como tal, a igualdade das condições no domínio da saúde;
- iii) Abordar a questão urgente mas negligenciada do fornecimento da penicilina benzatina G, para garantir que todos os países tenham acesso ao fornecimento estável de produtos de alta qualidade em todas as ocasiões; e
- iv) Apoiar activamente um programa acelerado para garantir que uma vacina para FRA e DCR esteja disponível aos países africanos, a um preço acessível, o mais breve possível.

D. PELO PRESENTE, SOLICITAMOS à UA a atribuir mandato à PASCAR e aos outros intervenientes para trabalharem com a CUA para desenvolverem um plano de implementação detalhado das Principais Acções no ponto B acima indicado, que incluirá as funções e responsabilidades, o calendário e as estimativas dos custos e um quadro de comunicação para o roteiro.

APELIDO	PRIMEIRO NOME	AFILIAÇÃO/ INSTITUIÇÃO	PAÍS
ABUL-FADL	Azza	Associação dos Amigos das Crianças com DCR	Egipto
ADEOYE	Abiodun	University Childrens Hospital, Ibadan	Nigéria
Ali	Sulafa		Sudão
AL-KEBSI	Mohammed	Universidade de Sana'a	Iémen
BODE-THOMAS	Fidelia	Universidade Jos	Nigéria
Bukhman	Gene	Sinergias de DNT	
Carapetis	Jonathan	Telethonkids	Austrália
DAMASCENO	Albertino	Associação do Coração de Moçambique	Moçambique
Daniels	Rezeen	Universidade da Cidade do Cabo	África do Sul
DEJUMA	Yadeta	Universidade de Adis Abeba, Hospital TikurAnnassa	Etiópia
Elghamrawy	Alaa		Egipto
ENGEL	Mark	Universidade da Cidade do Cabo	África do Sul
Francis	Veronica	Universidade da Cidade do Cabo	África do Sul
Gamra	Habib	Rede Africana do Coração	Tunísia
GITURA	Bernard	Hospital Kenyatta	Quénia
HAILEAMLAK	Abraham	Universidade Jimma	Etiópia
Hailu	Abraha	Universidade Mekelle	Etiópia
Hiniduma-Lokunge	Prasanga	Medtronic Philanthropy	
HUGO-HAMMAN	Christopher	MHSS	Namíbia
Justus	Steve	Touch Foundation	
Kango	Mabvuto	Comissão da União Africana	Etiópia
KARTHIKEYAN	Ganesan	All India Institute of Medical Sciences	Índia
KENNEDY	Neil	Colégio de Medicina do Malawi	Malawi
Lennon	Diana		Nova Zelândia
Lwabi	Peter	Instituto do Coração de Uganda	Kampala, Uganda
Mamo	Yoseph	Divisão de DNT, Ministério da Saúde	Etiópia
MAYOSI	Bongani	Presidente: PASCAR, Universidade da Cidade do Cabo	África do Sul
MNTLA	Pindile	Universidade da Escola de Medicina do Limpopo	África do Sul
MOCUMBI	Ana-Olga	Vice-presidente do Conselho da PASCAR (Sul)	Moçambique
MONDO	Charles	Hospital Mulago	Uganda
M'Taja	Agnes	UTH	Zâmbia
MUCUMBITSI	Joseph	Fundação do Coração de Ruanda	Ruanda
Murango	Louis	Comunidade da África Oriental (CAO)	Burundi
MUSUKU	John	UTH	Zâmbia
Mwangi	Jeremiah	FMC	
NEL	George	PASCAR: PR	África do Sul
OGENDO	Stephen	Universidade de Nairobi	Quénia
OGOLA	Elijah	Universidade de Nairobi	Quénia
OJJI	Dike	University of Abuja Teaching Hospital	Nigéria
Olunuga	Taiwo	University Childrens Hospital Ibadan	Nigéria
Redi	Mekia Mohammed	COMESA	Etiópia
Rusingiza	Kamanzi		Ruanda

	Emmanuel		
SANI	Mahmoud	Universidade de Kano	Nigéria
Shaboodien	Gasnat	Universidade da Cidade do Cabo	África do Sul
SHETA	Sahar		Egipto
SHONGWE	Steven V	Escritório Regional em Brazzaville	
SUTTON	Chris	Universidade de Limpopo	África do Sul
Van Dam	Joris	Novartis	EUA
WATKINS	David	Universidade de Washington	EUA
ZUHLKE	Liesl	Universidade da Cidade do Cabo	África do Sul