

# ESTRATÉGIA TÉCNICA MUNDIAL PARA O PALUDISMO 2016–2030







Organização  
Mundial da Saúde

**ESTRATÉGIA TÉCNICA**  
**MUNDIAL PARA O**  
**PALUDISMO 2016–2030**

Catálogo-na-fonte: Biblioteca da OMS:

Estratégia Técnica Mundial para o Paludismo 2016–2030.

1.Malária – prevenção e controle. 2.Controle de Mosquitos. 3.Doenças Endêmicas. 4.Planejamento em Saúde.  
I.Organização Mundial da Saúde.

ISBN 978 92 4 856499 4

(Classificação NLM: WC 765)

© **Organização Mundial da Saúde 2015**

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde estão disponíveis no sítio web da OMS ([www.who.int](http://www.who.int)) ou podem ser compradas a Publicações da OMS, Organização Mundial da Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça (Tel: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: [bookorder@who.int](mailto:bookorder@who.int)). Os pedidos de autorização para reproduzir ou traduzir as publicações da OMS – seja para venda ou para distribuição sem fins comerciais - devem ser endereçados a Publicações da OMS através do sítio web da OMS ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico ou as autoridades de qualquer país, território, cidade ou zona, nem tampouco sobre a demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas nos mapas representam de modo aproximativo fronteiras sobre as quais pode não existir ainda acordo total.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Salvo erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registado.

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OMS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

Todas as fotos de Shutterstock | Capa da esquerda para a direita: © Maodoltee, © Héctor Conesa, © Nate Derrick, © Pablo Rogat.

Isenção de responsabilidade: A versão definitiva da estratégia encontra-se nos registos oficiais da sexagésima oitava Assembleia Mundial da Saúde (documento WHA68/2015/REC/1).

Printed in France

---

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS .....	2
PREFÁCIO .....	3
ANTECEDENTES .....	4
NECESSIDADE DE UMA ESTRATÉGIA TÉCNICA PÓS-2015 .....	4
PROCESSO DE ELABORAÇÃO DA ESTRATÉGIA .....	7
VISÃO, OBJECTIVOS E PRINCÍPIOS .....	7
VIA PARA A ELIMINAÇÃO DO PALUDISMO .....	8
QUADRO ESTRATÉGICO .....	10
TRÊS PILARES DA ESTRATÉGIA .....	11
Pilar 1. Garantir o acesso universal à prevenção, diagnóstico e tratamento do paludismo .....	11
Pilar 2. Acelerar os esforços para a eliminação e obtenção do estatuto de país livre do paludismo .....	17
Pilar 3. Transformar a vigilância do paludismo numa intervenção essencial .....	20
ELEMENTOS DE APOIO .....	22
ELEMENTO DE APOIO 1. APROVEITAR A INOVAÇÃO E EXPANDIR A INVESTIGAÇÃO .....	22
ELEMENTO DE APOIO 2. REFORÇAR O AMBIENTE FAVORÁVEL ...	25
CUSTO DA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA TÉCNICA MUNDIAL .....	27
AVALIAÇÃO DOS PROGRESSOS MUNDIAIS E DO IMPACTO .....	28
PAPEL DO SECRETARIADO .....	29
VISÃO GERAL SOBRE A ESTRATÉGIA TÉCNICA MUNDIAL .....	30

## AGRADECIMENTOS

A *Estratégia Técnica Mundial para o Paludismo 2016-2030* foi elaborada através de um alargado processo de consulta que se iniciou em Junho de 2013 e culminou na adopção do documento pela Assembleia Mundial da Saúde, na sua 68ª sessão, em Maio de 2015. A estratégia foi elaborada em estreita colaboração com vários colegas e parceiros em todo o mundo, sob a liderança de Robert Newman, John Reeder e Pedro Alonso, Directores do Programa Mundial do Paludismo.

A preparação da estratégia foi coordenada por uma Comissão Directiva presidida por Pedro Alonso e incluindo Kevin Baird, David Brandling-Bennett, Tom Burkot, Lesong Conteh, Azra Ghani, Margaret Gyapong, Corine Karema, Sandii Lwin, Fatoumata Nafo-Traore, Bernard Nahlen, Abdisalan Noor, Gao Qi, Ciro de Quadros, Ana Carolina Santelli e Wichai Satimai, com o apoio de Erin Shutes, Kristine Silvestri, Sunetra Ghosh e George Davis, por parte do Secretariado.

O Programa Mundial do Paludismo agradece reconhecidamente os importantes contributos prestados à elaboração da estratégia pelos membros da Comissão Consultiva da Política do Paludismo, presidida por Kevin Marsh e incluindo Salim Abdulla, Fred Binka, Patricia Graves, Brian Greenwood, Rose Leke, Elfatih Malik, Sylvia Meek, Kamini Mendis, Allan Schapira, Laurence Slutsker, Marcel Tanner, Neena Valecha e Nicholas White.

Pelo seu contributo crítico para a redacção e edição, são devidos agradecimentos aos funcionários do Programa Mundial do Paludismo, nomeadamente Andrea Bosman, Richard Cibulskis, Stefan Hoyer, Tessa Knox, Michael Lynch, Abraham Mnzava, Peter Olumese, Edith Patouillard, Aafje Rietveld, Pascal Ringwald, Zsofia Szilagyi e Emmanuel Temu. Os nossos agradecimentos igualmente a Graham Brown e Rachel Bronzan pela sua importante contribuição para a redacção e a David W. FitzSimons pela edição técnica final do documento.

Os consultores regionais da OMS para o paludismo e as suas equipas dos Escritórios Regionais e das Representações prestaram importantes contribuições e apoio para as sete consultas regionais que facilitaram o envolvimento de mais de 400 peritos técnicos, representando mais de 70 Estados-Membros. O Programa Mundial do Paludismo agradece a todos a sua contribuição e especialmente a Hoda Atta, Keith Carter, Eva Christophel, Elkhan Gasimov, Leonard Ortega e Issa Sanou. Zsofia Szilagyi coordenou o processo oficial de documentação para a Assembleia Mundial da Saúde. Camille Pillon coordenou a consulta Elemento de apoio e trabalhou no desenho e no arranjo gráfico.

A Estratégia Técnica foi elaborada em estreita sintonia com a estratégia *Ação e Investimento para vencer o Paludismo 2016–2030 (AIM) – por um mundo livre de paludismo* da Parceria Fazer Recuar o Paludismo, com a finalidade de partilhar objectivos e assegurar a complementaridade. Os nossos agradecimentos ao Grupo de Acção e a Vanessa Raclouz pela sua importante coordenação e colaboração.

## PREFÁCIO

A *Estratégia Técnica Mundial para o Paludismo 2016–2030* da Organização Mundial da Saúde foi elaborada com a finalidade de ajudar os países a aliviarem o sofrimento humano causado pela doença mais mortal do mundo transmitida pelo mosquito.

Adoptado pela Assembleia Mundial da Saúde, em Maio 2015, o documento apresenta orientações técnicas abrangentes dirigidas aos países e parceiros do desenvolvimento para os próximos 15 anos, realçando a importância de reforçar a resposta ao paludismo e de caminhar para a sua eliminação. Salienta igualmente a urgente necessidade de aumentar os investimentos em todas as intervenções, incluindo medidas preventivas, testes de diagnóstico, tratamento e vigilância das doenças, assim como aproveitando as inovações e expandindo a investigação.

Ao adoptarem esta estratégia, os Estados-Membros da OMS adoptaram igualmente a audaciosa visão de um mundo livre do paludismo e estabeleceram a nova e ambiciosa meta de reduzir o fardo do paludismo no mundo em 90% até 2030. Concordaram também em reforçar os sistemas de saúde, resolver a questão da resistência emergente a vários medicamentos e insecticidas e intensificar os esforços nacionais, transfronteiriços e regionais para reforçar a resposta ao paludismo, com vista a proteger todas as pessoas em risco.

Avançando com esta estratégia, os países estarão a dar um importante contributo para a implementação do quadro de desenvolvimento sustentável pós-2015. Um reforço considerável da resposta ao paludismo ajudará os países não só a atingirem as metas relacionadas com a saúde para 2030, mas também a contribuírem para a redução da pobreza e para outros objectivos do desenvolvimento.

Nos próximos 18 meses, elaboraremos e publicaremos planos de implementação em todas as regiões da OMS e ajudaremos os países a actualizar os seus planos nacionais de luta contra o paludismo. Estamos preparados para alargar o nosso âmbito de acção e aumentar o nosso apoio a todos os países, independentemente do ponto em que se encontram no processo da eliminação.

Os recentes progressos registados na luta contra o paludismo revelaram que, com investimentos adequados e uma combinação adequada de estratégias, poderemos realmente dar passos largos no combate a este complicado inimigo. Para tal, precisaremos de um forte empenhamento político e de maiores investimentos.

Agiremos com determinação e permaneceremos concentrados no nosso objectivo comum: criar um mundo em que ninguém morra por paludismo. Estou convencida de que, se actuarmos rapidamente e com determinação, conseguiremos vencer esta doença de uma vez por todas.



DR.<sup>a</sup> MARGARET CHAN

DIRECTORA-GERAL  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'M. Chan'.

## ANTECEDENTES

O paludismo é causado por parasitas da família Plasmodium e é transmitido pelo mosquito *Anopheles* fêmea. Existem quatro espécies diferentes de paludismo humano (*P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae* e *P. ovale*), dos quais o *P. falciparum* e o *P. vivax* são os mais prevalentes e o *P. falciparum* o mais perigoso. O *P. knowlesi* é um plasmódio zoonótico que também infecta seres humanos.

Apesar de evitável e tratável, o paludismo continua a ter um impacto devastador na saúde e subsistência das pessoas em todo o mundo. De acordo com os últimos dados disponíveis, em 2013 cerca de 3,2 mil milhões de pessoas corriam o risco de contrair a doença em 97 países, territórios e zonas, tendo ocorrido 198 milhões de casos (limites: 124 milhões – 283 milhões). No mesmo ano, a doença matou cerca de 584 000 pessoas (limites: 367 000– 755 000), na sua maioria crianças menores de 5 anos, na África Subariana<sup>1</sup>. Na maior parte dos países, onde o paludismo é endémico, a doença afecta desproporcionadamente as pessoas pobres e desfavorecidas, que têm limitado acesso às unidades de saúde e que não podem pagar o tratamento recomendado.

Entre 2001 e 2013, uma considerável expansão das intervenções contra o paludismo contribuiu para uma redução de 47% das taxas de mortalidade por paludismo a nível mundial, evitando cerca de 4,3 milhões de mortes. Na Região Africana da OMS, a taxa de mortalidade por paludismo nas crianças menores de 5 anos baixou 58%. Durante o mesmo período, a incidência mundial do paludismo baixou 30%<sup>1</sup>. A meta 6. C do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio 6, nomeadamente “Parar e começar a inverter até 2015 a incidência do paludismo e de outras importantes doenças”, já foi alcançada e 55 dos 106 países que tinham transmissão de paludismo em 2000 estão no bom caminho para atingirem o objectivo de reduzir a incidência do paludismo em 75% até 2015, conforme estabeleceu a Assembleia Mundial da Saúde em 2005, na sua Resolução WHA58.2 sobre controlo do paludismo<sup>2</sup>.

Apesar desses progressos, a doença continua endémica em todas as seis Regiões da OMS, sendo mais grave a prevalência na Região Africana, onde ocorrem, aproximadamente, 90% de todas as mortes por paludismo. Dois países – a República Democrática do Congo e a Nigéria – são responsáveis por 40% da mortalidade estimada por paludismo em todo o mundo. A nível mundial, milhões de pessoas continuam a não ter acesso à prevenção e tratamento do paludismo e a maioria dos casos e óbitos não são registados nem notificados. Dado o crescimento projectado da população mundial até 2030, haverá mais pessoas a viver em países onde o paludismo constitui um risco, o que exercerá ainda maior pressão sobre os sistemas de saúde e os orçamentos dos programas nacionais de luta contra o paludismo.

## NECESSIDADE DE UMA ESTRATÉGIA TÉCNICA PÓS-2015

Na primeira parte do séc. XXI, o paludismo foi mundialmente reconhecido como um problema prioritário de saúde. Essa atenção renovada pôs termo a uma época de negligência, entre os anos 60 e finais dos anos 90 do século passado, e inverteu o drástico aumento das taxas de morbilidade e mortalidade por paludismo. Para garantir que as tendências do paludismo manterão a sua trajectória descendente, são necessários compromissos políticos sustentados, assim como financiamento substancial e previsível e um aumento da colaboração regional. Uma resposta mundial consistente e coordenada,

1 World malaria report 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/malaria/publications/world\\_malaria\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2014/en/), acedido em Março de 2015).

2 Resolution WHA58.2 on malaria control. Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva: World Health Organization; 2005 (ver documento WHA58/2005/REC/1, [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58REC1/http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58REC1/english/A58\\_2005\\_REC1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58REC1/http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf), acedido em Março de 2015).



juntamente com um investimento contínuo na investigação e desenvolvimento, contribuirá para libertar continentes inteiros da doença, acabando por erradicá-la em todo o mundo.

Embora a implementação de intervenções essenciais se tenha expandido muito entre 2000 e 2014, as conquistas alcançadas são frágeis e desigualmente distribuídas. O número de mortes causadas pelo paludismo e o risco que a doença ainda representa em todo o mundo continuam a ser inaceitavelmente elevados. Em muitos dos países afectados, as tensões sociais, os conflitos e as catástrofes humanitárias constituem grandes obstáculos aos progressos pretendidos. O recente surto do vírus do Ébola na África Ocidental (2014-2015) teve um impacto devastador na prestação dos serviços de saúde básicos, incluindo a capacidade para controlar o paludismo, desencadeando um aumento de casos desta doença. Os recentes surtos em países que já estavam livres do paludismo e o ressurgimento da doença em países que já tinham feito grandes progressos na redução das taxas de morbidade e mortalidade por paludismo na última década, recordam a existência de uma ameaça constante de restabelecimento e recorrência da doença e a necessidade de vigilância, para garantir que essas zonas de transmissão sejam prontamente identificadas e rapidamente controladas.

Uma vez que existe uma associação entre a transmissão do paludismo e o clima, os esforços de longo prazo contra o paludismo serão altamente sensíveis às alterações climáticas no mundo. Prevê-se que – sem mitigação – as alterações climáticas resultem num aumento dos casos de paludismo em várias regiões do mundo que têm a doença endémica, particularmente nas densamente povoadas terras altas tropicais. O aumento do desenvolvimento económico, da urbanização e da desflorestação deverá igualmente contribuir para mudanças na dinâmica da transmissão, embora o projectado crescimento populacional em zonas onde o paludismo é de alto risco aumente a necessidade de otimizar a cobertura das intervenções.

As intervenções contra o paludismo apresentam uma boa relação custo-benefício e demonstram um dos maiores retornos do investimento na saúde pública. Nos países onde a doença é endémica, os esforços para reduzir e eliminar o paludismo são vistos, cada vez mais, como investimentos estratégicos de alto impacto, que geram um retorno significativo para a saúde pública, ajudam a reduzir a pobreza e melhorar a equidade e contribuem para o desenvolvimento global.

O mundo chegou a uma encruzilhada crítica na luta contra o paludismo. Existe a oportunidade e uma necessidade urgente de acelerar os progressos, reduzindo a morbidade e a mortalidade em todos os países, aumentando o número de países, territórios e zonas livres de paludismo e identificando abordagens destinadas a reduzir a transmissão. Os progressos podem ser acelerados através de uma maior expansão das intervenções existentes, atribuindo à resposta ao paludismo uma prioridade técnica, financeira e política mais elevada e garantindo que a elaboração e o uso de novos instrumentos e soluções serão maximizados.

Os esforços para evitar e controlar o paludismo contribuem e beneficiam o desenvolvimento sustentável. Os objectivos de reduzir o fardo da doença e eliminar o paludismo estão intimamente associados a vários objectivos do desenvolvimento sustentável, que estão a ser considerados para o período pós-2015. Entre as ligações e os factores consolidados encontram-se a contribuição do paludismo para o ciclo da pobreza, a concentração da doença nas populações vulneráveis e nas que têm um mau acesso aos serviços de saúde, bem como o respectivo impacto pernicioso na educação, através dos dias de escola perdidos e dos efeitos cognitivos da anemia crónica.

A Comissão Consultiva para a Política do Paludismo, criada em 2011, para prestar aconselhamento estratégico independente à OMS, em matéria de elaboração de recomendações políticas sobre paludismo, recomendou à Directora-Geral a formulação de uma estratégia técnica mundial para o paludismo pós-2015. Os Estados-Membros expressaram o seu apoio à preparação<sup>3</sup> desse projecto na sexagésima sexta sessão da Assembleia

3 Summary records of the Sixty-sixth World Health Assembly, eleventh meeting of Committee A, section 1. Geneva: World Health Organization; 2013 (document WHA66/2013/REC/3) ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/))

Mundial da Saúde, em 2013. A estratégia adoptada pela Sexagésima-oitava Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2015, resolução WHA68.2, sucede a anterior estratégia global de malária da OMS, que foi aprovada pela Conferência Ministerial sobre a Malária (Amsterdã, Holanda, 1992), na Declaração Mundial sobre a Malária. A aprovação da estratégia pela Assembleia da Saúde fornece a base para assegurar que a OMS está bem equipada para apoiar a realização da agenda inacabada relacionada à saúde dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que é uma das seis grandes prioridades da Organização para o período de 2014-2019<sup>4</sup>.

**Oportunidades.** Desde 2000, oito países conseguiram eliminar o paludismo e muitos outros conseguiram reduzir a transmissão para níveis baixos. Os conhecimentos adquiridos com esses esforços servirão de informação para o futuro desenho dos programas. Os próximos 15 anos serão provavelmente fortemente influenciados por avanços tecnológicos, inovações nos medicamentos, vacinas e controlo dos vectores e estratégias aperfeiçoadas de distribuição de produtos. Prevê-se que alguns dos novos instrumentos tenham um impacto adicional significativo e, quando validados, sejam prontamente incorporados nas respostas nacionais ao paludismo.

**Desafios.** A luta contra o paludismo está a ser prolongada e, em alguns locais, a abrandar, devido a vários desafios interrelacionados. O maior deles é a falta de financiamento substancial, previsível e sustentado, tanto nacional como internacional. Isso é agravado pela dificuldade em manter os compromissos políticos e assegurar a colaboração regional ao mais alto nível. O segundo desafio importante é de natureza biológica: a emergência de resistência dos parasitas aos medicamentos antipalúdicos e resistência dos mosquitos aos insecticidas. Esta dupla ameaça tem o potencial de enfraquecer seriamente a eficácia das respostas ao paludismo e de desgastar as conquistas recentemente obtidas.

Outros desafios que terão de ser enfrentados para acelerar os progressos são de ordem sistémica e técnica e incluem: o inadequado desempenho dos sistemas de saúde, por exemplo, a má gestão das cadeias de abastecimento e a falta de regulação do sector privado da saúde em muitos países, o que permite a utilização de medicamentos antipalúdicos ineficazes ou o controlo dos produtos contra os vectores; fracos sistemas de vigilância, monitorização e avaliação, que comprometem a capacidade de detectar falhas na cobertura dos programas e alterações no fardo da doença; falta de recursos técnicos e humanos adequados para manter e incrementar os esforços; risco desproporcionado de paludismo entre as populações difíceis de alcançar, incluindo os grupos profissionais de alto risco, migrantes, pessoas em zonas de crise humanitária e comunidades rurais com mau acesso aos serviços de saúde; e falta de instrumentos adequados para diagnosticar e tratar eficazmente as infecções devidas ao *P. vivax* e outros parasitas do paludismo não falciparum.

Um outro importante desafio é o facto de muitas pessoas infectadas por parasitas do paludismo se manterem assintomáticas ou não serem diagnosticadas, tornando-se, por isso, invisíveis ao sistema de saúde. Além disso, em alguns locais, a densidade da parasitemia é tão baixa, numa considerável percentagem de indivíduos, que os actuais instrumentos de diagnóstico de rotina não a conseguem detectar. Essas pessoas contribuem involuntariamente para o ciclo da transmissão do paludismo. Para que as futuras estratégias de controlo e eliminação tenham sucesso, terão de ter atenção a este grande "reservatório de parasitas infecciosos". O desenvolvimento e a disponibilidade que se prevê de novos instrumentos e abordagens na próxima década poderão ajudar a detectar e combater esse reservatório e a eliminar os plasmódios desses portadores assintomáticos.

A emergência de resistência aos medicamentos e aos insecticidas é agravada por outros desafios de ordem biológica, que terão de ser enfrentados pelos programas nacionais de luta contra o paludismo. Em algumas partes do mundo, os actuais instrumentos de con-

WHA66-REC3/EN/A66\_REC3-en-A11.pdf, acedido em 10 de Março de 2015).

4 WHO, Twelfth General Programme of Work 2014–2019, approved by the Sixty-sixth World Health Assembly in resolution WHA66.1. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112792/1/GPW\\_2014-2019\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112792/1/GPW_2014-2019_eng.pdf), acedido em 10 de Março de 2015).

trolo dos vectores não conseguem proteger eficazmente contra a doença, dada a diversidade de vectores do paludismo e as respectivas diferenças de comportamento. Nos países em que existem tanto o *P. falciparum* como o *P. vivax*, o fardo da doença devido ao *P. vivax* é mais difícil de reduzir porque o parasita forma no fígado uma fase hipnozoíta adormecida, que presentemente não é detectável e provoca recaídas, contribuindo assim para a transmissão da doença. Por outro lado, a infecção humana com plasmódios zoonóticos, tais como o *P. knowlesi*, apresenta novos desafios ao controlo e eliminação do paludismo.

Esta estratégia técnica constitui um quadro para a elaboração de programas adequados e destinados a acelerar os progressos na eliminação do paludismo. Esse quadro deverá constituir o alicerce de estratégias para os programas e subprogramas nacionais de luta contra o paludismo. Ele define uma via clara e ambiciosa, para os países em que o paludismo é endémico e para os seus parceiros mundiais, no controlo e eliminação do paludismo, nos próximos 15 anos. Realça também a necessidade da cobertura universal das populações de risco pelas intervenções essenciais contra o paludismo e salienta a importância de usar dados da vigilância de elevada qualidade na tomada de decisões, para conduzir respostas adequadas e consistentes com os objectivos nacionais e sub-nacionais. O projecto de estratégia identifica áreas em que serão essenciais soluções inovadoras para atingir os seus objectivos. Faz um resumo dos custos estimados da implementação da estratégia e apresenta igualmente uma estimativa dos custos da investigação e desenvolvimento de instrumentos inovadores.

## PROCESSO DE ELABORAÇÃO DA ESTRATÉGIA

Na sequência do apoio manifestado pelos Estados-Membros, na sexagésima sexta Assembleia Mundial da Saúde, à elaboração de uma estratégia mundial para o paludismo para o período pós-2015, o Secretariado realizou sete consultas regionais<sup>5</sup>. Foram recebidos contributos de mais de 400 peritos, representando programas nacionais de luta contra o paludismo, ministérios da saúde, organizações de investigação e parceiros da implementação. O processo, liderado pelo Secretariado, foi apoiado, tanto pela Comissão Consultiva da Política do Paludismo como por uma Comissão Directiva dedicada para a Estratégia Técnica Mundial, constituída por importantes peritos em paludismo, cientistas e representantes de países em que o paludismo é endémico, os quais deram outros importantes contributos para o projecto inicial do documento. Após as referidas consultas, o Secretariado preparou um projecto revisto, destinado a uma consulta online, que permaneceu aberta a comentários entre 11 de Julho e 15 de Agosto de 2014.

## VISÃO, OBJECTIVOS E PRINCÍPIOS

A visão da OMS e da comunidade mundial do paludismo é a de um mundo liberto do paludismo. Como parte desta visão, a estratégia estabelece metas mundiais ambiciosas mas exequíveis para 2030, com etapas para medir os progressos em 2020 e 2025. Os países definirão as suas próprias metas nacionais ou subnacionais, que poderão ser diferentes das metas mundiais. Os objectivos, etapas e metas são apresentados na Tabela 1.

Estes objectivos aplicam-se a todos os tipos de paludismo humano e foram definidos depois de serem revistas (1) as metas dos programas nacionais de luta contra o paludismo, conforme estabelecidas nos seus planos estratégicos nacionais, (2) a magnitude da redução do número de casos e óbitos devidos paludismo, entre 2000 e 2012, notifica-

5 WHO Global Malaria Programme, Global Technical Strategy meeting reports. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/malaria/areas/global\\_technical\\_strategy/meetings/en/](http://www.who.int/malaria/areas/global_technical_strategy/meetings/en/), acedido em Março de 2015).

**TABELA 1. OBJECTIVOS, ETAPAS E METAS PARA A ESTRATÉGIA TÉCNICA MUNDIAL PARA O PALUDISMO 2016-2030**

**VISÃO – UM MUNDO LIVRE DE PALUDISMO**

OBJECTIVOS	ETAPAS		METAS
	2020	2025	2030
1. Reduzir as taxas de mortalidade por paludismo a nível mundial, em comparação com 2015	Pelo menos 40%	Pelo menos 75%	Pelo menos 90%
2. Reduzir a incidência de casos de paludismo a nível mundial, em comparação com 2015	Pelo menos 40%	Pelo menos 75%	Pelo menos 90%
3. Eliminar o paludismo nos países em que a doença foi transmitida em 2015	Pelo menos 10 países	Pelo menos 20 países	Pelo menos 35 países
4. Evitar o restabelecimento do paludismo em todos os países que estão livres do paludismo	Restabelecimento evitado	Restabelecimento evitado	Restabelecimento evitado

dos à OMS e (3) os resultados da modelação matemática da transmissão do paludismo falciparum, com vista a estimar o potencial impacto da aplicação de diferentes combinações das intervenções recomendadas, entre 2016 e 2030.

A modelação sugere que, se a cobertura das intervenções contra o paludismo permanecer nos actuais níveis, a incidência poderá aumentar moderadamente como resultado de uma parcial perda de imunidade ao paludismo entre as populações que tiveram uma redução acentuada da intensidade da transmissão. Contudo, esse aumento e as suas consequências podem ser evitadas, através de um esforço concertado para otimizar o uso dos instrumentos presentemente disponíveis, particularmente o controlo dos vectores, em níveis de cobertura das populações de risco superiores a 80%, o que poderá reduzir significativamente a incidência e as mortes devidas ao paludismo. Uma vez que será operacionalmente difícil atingir esse nível de cobertura, serão necessárias outras inovações nos instrumentos e abordagens para a eliminação da transmissão em zonas onde as taxas de transmissão são elevadas; elas serão também necessárias em zonas e para grupos populacionais actualmente difíceis de alcançar com as actuais intervenções.

Há cinco princípios subjacentes à estratégia técnica para o paludismo. Todos os países podem acelerar os esforços para a eliminação, através de combinações de intervenções adaptadas aos contextos locais. A apropriação e a liderança dos países, com o envolvimento e a participação das comunidades, são essenciais para acelerar os progressos através de uma abordagem multisectorial. São necessárias uma melhor vigilância, monitorização e avaliação, assim como a estratificação por fardo do paludismo, para otimizar a implementação das intervenções contra a doença. A equidade no acesso aos serviços de saúde, especialmente para as populações mais vulneráveis e difíceis de alcançar, é fundamental. Finalmente, a inovação nos instrumentos e nas abordagens da implementação permitirá aos países maximizar o seu progresso na via da eliminação.

## VIA PARA A ELIMINAÇÃO DO PALUDISMO

O caminho para o estatuto de país ou zona livre do paludismo é um processo contínuo e não um conjunto de fases independentes. Os países, zonas subnacionais e as comunidades encontram-se em diferentes fases na via para a eliminação do paludismo e as suas taxas de progressão são diferentes e dependem do nível de investimento, determinantes

---

biológicos (relacionados com as populações afectadas, os parasitas e os vectores), factores ambientais, solidez dos sistemas de saúde e realidades sociais, demográficas, políticas e económicas.

A todos os níveis da endemicidade, o risco de paludismo varia significativamente dentro de um país ou zona e a mesma estratégia não é necessariamente apropriada para todos os cenários num mesmo país. À medida que a cobertura das intervenções aumenta e a incidência do paludismo é reduzida, a heterogeneidade das taxas de incidência e transmissão poderão aumentar ainda mais. Uma abordagem essencial para otimizar as respostas ao paludismo num país será estruturar os programas em resposta à estratificação por fardo do paludismo e com base numa análise da anterior incidência dos dados do paludismo, determinantes de risco relacionados com o hospedeiro humano, os parasitas, os vectores e o ambiente, juntamente com uma análise do acesso aos serviços.

O desempenho dos sistemas nacionais de saúde e a sua adaptabilidade a novas oportunidades são dois determinantes-chave da taxa de progresso no caminho a percorrer. À medida que os programas do paludismo reduzirem a transmissão para taxas baixas ou muito baixas, a acção deve passar da prevenção, detecção e tratamento dos casos clínicos para a prevenção, detecção e tratamento de cada infecção por paludismo. Esta mudança requer sistemas de vigilância epidemiológica e entomológica reforçados e sustentados, um requisito que poderá ser satisfeito apenas através de um substancial compromisso financeiro e político a longo prazo, assim como significativas mudanças estruturais e organizacionais nos programas do paludismo.

A primeira prioridade para todos os países onde as taxas de transmissão do paludismo são elevadas ou moderadas é garantir a máxima redução da morbilidade e mortalidade, através do acesso universal sustentado a medidas de controlo dos vectores, diagnósticos e medicamentos antipalúdicos apropriados e de qualidade garantida, juntamente com a implementação de todas as terapêuticas preventivas recomendadas pela OMS que sejam apropriadas para esse cenário epidemiológico. Estas actividades devem ser apoiadas por sistemas eficazes de vigilância da doença, uma robusta vigilância entomológica e da eficácia dos medicamentos, assim como por uma boa comunicação da saúde pública e programas de mudança de comportamentos.

Nos países onde o potencial de transmissão do paludismo é elevado, a boa aplicação de todas as intervenções apropriadas resultará numa quebra acentuada das taxas de morbilidade e mortalidade, mas isso pode não ser suficiente para eliminar o paludismo. Nesses cenários, serão necessários outros instrumentos para acelerar os progressos. Há já muitos instrumentos novos em desenvolvimento, que poderão estar disponíveis nos próximos cinco a dez anos (ver secção sobre Aproveitar a inovação e expandir a investigação).

Quando os programas tiverem reduzido a transmissão para níveis muito baixos, deverá ser avaliada a viabilidade técnica, operacional e financeira da eliminação e a capacidade programática, incluindo a capacidade dos sistemas de vigilância, para acompanhar e gerir cada caso de infecção por paludismo, necessária para eliminar cada uma delas. Por outro lado, devem ser tomadas em conta considerações de natureza interna, recursos disponíveis e preparação, situação nos países vizinhos e risco de infecções importadas.

Quando os programas se aproximarem da eliminação ou trabalharem para evitar o restabelecimento da transmissão, todos os casos de infecção por paludismo terão de ser detectados e geridos pelos serviços gerais de saúde, tanto públicos como privados, e comunicados como doença notificável a um serviço nacional de registo do paludismo. Os doentes diagnosticados com paludismo devem ser tratados rapidamente com antipalúdicos eficazes, para prevenir mortes evitáveis e para diminuir a probabilidade de continuação da transmissão na comunidade. Por outro lado, os sistemas de vigilância entomológica devem ser mantidos, para se poderem introduzir ou modificar, conforme necessário, as intervenções apropriadas de controlo dos vectores.

## QUADRO ESTRATÉGICO

Para acelerar os progressos na via da eliminação, a OMS exorta os países afectados e a comunidade mundial do paludismo a maximizarem o impacto dos instrumentos e estratégias salva-vidas existentes. Até que surjam novos e melhores instrumentos e abordagens, é urgentemente necessário adoptar e expandir a implementação de todas as estratégias recomendadas pela OMS, para aumentar a eficácia das respostas e pôr termo às mortes por paludismo que sejam evitáveis. A estratégia baseia-se em três pilares, com dois elementos de apoio, que orientam os esforços mundiais de aproximação à eliminação do paludismo. Esses pilares e elementos encontram-se resumidos em baixo.

- **Pilar 1. Garantir o acesso universal à prevenção, diagnóstico e tratamento do paludismo.** O pacote de intervenções essenciais recomendado pela OMS – nomeadamente o controlo dos vectores, a quimioprevenção, os testes de diagnóstico e o tratamento de qualidade garantida – pode reduzir drasticamente a morbilidade e a mortalidade. Nas zonas de transmissão moderada a elevada, o principal objectivo dos programas nacionais de luta contra o paludismo deve ser garantir o acesso universal das populações de risco às intervenções. A medida do sucesso é a redução da incidência dos casos de paludismo e as taxas de mortalidade por paludismo. A OMS recomenda a implementação de dois conjuntos de intervenções de forma complementar: (1) estratégias de prevenção baseadas no controlo dos vectores e, em certos locais e em alguns grupos populacionais, a administração da quimioprevenção, e (2) diagnóstico universal e rápido tratamento eficaz do paludismo nas unidades de saúde públicas e privadas e a nível das comunidades. Estruturar os programas em resposta à estratificação do paludismo por fardo da doença e incluir uma análise da anterior incidência dos dados do paludismo, determinantes do risco relacionadas com o hospedeiro humano, os parasitas, os vectores e o ambiente que, juntamente com uma análise de acesso aos serviços, permitirá a adaptação das intervenções ao contexto local e assegurará o uso eficiente dos recursos.
- **Pilar 2. Acelerar os esforços para a eliminação e obtenção do estatuto de país livre do paludismo.** Os países terão de intensificar esforços para reduzir a continuação da transmissão de novas infecções em determinadas zonas geográficas, particularmente nos locais onde a transmissão é baixa. Além das intervenções essenciais, atingir este objectivo implica um combate, tanto aos parasitas como aos vectores em focos bem definidos de transmissão, orientado pela detecção activa de casos e investigação de casos, como parte de um programa de vigilância e resposta ao paludismo. Em alguns locais, conseguir a eliminação pode requerer o uso de medicamentos para a profilaxia ou outras possíveis novas abordagens, para eliminar o reservatório infeccioso, quando houver essa recomendação da OMS. O desenvolvimento e a adopção de soluções inovadoras será essencial para dar resposta à propagação da resistência aos insecticidas e à transmissão residual e para combater os reservatórios de hipnozoítas do *P. vivax*.
- **Pilar 3. Transformar a vigilância do paludismo numa intervenção essencial.** Reforçar a vigilância do paludismo é fundamental para o planeamento e implementação dos programas e é um factor crucial para acelerar os progressos. Todos os países onde o paludismo é endémico e os susceptíveis ao restabelecimento do paludismo devem possuir um sistema eficaz de gestão e informação sanitária, para ajudar os programas nacionais de luta contra o paludismo a orientar os seus recursos para as populações mais afectadas, identificar as lacunas na cobertura dos programas, detectar surtos e avaliar o impacto das intervenções, a fim de inspirar mudanças na orientação dos programas. Em níveis muito baixos de transmissão, a vigilância deve desencadear uma resposta adaptada ao local, para cada infecção detectada, a detecção de lacunas na cobertura dos programas, a diminuição da eficácia dos instrumentos ou a ocorrência de surtos.

- **Elemento de apoio 1. Aproveitar a inovação e expandir a investigação.** Em apoio a estes três pilares, os países onde o paludismo é endémico e a comunidade mundial do paludismo deve aproveitar a inovação e envolver-se cada vez mais na investigação básica, clínica e sobre implementação. Uma inovação bem sucedida no desenvolvimento de produtos e na prestação de serviços será um importante contributo para acelerar os progressos. A investigação básica é essencial para conhecer melhor os parasitas e os vectores e para desenvolver meios de diagnóstico e medicamentos mais eficazes, métodos aperfeiçoados e inovadores de controlo dos vectores e outros instrumentos, tais como as vacinas. A investigação sobre implementação é fundamental para otimizar o impacto e a relação custo-eficácia e facilitar o tratamento rápido das populações de risco.
- **Elemento de apoio 2. Reforçar o ambiente favorável.** Importantes factores de progresso são um forte empenhamento político, um financiamento robusto e uma maior colaboração multisectorial. Para otimizar as respostas nacionais ao paludismo, são igualmente cruciais um reforço global dos sistemas de saúde e a melhoria do ambiente favorável. A existência de sistemas de saúde fortes, quer públicos quer privados, é importante para reduzir não só o fardo da doença, mas também o potencial de transmissão continuada de parasitas, e permitir a adopção e a introdução de novos instrumentos e estratégias no mais curto período de tempo possível. Por sua vez, a expansão das intervenções contra o paludismo pode ser usada como ponto de partida para o reforço dos sistemas de saúde, incluindo os programas de saúde materna e infantil e os serviços laboratoriais, e para o fortalecimento dos sistemas de informação sanitária e de vigilância das doenças e entomológica. Finalmente, a capacitação das comunidades, a formação de capacidades e a supervisão de apoio para uma força de trabalho consistente, assim como os quadros reguladores, são importantes para garantir a concretização da visão, objectivos e etapas constantes desta estratégia.

## OS TRÊS PILARES DA ESTRATÉGIA

### PILAR 1. GARANTIR O ACESSO UNIVERSAL À PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO PALUDISMO

O pacote de intervenções essenciais recomendado pela OMS para prevenir a infecção e reduzir a morbidade e a mortalidade compreende o controlo dos vectores, a quimio-prevenção, os testes de diagnóstico e o tratamento. Estes elementos são explicados nos parágrafos que se seguem.

#### Controlo dos vectores

**Maximizar o impacto do controlo dos vectores.** O controlo dos vectores é uma componente essencial do controlo e eliminação do paludismo. A capacidade dos vectores para transmitirem parasitas e a sua vulnerabilidade às medidas de controlo variam conforme a espécie de mosquito e são influenciadas por factores ambientais locais. O controlo dos vectores deve ser implementado com base nos dados epidemiológicos e entomológicos locais. Presentemente, as duas intervenções essenciais que podem ter uma ampla aplicação são os mosquiteiros tratados com insecticida de longa duração e a pulverização residual interna<sup>6</sup>.

6 WHO recommendations for achieving universal coverage with long-lasting insecticidal nets in malaria control, September 2013 (revised March 2014). Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://www.who.int/malaria/publications/atoz/who\\_recommendations\\_universal\\_coverage\\_llins.pdf](http://www.who.int/malaria/publications/atoz/who_recommendations_universal_coverage_llins.pdf), accessed 10 March 2015); WHO. An operational manual for indoor residual spraying (IRS) for malaria transmission, control and elimination. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://who.int/malaria/publications/atoz/9789241508940/en/>, acedido em 10 de Março de 2015).

Os programas nacionais de luta contra o paludismo terão de garantir que todas as pessoas que vivem em zonas de alto risco de paludismo estejam protegidas através da distribuição, uso e substituição atempada de mosquiteiros tratados com insecticida de longa duração ou, quando apropriado, a aplicação da pulverização residual interna. Esta segunda intervenção essencial não deve ser introduzida como meio de compensar as deficiências na implementação da primeira<sup>7</sup>. Contudo, em certas situações, a pulverização pode ser aplicada, para prevenir ou mitigar a resistência em zonas onde os mosquiteiros são usados como rotina – sendo esta decisão condicionada aos dados locais. Quando estas duas intervenções são aplicadas em conjunto, deve usar-se na pulverização um insecticida com um modo de acção diferente do usado nos mosquiteiros. Em determinados locais, poderá ser indicado o uso de métodos suplementares, por exemplo, a gestão das fontes larvares onde os habitats aquáticos dos mosquitos são escassos, fixos e fáceis de encontrar<sup>8</sup>. O planeamento eficaz, a aplicação e a monitorização da gestão das fontes larvares requerem capacidades especializadas que actualmente não existem na maioria dos programas do paludismo. Essas capacidades terão de ser formadas.

Existem inúmeras situações em que a transmissão dos parasitas do paludismo continua, mesmo quando se faz a cobertura universal com mosquiteiros ou pulverização<sup>9</sup>. Para o melhor impacto possível destas intervenções, os programas deverão assegurar-se de que os vectores ficam expostos e são sensíveis aos insecticidas usados. Os mosquiteiros tratados com insecticida de longa duração protegem contra os mosquitos que picam à noite e no interior das habitações e a pulverização residual interna combate os mosquitos que repousam no interior das habitações. Isso significa que os mosquitos que picam ao fim da tarde ou que picam e repousam no exterior podem escapar às intervenções mais frequentemente utilizadas, o que provoca a transmissão residual do paludismo. A transmissão pode continuar quando as pessoas estão fora das casas ou não têm a protecção de mosquiteiros nas alturas e locais em que os mosquitos preferem picar. Para maximizar o impacto dos actuais instrumentos de controlo dos vectores, quando eles são apropriados, os países devem implementar esses instrumentos eficazmente, não devendo comprometer a qualidade através de uma má implementação ou do uso de produtos de qualidade inferior.

**Manter vigilância e monitorização entomológica adequada.** Para permitir uma resposta eficaz do controlo dos vectores, devem incluir-se nos sistemas nacionais de vigilância intervenções de monitorização da cobertura e impacto do controlo dos vectores. O controlo dos vectores deve ser orientado por dados epidemiológicos e entomológicos locais, incluindo a resistência aos insecticidas e o comportamento dos vectores. Os países devem recolher dados em todos os locais, incluindo as zonas livres de paludismo mas em risco de restabelecimento da doença.

A vigilância entomológica deve incluir uma avaliação periódica das espécies de vectores presentes, sua abundância e sazonalidade e preferências relativamente ao tempo e local da picada, hábitos de repouso e hospedeiros (comportamento dos vectores), estado de sensibilidade aos insecticidas e mecanismos subjacentes de resistência, para se poder prever a sua vulnerabilidade às intervenções. É também essencial a monitorização de rotina da cobertura e do impacto das intervenções, a condição física dos mosquiteiros de longa duração, o uso real de mosquiteiros e a percepção da sua utilidade pelos utilizadores finais e o efeito residual dos insecticidas. Os dados gerados devem ser usados para fundamentar as decisões sobre o momento mais oportuno para as actividades de

7 WHO guidance for countries on combining indoor residual spraying and long-lasting insecticidal nets. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/malaria/publications/atoz/who-guidance-combining-irs\\_llins-mar2014.pdf](http://www.who.int/malaria/publications/atoz/who-guidance-combining-irs_llins-mar2014.pdf), acessado em 10 de Março de 2015).

8 WHO interim position statement: the role of larviciding for malaria control in sub-Saharan Africa. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://www.who.int/malaria/publications/atoz/interim\\_position\\_statement\\_larviciding\\_sub\\_saharan\\_africa.pdf](http://www.who.int/malaria/publications/atoz/interim_position_statement_larviciding_sub_saharan_africa.pdf), accessed 10 March 2015); WHO. Larval source management – a supplementary measure for malaria vector control: an operational manual. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85379/1/9789241505604\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85379/1/9789241505604_eng.pdf), acessado em 10 de Março de 2015).

9 WHO. Control of residual malaria parasite transmission: guidance note. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/technical-note-control-of-residual-malaria-parasite-transmission-sep14.pdf>, acessado em 10 de Março de 2015).



pulverização, contribuir para as estratégias de substituição dos mosquiteiros e orientar o desenvolvimento e aplicação de instrumentos, incluindo as actividades de comunicação das alterações comportamentais.

**Gerir a resistência aos insecticidas e a transmissão residual.** Embora as intervenções essenciais de controlo dos vectores continuem a ser eficazes na maioria das zonas, a crescente resistência fisiológica dos mosquitos aos insecticidas e a combinação do comportamento humano e dos vectores que sustenta a transmissão continuada são grandes desafios que requerem uma resposta urgente e coordenada. Se não for controlada, a resistência aos insecticidas pode conduzir a um substancial aumento na incidência do paludismo e da mortalidade, com consequências devastadoras para a saúde pública. Todos os países em que o paludismo é endémico, incluindo aqueles onde ainda não se detectou resistência, são exortados a elaborar e implementarem planos de monitorização e gestão da resistência aos insecticidas<sup>10</sup>. O uso estratégico dos actuais instrumentos preserva a sua eficácia. Os métodos usados na gestão da resistência incluem o uso de insecticidas com diferentes modos de acção, através de mudanças periódicas (rotações) entre as rondas de pulverização residual interna ou intervenções múltiplas combinadas. O comportamento dos vectores, que compromete a eficácia das intervenções essenciais, deve ser combatido através do uso de novos instrumentos. O custo de produtos para controlo dos vectores constitui um grande obstáculo à implementação de estratégias para evitar e mitigar a resistência aos insecticidas e reduzir a transmissão residual. Os países devem prever melhor as necessidades em produtos para o controlo dos vectores e apoiar as compras agrupadas. Esses passos deverão reforçar a confiança dos fabricantes, ajudar a estabilizar o mercado, levar a uma redução dos preços e encorajar a inovação.

**Reforçar as capacidades para um controlo dos vectores conduzido pelas evidências.** Para uma eficaz prestação e monitorização das intervenções de controlo dos vectores, os programas nacionais de luta contra o paludismo precisam de investir em recursos humanos e no desenvolvimento organizacional e infraestrutural, os quais reforçarão as capacidades para gerar e analisar dados essenciais<sup>11</sup>. Deve ser elaborado um plano estratégico de longo prazo, para formar recursos humanos sustentáveis e criar estruturas e sistemas de carreiras que garantam o melhor desempenho possível das intervenções de controlo dos vectores. Essas capacidades sustentarão todas as actividades de controlo e eliminação do paludismo e a prevenção do restabelecimento da doença.

**Implementar o controlo dos vectores do paludismo no contexto da gestão integrada dos vectores.** Para maximizar o impacto do controlo dos vectores do paludismo – incluindo a manutenção de uma adequada vigilância e monitorização entomológica, a gestão da resistência aos insecticidas e o reforço das capacidades para um controlo dos vectores baseado em evidências – os programas nacionais de luta contra o paludismo deverão aplicar os princípios da gestão integrada dos vectores. A gestão integrada dos vectores é um processo racional de tomada de decisões para o melhor uso possível dos recursos destinados ao controlo dos vectores. Ela procura melhorar a eficiência, a relação custo-eficácia, a saúde ecológica e a sustentabilidade do controlo dos vectores da doença, com o fim último de evitar a transmissão da doença por vectores. Os países deverão elaborar e implementar planos nacionais de gestão integrada dos vectores como parte da sua estratégia mais alargada de luta contra o paludismo. Uma vez que a implementação do controlo dos vectores envolve diferentes sectores, os países devem também reforçar a coordenação intersectorial para a obtenção do máximo impacto.

---

10 WHO Global plan for insecticide resistance management in malaria vectors. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44846/1/9789241564472\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44846/1/9789241564472_eng.pdf), acedido em 10 de Março de 2015); WHO. Test procedures for insecticide resistance monitoring in malaria vector mosquitoes. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80139/1/9789241505154\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80139/1/9789241505154_eng.pdf), acedido em 10 de Março de 2015).

11 WHO guidance note on capacity building in malaria entomology and vector control. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://www.who.int/malaria/publications/atoz/who\\_guidance\\_capacity\\_building\\_entomology.pdf](http://www.who.int/malaria/publications/atoz/who_guidance_capacity_building_entomology.pdf), acedido em 10 de Março de 2015).

## Quimioprevenção

**Expandir o tratamento preventivo, para evitar a doença nos grupos mais vulneráveis.** As estratégias de tratamento preventivo são elementos-chave da estratégia multifacetada para reduzir o fardo e a transmissão da doença, devendo ser substancialmente expandidas para ajudar os países a reduzirem o seu fardo de paludismo. Esta intervenção elimina as infecções existentes e evita as consequências da parasitemia, incluindo a doença e a morte. As estratégias para o tratamento preventivo variam, conforme a intensidade da transmissão e o nível de resistência dos parasitas aos medicamentos antipalúdicos numa dada região.

O tratamento preventivo contra o paludismo recomendado pela OMS inclui presentemente o tratamento preventivo intermitente das mulheres grávidas, o tratamento preventivo intermitente dos bebés e a quimioprevenção sazonal para as crianças menores de 5 anos<sup>12</sup>. Estas intervenções são recomendadas em zonas de transmissão moderada a elevada de paludismo na África Subariana, sendo a quimioprevenção sazonal do paludismo recomendada apenas em zonas de transmissão altamente sazonal em toda a subregião do Sahel. As estratégias de tratamento preventivo visam presentemente o paludismo falciparum e terão de ser desenvolvidas para outros tipos de paludismo humano.

**Proteger todos os viajantes e migrantes não imunes.** A quimioprofilaxia é a administração de doses subterapêuticas de medicamentos antipalúdicos a intervalos regulares, suficientes para evitar a doença do paludismo. A quimioprofilaxia deve ser administrada a pessoas expostas a alto risco de paludismo, em combinação com aconselhamento sobre medidas para reduzir as picadas dos vectores, particularmente os viajantes não imunes, que são mais susceptíveis à doença e morte por paludismo. É também recomendada para pessoas que viajam dentro de um país, de zonas livres de paludismo para zonas de alto risco de paludismo.

## Testes de diagnóstico e tratamento

**Garantir a aplicação universal de testes de diagnóstico a todos os casos suspeitos de paludismo.** Todos os doentes suspeitos de paludismo devem ter confirmação do diagnóstico através de métodos de detecção de parasitas, tais como microscopia de qualidade garantida ou um teste de diagnóstico rápido. Tanto os serviços de saúde do sector público como os do sector privado devem confirmar o diagnóstico, antes de se administrar o tratamento antipalúdico. Todos os casos confirmados devem ser acompanhados e notificados ao sistema de vigilância, para que possam servir de base à planificação dos programas. Garantir a aplicação universal de testes de diagnóstico reduzirá o uso excessivo de associações medicamentosas à base de artemisinina – o tratamento de primeira linha para o paludismo não complicado – e reduzir a pressão dos medicamentos sobre os parasitas<sup>13</sup>.

A expansão dos testes de diagnóstico fornecerá dados de vigilância atempados e rigorosos, com base em casos confirmados e não em casos suspeitos. Por outro lado, conduzirá a uma melhor identificação e gestão das muitas doenças febris não palúdicas que são consideradas paludismo apenas com base na presença de febre. A expansão do acesso

12 WHO. Updated WHO policy recommendation: intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy using sulfadoxine-pyrimethamine (IPTp-SP). Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://www.who.int/malaria/iptp\\_sp\\_updated\\_policy\\_recommendation\\_en\\_102012.pdf](http://www.who.int/malaria/iptp_sp_updated_policy_recommendation_en_102012.pdf), acedido em 10 de Março de 2015); WHO policy recommendation on intermittent preventive treatment during infancy with sulphadoxine-pyrimethamine (SP-IPTi) for Plasmodium falciparum malaria control in Africa. Geneva: World Health Organization; 2010 ([http://www.who.int/malaria/news/WHO\\_policy\\_recommendation\\_IPTi\\_032010.pdf](http://www.who.int/malaria/news/WHO_policy_recommendation_IPTi_032010.pdf), accessed 10 March 2015); WHO policy recommendation: seasonal malaria chemoprevention (SMC) for Plasmodium falciparum malaria control in highly seasonal transmission areas of the Sahel sub-region in Africa. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://www.who.int/malaria/publications/atoz/smc\\_policy\\_recommendation\\_en\\_032012.pdf](http://www.who.int/malaria/publications/atoz/smc_policy_recommendation_en_032012.pdf), acedido em 10 de Março de 2015).

13 WHO. Universal access to malaria diagnostic testing: an operational manual, November 2011 (rev. February 2013). Geneva: World Health Organization; 2011 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502092\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502092_eng.pdf), acedido em 10 de Março de 2015).

a testes de diagnóstico rápido tem estado atrasada em relação aos esforços de controlo dos vectores, mas o reforço do diagnóstico e do tratamento em todos os cenários ajudará a reduzir a morbilidade e a mortalidade por paludismo. A OMS reconhece que os testes e o tratamento radical do paludismo vivax com segurança e eficácia requer actualmente dois diagnósticos: a presença de parasitas *P. vivax* e o estado da glucose-6-fosfato desidrogenase.

### **Administrar tratamento de qualidade garantida a todos os doentes.**

Garantir o acesso universal aos medicamentos antipalúdicos recomendados pela OMS é crucial em todos os cenários, para evitar a evolução do paludismo não complicado para doença grave e morte. Depois da confirmação por diagnóstico, todos os doentes com *P. falciparum* não complicado devem ser tratados com uma associação medicamentosa à base de artemisinina de qualidade garantida. Nas zonas em que esteja presente o *P. vivax* sensível à cloroquina, o paludismo não falciparum não complicado deve ser tratado com cloroquina ou uma associação medicamentosa à base de artemisinina de eficácia conhecida na zona. Além da associação medicamentosa à base de artemisinina ou da cloroquina, todas as mulheres adultas não grávidas e as crianças com *P. vivax* ou *P. ovale* que não tenham deficiência de glucose-6-fosfato desidrogenase devem receber um tratamento de 14 dias com primaquina, para evitar recidiva futura. Todos os casos graves de paludismo causado por *P. falciparum*, *P. vivax* ou *P. knowlesi* devem ser tratados por via parentérica com artesunato ou arteméter, seguido de um tratamento oral completo de uma associação medicamentosa à base de artemisinina. O paludismo grave requer tratamento médico urgente e a OMS disponibilizou aos países informações pormenorizadas<sup>14</sup>.

Os programas do paludismo deverão elaborar orientações nacionais pormenorizadas para tratamento que tenham em consideração os padrões de resistência aos antipalúdicos e as capacidades dos serviços de saúde. Os países deverão seleccionar associações medicamentosas à base de artemisinina recomendadas pela OMS com mais de 95% de eficácia demonstrada através da monitorização da eficácia terapêutica em postos locais. As formulações de dose fixa (combinando dois ingredientes activos diferentes num único comprimido) são firmemente recomendadas porque facilitam a adesão ao tratamento e reduzem a potencial má utilização de componentes individuais dos medicamentos no mesmo alvéolo. A monoterapia oral à base de artemisinina nunca deve ser usada para o tratamento do paludismo não complicado, pois isso pode promover o desenvolvimento de resistência à artemisinina.

### **Reforçar os testes de diagnóstico e o tratamento com base nas comunidades.**

A formação e o destacamento de agentes comunitários de saúde e voluntários pode constituir um substancial complemento e alargar o alcance dos serviços de saúde pública, particularmente nas zonas rurais e remotas, onde as infraestruturas sanitárias tendem a ser mais fracas e a transmissão do paludismo mais frequente. A utilização estratégica dos agentes comunitários de saúde e de voluntários na prevenção e tratamento do paludismo não só cobre as lacunas do sistema de saúde, mas também assegura a continuidade de cuidados às populações mais desfavorecidas. Os programas nacionais de luta contra o paludismo devem expandir o tratamento integrado nas comunidades dos casos de paludismo, pneumonia e doenças diarreicas, visando as crianças menores de 5 anos.

### **Monitorizar a segurança e a eficácia dos medicamentos antipalúdicos e gerir a resistência a esses medicamentos.**

Uma melhor farmacovigilância e a vigilância da eficácia dos medicamentos antipalúdicos são essenciais para detectar eventos adversos inesperados e a redução da eficácia, para que se possam seleccionar as combinações apropriadas para as políticas nacionais de tratamento. Os países devem monitorizar de dois em dois anos a eficácia das terapêuticas antipalúdicas de primeira

14 WHO. Guidelines for the treatment of malaria, Third edition. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162441/1/9789241549127\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162441/1/9789241549127_eng.pdf), acedido em 10 de Junho de 2015); WHO. Management of severe malaria: a practical handbook. Third edition. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79317/1/9789241548526\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79317/1/9789241548526_eng.pdf), acedido em 10 de Março de 2015).

linha – contra o paludismo falciparum e vivax – usando o protocolo padrão da OMS para os estudos de eficácia terapêutica<sup>15</sup>. Uma taxa de insucesso do tratamento superior a 10% deve motivar uma alteração na política nacional de tratamento antipalúdico. Até este momento, as associações medicamentosas à base de artemisinina continuam a ser altamente eficazes, desde que os medicamentos associados continuem a ser eficazes. Contudo, é necessário ser cauteloso, pois a emergência de resistência à artemisinina aumenta o risco de resistência aos medicamentos parceiros da associação.

**Conter a resistência aos medicamentos antipalúdicos.** Proteger a eficácia das associações terapêuticas à base de artemisinina e desenvolver novas associações deverá ser uma prioridade de topo, tanto para os países onde o paludismo é endêmico, como para a comunidade mundial contra o paludismo<sup>16</sup>. Nos países e zonas onde a artemisinina e as associações medicamentosas à base de artemisinina continuam a ser altamente eficazes, é necessário promover o uso correcto do medicamento, tendo atenção especialmente à expansão dos testes de diagnóstico e ao tratamento de qualidade garantida, alargando todas as intervenções básicas contra o paludismo, incluindo o controlo dos vectores, com a finalidade de reduzir e potencial emergência de resistência. Os países com resistência à artemisinina deverão intensificar o controlo do paludismo, para reduzir o fardo da doença e retardar ou evitar a propagação da resistência. Nas zonas de baixa transmissão, mas onde existe resistência à artemisinina, os países devem visar a rápida eliminação do paludismo falciparum.

**Eliminar o paludismo falciparum da subregião do Grande Mekong.** A resistência do *P. falciparum* à artemisinina surgiu independentemente em diversas localizações geográficas da subregião do Grande Mekong, no Sudeste Asiático. A situação é pior ao longo da fronteira entre o Camboja e a Tailândia, onde o *P. falciparum* se tornou resistente a quase todos os medicamentos antipalúdicos disponíveis. A emergência da resistência multimedicamentosa pode ameaçar seriamente os progressos até agora alcançados nesta região, podendo levar a um aumento do fardo da doença noutras partes do mundo<sup>17</sup>. A eliminação do paludismo por *P. falciparum* é a única estratégia que pode impedir a propagação da resistência; esta terá de ser uma prioridade urgente na subregião do Grande Mekong, embora os actuais instrumentos sejam eficazes.

**Retirar do mercado todos os medicamentos antipalúdicos inapropriados.** Todos os países em que o paludismo é endêmico deverão assegurar-se de que todos os medicamentos antipalúdicos inapropriados serão retirados dos mercados do sector privado. As autoridades reguladoras nacionais são exortadas a regulamentar contra produção, autorização de introdução no mercado, exportação, importação e uso de monoterapias orais à base de artemisinina. Os países deverão igualmente tomar medidas decisivas, incluindo a vigilância e acção reguladora, assim como um rigoroso seguimento, para retirar os medicamentos antipalúdicos ineficazes das unidades de saúde e farmácias, incluindo a sua dispensa através de prestadores informais. Esses esforços serão fundamentais para preservar a eficácia das associações medicamentosas à base de artemisinina e darão um importante contributo para a aceleração dos progressos na via da eliminação.

15 WHO. Methods for surveillance of antimalarial drug efficacy. Geneva: World Health Organization; 2009 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597531\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597531_eng.pdf), acedido em 10 de Março de 2015).

16 WHO, Roll Back Malaria Partnership. Global plan for artemisinin resistance containment. Geneva: World Health Organization; 2011 ([http://www.who.int/malaria/publications/atoz/artemisinin\\_resistance\\_containment\\_2011.pdf](http://www.who.int/malaria/publications/atoz/artemisinin_resistance_containment_2011.pdf), acedido em 10 de Março de 2015).

17 WHO. Emergency response to artemisinin resistance in the Greater Mekong subregion: regional framework for action 2013–2015. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79940/1/9789241505321\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79940/1/9789241505321_eng.pdf), acedido em 10 de Março de 2015).

## PILAR 2. ACELERAR OS ESFORÇOS PARA A ELIMINAÇÃO E OBTENÇÃO DO ESTATUTO DE PAÍS LIVRE DO PALUDISMO

**Todos os países deverão ter o objectivo de eliminar o paludismo.** Para se atingir esse objectivo, será necessário combater tanto os vectores como os parasitas. Evitar o contacto entre as pessoas e os vectores contribuirá para reduzir a continuação da transmissão de novas infecções, embora a eliminação de parasitas do grande número de pessoas com infecções não diagnosticadas acelere a redução da transmissão. Ao longo da próxima década, surgirão novos instrumentos e abordagens que ajudarão a combater o reservatório humano de parasitas infecciosos. As principais recomendações técnicas resumidas no presente pilar baseiam-se em instrumentos e abordagens já existentes, mas espera-se que elas sejam alargadas dentro de 2-3 anos.

**Reorientar os programas.** Quando o número de casos de paludismo tiver sido reduzido para níveis baixos num determinado país ou zona subnacional, as prioridades e actividades dos programas do paludismo poderão ter de ser reajustadas para se completar a fase final da eliminação. Por isso, além das intervenções mencionadas no Pilar 1, os programas deverão reforçar a vigilância, para garantir que todas as infecções serão detectadas, implementar medidas destinadas a atacar tanto os parasitas como os vectores, para se interromper a transmissão local, eliminar todos os parasitas dos seres humanos e gerir o risco de restabelecimento através do paludismo importado.

**Aprovar legislação.** É necessária nova legislação para apoiar as mudanças nas prioridades dos programas, nomeadamente para assegurar que a venda livre de medicamentos antipalúdicos será proibida e que a vigilância será mais reforçada, de modo a incluir a notificação obrigatória de todos os casos confirmados de infecção detectados nas unidades de saúde, tanto públicas como privadas. Por outro lado, os ministérios da saúde – com o apoio das autoridades relevantes – terão de: assumir a supervisão directa da gestão da cadeia de abastecimento de medicamentos antipalúdicos; criar um sistema centralizado de notificação, para a vigilância epidemiológica do paludismo, para dados sobre o controlo dos vectores, notificação de surtos e preparação e resposta; e intensificar a coordenação entre as instituições e os serviços públicos, privados e comunitários.

**Renovar o compromisso político e aprofundar a colaboração regional.** A fase final da eliminação requer um forte empenhamento político, financiamento de longo prazo previsível e maior colaboração entre os países vizinhos. Em muitos países, é preciso aumentar urgentemente os esforços para apoiar as comunidades de risco nas zonas de baixa transmissão, especialmente nas zonas remotas e de difícil acesso. Terão de ser encontradas soluções para proteger as populações itinerantes e os trabalhadores migrantes dentro e entre os países, informando-os sobre os potenciais perigos da doença e facilitando o acesso aos instrumentos de prevenção e ao tratamento, através de clínicas acessíveis.

**Reduzir o número de infecções não detectadas.** Garantir a eliminação total dos parasitas do paludismo das pessoas infectadas, através de intervenções de saúde pública, exige novas abordagens que ainda não fazem parte do conjunto de instrumentos recomendados pela OMS. Estratégias como a administração maciça de medicamentos já foram usadas com êxito no passado e estão actualmente a ser exploradas em vários locais de transmissão. A investigação está a avaliar o potencial da administração de medicamentos bloqueadores da transmissão, em zonas de elevada transmissão, com vista a acelerar os progressos para a eliminação. Outro tipo de investigação está a avaliar o impacto e o efeito a mais longo prazo da administração de antipalúdicos eficazes a uma população inteira ou a grupos populacionais-alvo, incluindo o tratamento de pessoas infectadas rastreadas para parasitas do paludismo com testes de alta sensibilidade.

**Implementar o controlo dirigido dos vectores do paludismo.** À medida que a transmissão diminui para níveis baixos nos países ou em zonas subnacionais, a cobertura universal das populações em risco de paludismo pelas intervenções de controlo dos vectores deve ser mantida na maioria dos cenários, para evitar o ressurgimento da

doença. Para uma determinada zona, a população de risco definida será provavelmente diferente à medida que os programas prosseguem na via da eliminação. Uma mudança da cobertura universal para a orientação do controlo dos vectores em populações ou zonas específicas pode justificar-se em circunstâncias em que o potencial inerente de transmissão seja baixo, os sistemas de vigilância sejam fortes e exista um elevado nível de preparação e capacidade para responder rapidamente em caso de ressurgimento. A pulverização residual interna orientada desempenha um importante papel em alguns ambientes, como resposta a surtos e ressurgimentos, ou para eliminar os focos de transmissão. À medida que a transmissão diminui, poderá haver maior necessidade de medidas suplementares, tais como a gestão das fontes larvares.

**Evitar o restabelecimento da transmissão local do paludismo.** Mesmo depois da doença ter sido eliminada de um país ou zona subnacional, a importação continuada de casos de paludismo significa que a qualidade da detecção de casos deve permanecer elevada. A vigilância da possível transmissão local renovada é da responsabilidade dos serviços gerais de saúde, como parte das suas atribuições normais de controlo das doenças transmissíveis, em colaboração com outros sectores relevantes (tais como, agricultura, ambiente, indústria e turismo). As pessoas que pretendem viajar para zonas onde o paludismo é endémico devem receber informação sanitária, quimio-profilaxia e aconselhamento sobre medidas de protecção contra as picadas dos mosquitos, com a finalidade de reduzir a importação de parasitas. Os visitantes e migrantes de zonas endémicas devem ser informados dos riscos de paludismo e ter fácil acesso a serviços de diagnóstico e tratamento gratuitos. O controlo dos vectores deve continuar a ser usado, para conter surtos locais e proteger zonas conhecidas como receptivas ao restabelecimento da transmissão, assim como zonas expostas à frequente importação de parasitas do paludismo. Os padrões de vigilância a aplicar para garantir a boa manutenção do estatuto de indemnidade ao paludismo dependem da vulnerabilidade e receptividade de uma zona. O programa de prevenção do restabelecimento da transmissão tem uma duração ilimitada. Assim, a vigilância deve ser mantida nos países que deixaram de ter transmissão.

**Implementar quimioterapia bloqueadora de transmissão.** A quimioterapia bloqueadora da transmissão é o uso de medicamentos antipalúdicos eficazes, para reduzir a transmissão de gametócitos, o estágio sexual dos plasmódios que são infecciosos para os mosquitos vectores, interrompendo assim a transmissão do ciclo do paludismo. A OMS recomenda a quimioterapia bloqueadora da transmissão, para reduzir a transmissão de paludismo, particularmente nas zonas ameaçadas pela resistência do *P. falciparum* à artemisinina e como parte das estratégias para eliminar o *P. falciparum*<sup>18</sup>. Esta intervenção é actualmente recomendada em zonas de baixa transmissão e onde a cobertura do tratamento é elevada. As estratégias bloqueadoras da transmissão estão actualmente disponíveis para o paludismo falciparum, mas ainda não foram utilizadas para outros parasitas do paludismo.

**Detectar todas as infecções para atingir a eliminação e evitar o restabelecimento.** Nos locais onde a taxa de transmissão é muito baixa, a detecção activa e a investigação das infecções, além do tratamento gratuito do paludismo e notificação às unidades de saúde, são importantes para eliminar focos residuais de transmissão<sup>19</sup>. A investigação de casos e a detecção de infecções em pessoas que partilham o seu ambiente de vida com alguém a quem foi diagnosticado paludismo numa unidade de saúde fornecerá informação sobre a potencial exposição às mesmas fontes de infecção, com vista a elucidar se está a ocorrer uma transmissão local ou se os casos foram importados.

18 WHO. Updated WHO policy recommendation: single dose primaquine as a gametocytocide in Plasmodium falciparum malaria. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://www.who.int/malaria/pq\\_updated\\_policy\\_recommendation\\_en\\_102012.pdf](http://www.who.int/malaria/pq_updated_policy_recommendation_en_102012.pdf), acedido em 10 de Março de 2015).

19 WHO. Disease surveillance for malaria elimination: an operational manual. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44852/1/9789241503334\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44852/1/9789241503334_eng.pdf), acedido em 10 de Março de 2015); WHO. Policy brief on malaria diagnostics in low-transmission settings. Geneva: World Health Organization; 2014. (<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/policy-brief-diagnosis-low-transmission-settings/en/>, acedido em 10 de Março de 2015).

**Uso de medicamentos para reduzir a concentração de parasitas.** O uso de antipalúdicos é um elemento da estratégia de eliminação, visto que eles podem eliminar a concentração de parasitas na população tratada e, quando usados preventivamente, reduzir tanto a concentração de indivíduos susceptíveis como a capacidade de transmissão de gametócitos. No futuro, a OMS avaliará o potencial papel dos medicamentos na eliminação dos mosquitos, antes deles conseguirem transmitir os parasitas do paludismo, e o seu potencial papel no tratamento de todas as infecções, independentemente dos sintomas clínicos ou dos comportamentos favoráveis à saúde. No trabalho destinado à eliminação, todos os doentes com paludismo vivax ou ovale laboratorialmente confirmado devem ser tratados com um regime de cura radical, para eliminar todos os restantes hipnozoítas, que poderão mais tarde causar uma recidiva.

**Elaborar estratégias específicas para o *P. vivax*.** Para que a eliminação seja bem sucedida, deve prestar-se mais atenção ao *P. vivax*, um parasita menos bem conhecido do que o *P. falciparum*. O paludismo vivax apresenta múltiplos desafios e requer estratégias específicas. Os desafios incluem o seguinte:

- O *P. vivax* tolera uma variedade mais alargada de condições ambientais do que o *P. falciparum* e, portanto, tem uma amplitude geográfica mais vasta;
- O *P. vivax* pode ser transmitido de humanos para os mosquitos, antes das pessoas infectadas desenvolverem sintomas;
- Os métodos convencionais de controlo dos vectores (mosquiteiros tratados com insecticidas de longa duração e pulverização residual interna) podem ser menos eficazes contra o *P. vivax*, porque em muitas zonas onde o *P. vivax* predomina, os vectores picam ao fim da tarde, sugam o sangue no exterior e repousam no exterior;
- Os hipnozoítas inactivos são mais difíceis de detectar porque a parasitemia é tipicamente baixa e porque os hipnozoítas inactivos que residem no fígado não podem ser detectados com os testes de diagnóstico existentes;
- Os hipnozoítas podem provocar múltiplas recaídas e contribuir para uma significativa morbilidade e para a continuação da transmissão;
- Os hipnozoítas do *P. vivax* apenas podem ser eliminados através de um tratamento de 14 dias com primaquina, que pode produzir graves efeitos secundários (anemia hemolítica) em doentes com deficiência da glucose-6-fosfato desidrogenase, sendo esse tratamento contra-indicado em grupos populacionais vulneráveis, tais como bebés e mulheres grávidas ou lactantes;
- Os testes da glucose-6-fosfato desidrogenase são complicados e não estão disponíveis em muitos locais;
- O paludismo vivax resistente à cloroquina está a disseminar-se.

**Usar a vigilância como intervenção nos programas de eliminação.** À medida que os programas do paludismo progredem na via da eliminação, as finalidades da vigilância são: detectar todas as infecções por paludismo, quer sejam sintomáticas ou não; investigar cada caso individual de infecção, diferenciando os casos importados dos adquiridos localmente; e garantir que cada caso detectado é prontamente tratado para evitar infecções secundárias. Embora as infecções ocorram esporadicamente ou em focos distintos, os sistemas de vigilância terão de cobrir todo o país, com particular atenção às zonas com transmissão contínua ou história recente de transmissão. Os países devem monitorizar as infecções importadas, que representam uma percentagem significativa de todas as infecções na fase de eliminação e podem constituir um risco de restabelecimento da transmissão nas zonas em que esta já anteriormente tinha sido interrompida<sup>20</sup>.

20 WHO. Disease surveillance for malaria elimination: an operational manual. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44852/1/9789241503334\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44852/1/9789241503334_eng.pdf), acedido em 10 de Março de 2015).

### PILAR 3. TRANSFORMAR A VIGILÂNCIA DO PALUDISMO NUMA INTERVENÇÃO ESSENCIAL

Independentemente do ponto em que os países se encontrem na via da eliminação, a vigilância do paludismo deverá ser incentivada como uma intervenção essencial nas estratégias nacionais e subnacionais do paludismo. A vigilância, enquanto intervenção, abrange o acompanhamento da doença e as respostas programáticas, encetando acções de resposta aos dados recebidos. Até hoje, a maioria dos países mais afectados não se encontra em posição de recolher dados essenciais do paludismo numa base constante, tornando-se, por isso, difícil otimizar as respostas, avaliar as tendências da doença e responder aos surtos. A vigilância poderá funcionar mais intensamente como uma intervenção quando os programas estiverem mais perto da eliminação, mas é necessária uma vigilância eficaz em todas as etapas desse caminho para a eliminação. Descrevem-se a seguir os benefícios de uma vigilância eficaz e das acções necessárias para a transformar:

Uma forte vigilância do paludismo permite que os programas optimizem o seu funcionamento, capacitando-os para:

- advogarem o investimento de fontes nacionais e internacionais, em proporção com o fardo do paludismo, numa zona nacional ou subnacional;
- afectarem recursos às populações mais necessitadas e às intervenções mais eficazes, de modo a exercerem o maior impacto possível sobre a saúde pública;
- avaliarem regularmente se os planos estão a progredir como se espera ou se são necessários ajustamentos à escala ou uma combinação de intervenções;
- justificar o impacto do financiamento recebido e capacitar o público, seus representantes eleitos e os doadores, para determinarem se estão a obter um bom retorno;
- avaliar se os objectivos programáticos foram atingidos e compreender o que resultou e o que não resultou, de modo a conseguir conceber programas mais eficientes e eficazes.

**Vigilância em zonas de elevada transmissão.** A análise dos dados e a monitorização do programa baseiam-se em números agregados, sendo as acções levadas a cabo a nível da população, de forma a garantir que todas as pessoas tenham acesso aos serviços e que não haja tendências adversas nas doenças<sup>21</sup>. Um dos requisitos-chave para acompanhar os progressos do controlo do paludismo é uma informação rigorosa e oportuna sobre números e tendências das mortes associadas ao paludismo. Deverão desenvolver-se esforços concertados para garantir que todos os internamentos por paludismo nos hospitais e centros de saúde e que as mortes por paludismo nesses casos sejam confirmadas por testes parasitológicos e notificados através de um sistema nacional de vigilância. A representatividade dos dados hospitalares deverá ser caracterizada em locais escolhidos, com populações-alvo bem definidas e que acompanhem continuamente a causa das mortes.

**Vigilância em zonas de baixa transmissão.** Nas zonas em que as taxas de transmissão são baixas ou moderadas, há uma heterogeneidade apreciável na distribuição do paludismo, tornando-se cada vez mais importante identificar os grupos populacionais mais susceptíveis à doença e orientar adequadamente as intervenções. O paludismo pode concentrar-se nas populações marginalizadas, como as que vivem em zonas remotas e fronteiriças, trabalhadores itinerantes e migrantes, bem como populações tribais com acesso limitado aos serviços. Poderá ser preciso levar serviços de testes de diagnóstico e tratamento directamente às populações sem acesso aos serviços (i.e., levar a cabo a detecção e tratamento proactivo de casos). Uma vez que a imunidade das populações de risco vai diminuindo, à medida que as intervenções são levadas a cabo, é

21 WHO. Disease surveillance for malaria control: an operational manual. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44851/1/9789241503341\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44851/1/9789241503341_eng.pdf), acedido em 10 de Março de 2015).



importante que os programas estejam vigilantes contra potenciais surtos, intensificando a notificação (e.g. semanalmente) da incidência de infecções e a monitorização dos principais determinantes da transmissão, como os dados meteorológicos.

**Vigilância em zonas visadas para eliminação do paludismo.** Os sistemas específicos de notificação do paludismo têm de satisfazer cada vez mais a procura adicional de informação, para orientar e monitorizar intervenções em determinados focos e grupos de risco. À medida que avançam os progressos na via da eliminação, torna-se necessário investigar casos individuais de infecção ou conjuntos de casos, de forma a compreender os factores de risco e eliminar os focos de transmissão. É também cada vez mais importante garantir que os sistemas de vigilância capturem dados sobre casos detectados pelos cuidadores do sector privado, quer formais quer informais. Será preciso aumentar os recursos e as capacidades para fazer funcionar e manter os sistemas de vigilância do paludismo, os quais se tornam mais complexos e mais exigentes em termos de recursos na via para a fase de eliminação, devendo ser facultadas ao pessoal envolvido mais competências, formação e actividades. É preciso manter sistemas de vigilância fortes, que conservem o estatuto de eliminação, uma vez atingido; os países deverão também monitorizar o risco de importação (vulnerabilidade) e de eventual transmissão em zonas de risco (receptividade)<sup>22</sup>.

**Investimento em sistemas de informação de rotina.** Os sistemas de informação de rotina são cruciais para a vigilância de todas as fases do controlo do paludismo e constituem a base da monitorização das actividades do programa do paludismo. Deverão fazer-se investimentos suficientes a nível da gestão e do uso de dados de sistemas de informação de rotina aperfeiçoados, de forma a gerar a informação necessária para planear, implementar e avaliar o programa. Será necessário um maior apoio financeiro e logístico para fornecimento de material e equipamento de escritório, formação inicial e contínua de pessoal, supervisão de unidades de saúde e comunicações. A notificação de dados requer uma gestão com controlos de qualidade em funcionamento e um seguimento de boa qualidade. A necessidade primordial é a formação da capacidade técnica do pessoal em análise e interpretação dos dados, para permitir que os programas usem mais eficazmente a informação sobre vigilância.

**Recolha dos dados necessários para compreender as tendências da doença e o desempenho do programa global.** A informação necessária inclui dados sobre disponibilidade de recursos para controlo do paludismo (financiamento do programa, pessoal e equipamentos), níveis existentes de prestação de serviços (acesso a serviços e cobertura das intervenções) e tendências da utilização dos serviços de saúde. Inclui ainda dados sobre as populações afectadas, incluindo taxas de prevalência dos parasitas do paludismo e factores associados a um risco mais elevado de aquisição do paludismo. Dados de múltiplas fontes incluem sistemas de informação de rotina (para seguir os fluxos financeiros e de equipamento, prestação de serviços e tendências da doença), inquéritos às unidades de saúde (para seguir a implementação dos serviços prestados pelas unidades de saúde), inquéritos às famílias para seguir a cobertura programática e a prevalência do parasita (nas populações), bem como resultados da investigação sobre implementação. São necessários sistemas de monitorização entomológica para actualizar periodicamente a informação sobre vectores, seu comportamento e sensibilidade aos insecticidas. São essenciais estudos de eficácia terapêutica para detectar a resistência aos medicamentos antipalúdicos. O peso atribuído às diferentes fontes de dados irá variar de acordo com o nível de transmissão do paludismo e a maturidade e capacidades de um programa de paludismo.

**Elaboração de planos nacionais estratégicos que tenham em consideração a epidemiologia e a heterogeneidade do paludismo em determinado país.** À medida que aumenta a cobertura das intervenções e a incidência do paludismo é reduzida, aumenta a heterogeneidade das taxas de incidência e de transmissão. Uma

22 WHO. Disease surveillance for malaria elimination: an operational manual. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44852/1/9789241503334\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44852/1/9789241503334_eng.pdf), acedido em 10 de Março de 2015).

abordagem essencial da otimização das respostas ao paludismo dentro de um país ou território será a estratificação, sendo um país ou zona dividido em unidades mais pequenas, em que poderá ser necessário prestar diferentes combinações de intervenções. Os planos nacionais estratégicos deverão ter em conta a rapidez dos sistemas de saúde para alargarem os programas do paludismo e para identificarem os recursos necessários ao completamento dos níveis pretendidos de cobertura e de impacto. Eles deverão definir o papel das diferentes partes interessadas na implementação do plano e estabelecer metas para monitorizar progressos e garantir a responsabilização.

**Monitorização a intervalos regulares da implementação dos planos nacionais estratégicos do paludismo.** Em especial, deverão ser realizadas análises anuais, antes da preparação do orçamento, poderão ser realizadas análises intermédias para avaliar os progressos internos e deverá ser efectuada uma análise final do programa, antes da elaboração do plano estratégico seguinte. O feedback da situação dos principais indicadores seleccionados deverá ser comunicado aos distritos e unidades de saúde, mensal ou trimestralmente, devendo incluir unidades de saúde privadas. É importante que os dados sejam resumidos de forma a serem de fácil leitura, para que o pessoal das unidades de saúde e dos distritos possa facilmente avaliar o desempenho das unidades. A vigilância e a monitorização do programa não deverão confinar-se aos gestores e implementadores do programa do paludismo. Outros departamentos governamentais, líderes eleitos, membros das comunidades e doadores deverão participar na garantia da elevada qualidade dos programas do paludismo e terão de ser capazes de escrutinar as operações a que dão apoio. Se estes forem envolvidos no processo de revisão, poderão ajudar a garantir que os programas do paludismo darão resposta às necessidades das populações e que o controlo e a eliminação do paludismo serão promovidos como prioridade do desenvolvimento.

**Garantia da monitorização do sistema de vigilância.** Os sistemas de informação sanitária de rotina e a vigilância operacional da doença permitem que os programas monitorizem o financiamento do paludismo, a cobertura das intervenções e as tendências da doença. É importante que o próprio desempenho do sistema de vigilância seja também monitorizado através de medições, como a percentagem de unidades de saúde que apresentam relatórios mensais, a proporção de unidades de saúde que recebem feedback trimestralmente e, numa fase já avançada da eliminação do paludismo, a percentagem de casos e óbitos investigados. Outras importantes características que deverão ser periodicamente avaliadas incluem a rapidez, o rigor, a representatividade e a validade. A monitorização do sistema de vigilância, por si só, identificará as fraquezas e permitirá que as acções a emprender melhorem a vigilância, a qual, por sua vez, poderá melhorar o desempenho do programa e acelerar os progressos na via da eliminação do paludismo.

## ELEMENTOS DE APOIO

### ELEMENTO DE APOIO 1. APROVEITAR A INOVAÇÃO E EXPANDIR A INVESTIGAÇÃO

Espera-se que sejam disponibilizados novos e importantes instrumentos dentro do tempo de duração desta estratégia. Estes incluem medicamentos novos e mais eficazes, novas associações medicamentosas, melhores diagnósticos, novas vacinas, novos insecticidas e outros instrumentos inovadores de controlo dos vectores. Até à disponibilização de novos instrumentos, os programas deverão efectuar investigação sobre implementação, para redefinir as abordagens a aplicar com maior eficácia e eficiência às intervenções existentes em contextos locais. A investigação sobre implementação terá de focar-se, acima de tudo, na cobertura da população e na conformidade a curto e a longo prazo, bem como em questões de recursos humanos. Tais estudos deverão ser concebidos de forma a darem resultados de qualidade suficiente que possam servir de evidências às recomendações políticas. À medida que os instrumentos e abordagens candidatos

se tornarem disponíveis, eles serão analisados e terão o parecer da OMS e dos órgãos reguladores nacionais. É crucial que os países garantam a existência de um ambiente regulador que facilite a rápida avaliação e a adoção apropriada de instrumentos validados. Deverão ser identificados os entraves à introdução de novos instrumentos, através da investigação sobre implementação, os quais terão de ser removidos o mais cedo possível, a fim de facilitar o seu imediato uso, assim que as evidências sejam disponibilizadas, para definir as adequadas condições do seu funcionamento. Revelam-se, em seguida, as prioridades em cinco diferentes áreas.

## Controlo dos vectores

Estão a ser desenvolvidos vários potenciais instrumentos e abordagens para se ultrapassarem os desafios específicos da resistência dos vectores aos insecticidas e da transmissão residual. Entre eles contam-se novos insecticidas, formulações ou métodos de aplicação, novos atractivos e repelentes, novos agentes bioactivos (e.g. fungos ou endossimbiontes), novas características do ciclo de vida do mosquito (e.g. alimentos com açúcar, fases de acasalamento e de postura de ovos) e mosquitos geneticamente modificados. Estão ainda a ser exploradas novas estratégias para melhorar a prestação de intervenções, como o recente uso da tecnologia dos telemóveis e o mapeamento digital. São também precisos dispositivos para proteger com intervenções essenciais as pessoas que estão fora das suas casas, por questões laborais ou outras.

A melhoria das intervenções disponíveis essenciais de controlo dos vectores é uma área prioritária que requer mais atenção, devido à continuação de grandes despesas previstas com estes instrumentos. Além da integração de novos ingredientes activos nestas intervenções, são também importantes o desenvolvimento e a validação de redes com melhor ou mais prolongado efeito residual e integridade física. Por isso, os países deveriam continuar a implementar a investigação operacional, para melhorar o acesso, a obtenção e o uso de mosquiteiros e a qualidade da aplicação da pulverização residual interna, incluindo componentes de comunicação de mudanças comportamentais.

É vital que estas opções sejam urgentemente exploradas, para garantir um acesso oportuno e viável a melhores instrumentos de controlo dos vectores, incluindo os que minimizam a resistência aos insecticidas e a transmissão residual. Os países e a comunidade mundial deverão cooperar com a indústria e as instituições de investigação, para identificar e validarem os marcadores da resistência aos insecticidas, avaliar a extensão e os factores da transmissão residual e avaliar os instrumentos candidatos. Será necessária uma clara definição das evidências necessárias para validar novos instrumentos, assim como um processo reconhecido para recomendação da implementação programática.

Para uma eficácia e segurança sustentadas é crucial a garantia da qualidade dos novos e dos já existentes produtos e equipamentos do controlo dos vectores. Uma vez que as capacidades, a nível mundial e nacional, para efectuar avaliações de controlo de qualidade são actualmente limitadas, os países deverão investir na formação de capacidades suficientes e na criação das unidades necessárias.

## Testes de diagnóstico e tratamento

É necessária investigação para desenvolver instrumentos que possam mais rapidamente detectar o baixo nível de parasitemia em portadores assintomáticos e determinar a eficácia das diferentes estratégias de rastreio em níveis de transmissão mais elevados, de modo a orientar adequadamente as intervenções, quando os países entrarem na fase de eliminação. São necessários melhores testes de diagnóstico rápido nos pontos de cuidados para cada espécie específica, no que diz respeito a todos os parasitas do paludismo não falciparum, bem como diagnósticos para hipnozoítas de *P. vivax*.

São necessários testes de diagnóstico rápido simples nos pontos de cuidados, para definir a situação da glicose-6-fosfato desidrogenase dos indivíduos, de modo a alargar o acesso ao tratamento do paludismo vivax com antipalúdicos 8-aminoquinolina.

É necessário uma sólida linha de produção de novos agentes terapêuticos candidatos, dado que a utilidade a longo prazo de qualquer medicamento ou associação fica ameaçada pela emergência e o alastramento da resistência. A associação ideal seria um tratamento seguro, eficaz e acessível de dose única, que possa produzir uma cura radical, reduzir a transmissão dos gametócitos, com efeito profilático, tanto para a infecção pelo *P. falciparum* como pelo *P. vivax*, e que possa ser usado durante a gravidez e em pessoas com deficiência da glicose-6-fosfato desidrogenase. Terão de ser desenvolvidos novos regimes de medicamentos que sejam seguros, bem tolerados, acessíveis, que evitem a promoção da resistência e revelem um largo espectro da actividade necessária ao tratamento dos casos clínicos confirmados, para potencial uso maciço contra os reservatórios de parasitas, incluindo os estádios sexuais tanto do *P. falciparum* como do *P. vivax*. Terão de ser criadas novas plataformas reguladoras para desenvolver novos agentes quimioprofiláticos, assim como estratégias claras de investigação, para desenvolver medicamentos antipalúdicos de tratamento preventivo.

São urgentemente necessários testes para marcadores moleculares da resistência aos medicamentos para todos os componentes das associações medicamentosas, que sejam fiáveis, facilmente aplicáveis e passíveis de interpretação. A identificação e a validação de marcadores moleculares irão melhorar a nossa capacidade para monitorizar a emergência e a propagação da resistência a cada componente individual dos medicamentos. Além disso, são também precisos marcadores moleculares que detectem a resistência do *P. falciparum* e também do *P. vivax*. A monitorização dos marcadores moleculares para a resistência aos medicamentos, uma vez levada a cabo, será particularmente útil em zonas de baixa transmissão, em que os estudos de eficácia terapêutica se estão a tornar cada vez mais difíceis de realizar.

São precisas estratégias específicas de cada contexto, para melhor se entenderem os comportamentos de procura de tratamento das pessoas em regiões com transmissão continuada, de forma a aumentar a procura do tratamento, testagem e terapêutica recomendada. Deverão ser criados métodos inovadores para garantir que tanto os prestadores públicos como privados, bem como os que estão fora do sistema de saúde formal, adoptem as orientações-padrão para detectar, tratar e registar todos os casos de paludismo.

## Vacinas do paludismo

Espera-se que as vacinas do paludismo sejam, no futuro, um importante constituinte do arsenal de instrumentos. Estão hoje em diversas fases de desenvolvimento várias vacinas candidatas, com diferentes modos de acção, para evitar as infecções pelos *P. falciparum* e *P. vivax*. Pelo menos uma delas (RTS, S) está em vias de licenciamento e de revisão para recomendação política. A comunidade mundial da saúde tem solicitado o desenvolvimento e licenciamento, até 2030, de vacinas do paludismo com eficácia protectora de, pelo menos, 75%. As vacinas do paludismo são hoje encaradas como instrumento complementar que não deverá substituir o pacote essencial de intervenções.

## Vigilância

Os avanços nas tecnologias da informação e comunicação oferecem perspectivas de uma melhor oportunidade na notificação, melhor partilha de dados (entre os sistemas de informação e os diferentes níveis de um sistema de saúde) e melhores análises dos dados. A tecnologia da informação poderá ser aplicada para otimizar e melhorar a gestão das compras e do abastecimento, sistemas de detecção precoce e mapeamento das lacunas na prestação de serviços. Além disso, a adopção de novas tecnologias deverá constituir uma oportunidade para melhorar a gestão dos sistemas e reforçar as capacidades e os recursos humanos envolvidos.

Serão precisos esforços para facilitar uma melhor partilha dos resultados das intervenções e dos testes sobre sensibilidade aos medicamentos, assim como da informação

sobre os avanços na vigilância e na investigação que são muitas vezes gerados e mantidos por múltiplas instituições. Todos os acordos de investigação ou de prestação de serviços deverão incluir uma disposição de partilha de dados, eventualmente através de portais de acesso livre.

A investigação é necessária para identificar quais as estratégias mais eficazes na detecção de casos e para avaliar a eficácia dos pacotes de resposta, uma vez detectados os casos.

## Eliminação

A investigação é necessária para definir o alcance dos contextos de transmissão, onde a redução da transmissão visando os reservatórios do parasita é uma intervenção eficaz. Esta investigação deverá também definir as melhores combinações de abordagens e a optimização dos intervalos entre tratamentos, bem como métodos de monitorização da eficácia desta intervenção. Esta última inclui avaliação de ensaios de diagnóstico submicroscópicos, altamente sensíveis, para detectar os parasitas do *P. falciparum* e do *P. vivax*.

As recidivas da infecção com o *P. vivax* contribuem para uma significativa percentagem de transmissão do paludismo vivax a partir dos seus hipnozoítas no fígado. Terão de ser desenvolvidas estratégias visando os reservatórios deste parasita, como parte das estratégias de eliminação do vivax, incluindo para pessoas não elegíveis para terapia com primaquina.

Será necessária investigação básica para desenvolver novos instrumentos de prevenção da transmissão, incluindo vacinas que visem diferentes estádios do ciclo de vida do parasita e que possam ser eficazes na prevenção de todas as infecções, ou que visem directamente os estádios de desenvolvimento sexual e previnam a infecção dos mosquitos e pelos mosquitos.

## ELEMENTO DE APOIO 2. REFORÇAR O AMBIENTE FAVORÁVEL

As intervenções do paludismo terão de ser integradas e apoiadas por um forte ambiente facilitador que possa garantir que os esforços serão alargados de modo eficaz e sustentável. Eis as principais actividades que contribuem para este ambiente facilitador.

**Aumentar o financiamento internacional e nacional.** É urgentemente necessário aumentar e manter um alto nível de compromisso político e a disponibilidade de um financiamento previsível e de longo prazo para os programas do paludismo. Os doadores internacionais são encorajados a manter e a aumentar os seus compromissos com os objectivos e programas do paludismo; deverão ser concebidas novas soluções de financiamento que explorem recursos emergentes do financiamento ao desenvolvimento e do sector privado. Os países com paludismo endémico são exortados a aumentarem os seus recursos destinados ao reforço dos sistemas de saúde e de combate às doenças. É ainda essencial um financiamento sólido e previsível para apoiar os recentes sucessos obtidos: se países tiverem que se manter nos actuais níveis de cobertura das intervenções, devido à falta de fundos, poderiam perder-se alguns dos recentes êxitos obtidos pelos esforços mundiais na luta contra o paludismo. A manutenção de programas e capacidades sólidas para o paludismo é primordial em cada uma das etapas na via para a eliminação e prevenção do restabelecimento da transmissão.

**Assegurar uma resposta sólida do sector da saúde.** Em muitos países com paludismo endémico, as fracas capacidades do sistema de saúde são um importante obstáculo a um maior progresso e rapidez. São precisos investimentos substanciais para reforçar os sistemas de saúde, particularmente as infraestruturas básicas de saúde, sistemas de distribuição de materiais, regulamentação farmacêutica, recursos humanos e sistemas de registos vitais, de modo a melhorar o ambiente em que funcionam os programas nacionais de luta contra o paludismo. É essencial uma forte colaboração entre os programas do paludismo e outros programas de saúde – como a saúde reprodutiva,

programas de saúde materna e infantil, serviços laboratoriais e autoridades reguladoras (para meios de diagnóstico, medicamentos e insecticidas) – para o êxito da implementação das intervenções contra o paludismo.

**Aumentar a força de trabalho da saúde e a base de peritos em paludismo.** Na maioria dos países, existe uma escassez crónica de profissionais de saúde habilitados, as práticas clínicas estão ultrapassadas, os sistemas de vigilância são inadequados e os programas de monitorização e avaliação são frágeis. Os programas do paludismo funcionam num ambiente complexo, com uma constante necessidade de ajustar as respostas em função dos surtos e ressurgimentos, das mudanças nos padrões de transmissão e do desenvolvimento de resistência aos medicamentos e aos insecticidas. Uma sólida expansão das intervenções contra o paludismo requer um significativo aumento das capacidades em recursos humanos, aos níveis nacional, distrital e comunitário. A educação, formação e motivação dos trabalhadores da saúde, do pessoal do programa e dos investigadores do paludismo – incluindo a adequada mentoria, supervisão e compensação – são a chave para garantir a eficácia do programa. Há diversos instrumentos novos no horizonte, cuja introdução irá exigir novas competências e ainda mais investimento na formação de capacidades. O aumento da força de trabalho da saúde deverá ser reconhecido como uma parte essencial do reforço dos sistemas de saúde.

**Garantir a sustentabilidade das respostas ao paludismo.** Para isso e para maximizar o potencial dos investimentos no paludismo, os planos estratégicos nacionais do paludismo deverão ser integrados numa abordagem mais alargada dos sistemas de saúde. Para se obterem melhorias sistémicas, é fundamental melhorar as cadeias de abastecimento de meios de diagnóstico, medicamentos e instrumentos de controlo dos vectores de qualidade garantida, planear devidamente as compras, utilizar as novas tecnologias para a recolha e gestão dos dados e fazer uma melhor regulação e supervisão das actividades dos vendedores farmacêuticos do sector privado. A prestação de cuidados eficazes e de alta qualidade para a prevenção do paludismo – tanto no sector público como no privado – beneficiará e ajudará a construir sistemas de saúde mais fortes.

**Melhorar a administração governamental e a colaboração transfronteiriça dos programas do paludismo.** Dado o elevado número de partes interessadas e o importante papel desempenhado nos programas do paludismo pelos parceiros do desenvolvimento, indústria privada, instituições académicas e de investigação, unidades de saúde do sector privado, organizações não governamentais e agentes comunitários de saúde, os programas nacionais de saúde pública dos países em que o paludismo é endémico deverão melhorar a sua coordenação global do trabalho a realizar na área do paludismo. Deve ser iniciada e reforçada uma colaboração transfronteiriça eficaz entre os programas nacionais, para garantir a melhor cobertura possível das intervenções nessas zonas. Os programas nacionais deverão assegurar que todo o trabalho de implementação do programa e de eliminação estará integralmente alinhado com as prioridades estratégicas nacionais, cumprindo as recomendações da OMS, e que existirão quadros reguladores apropriados para garantir o uso seguro de instrumentos de qualidade garantida por pessoal devidamente qualificado.

**Reforçar a colaboração multisectorial.** A colaboração com sectores externos à saúde terá de ser reforçada. Os programas nacionais de luta contra o paludismo deverão fazer parte integrante das estratégias de redução da pobreza, planos nacionais de desenvolvimento e estratégias regionais de cooperação para o desenvolvimento. A resposta deverá evoluir de uma abordagem de doença única para uma abordagem de saúde em todas as políticas. O empenhamento dos ministérios das finanças, educação, ambiente, indústria, transportes e turismo é especialmente importante, tal como o contributo activo das autoridades reguladoras. Para o controlo dos vectores, a gestão integrada dos vectores constitui, por vezes, uma plataforma adequada para uma prestação eficaz das intervenções.

**Encorajar a participação do sector privado.** O sector privado da saúde, incluindo a indústria, as unidades de saúde e outros actores, tem um papel vital no desenvolvimento e distribuição de produtos e serviços, por exemplo através do desenvolvimento de novos instrumentos e intervenções e sua introdução no mercado. Um envolvimento mais forte será essencial para melhorar a qualidade das intervenções, incluindo a prestação de cuidados aos doentes no sector privado formal e informal, e uma comunicação adequada aos sistemas nacionais de vigilância de todos os casos de paludismo, resultados dos tratamentos e óbitos. São necessárias novas e melhores parcerias, para melhorar a cadeia de abastecimento dos produtos. Essas parcerias podem igualmente desempenhar um importante papel na protecção dos trabalhadores que são recrutados para grandes projectos de desenvolvimento e no tratamento daqueles que são infectados.

**Capacitar as comunidades e envolver organizações não governamentais.** Um factor essencial de sucesso é a estreita colaboração com os líderes comunitários e os parceiros não governamentais da implementação. As intervenções contra o paludismo não poderão ter sucesso, se as comunidades não adoptarem as orientações dos governos sobre o uso de instrumentos de prevenção e terapêuticas recomendadas. São necessários serviços comunitários integrados e centrados nas pessoas, que devem ser introduzidos em coordenação com os prestadores de cuidados de saúde dos sectores público e privado. As populações que vivem em zonas remotas e difíceis de alcançar e com limitado acesso a unidades de saúde apenas poderão ser apoiadas por abordagens baseadas nas comunidades, muitas vezes em parceria com parceiros não governamentais da implementação. São essenciais programas bem planeados de comunicação em saúde pública e de mudança de comportamentos, para informar as comunidades afectadas sobre os benefícios e o uso correcto dos instrumentos de prevenção do paludismo.

## CUSTO DA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA TÉCNICA MUNDIAL

Para atingir as etapas e objectivos estabelecidos nesta estratégia, terão de aumentar substancialmente os investimentos no paludismo, incluindo as contribuições internacionais e nacionais, para além da despesa actual anual de US\$ 2,7 mil milhões. O investimento anual terá de crescer para um total estimado de US\$ 6,4 mil milhões por ano, até 2020, para se atingir a primeira etapa de redução de 40% da incidência do paludismo e das taxas de mortalidade. Será preciso que o investimento continue a aumentar até aproximadamente US\$ 7,7 mil milhões anuais até 2025, para se atingir a segunda etapa de 75% de redução. Para se atingir o objectivo de 90% de redução, a despesa total anual com o paludismo terá de chegar a cerca de US\$ 8,7 mil milhões até 2030. O custo da implementação foi estimado a partir das quantidades de produtos necessários para expandir as intervenções, multiplicadas pelo custo unitário da prestação de cada intervenção e uma análise dos dados da vigilância e do financiamento disponíveis nos planos estratégicos nacionais e nos relatórios anuais da OMS sobre o paludismo no mundo<sup>23</sup>. Será necessário um financiamento complementar anual médio de US\$ 673 milhões (limites: US\$ 524 milhões – 822 milhões) para a investigação e o desenvolvimento. Esta estimativa tem origem num modelo de portfólio ajustado pelo risco das necessidades de investigação e inovação na área do paludismo até 2030.

<sup>23</sup> Todos os relatórios sobre o paludismo no mundo poderão ser descarregados em: [http://www.who.int/malaria/publications/world\\_malaria\\_report/en/](http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report/en/) (acedido em 10 de Março de 2015).

## AVALIAÇÃO DOS PROGRESSOS E DO IMPACTO A NÍVEL MUNDIAL

Os progressos feitos a nível mundial na redução da mortalidade e morbilidade e, finalmente, na eliminação do paludismo serão avaliados com base nos esforços de vigilância dos países. Os progressos serão medidos usando fontes múltiplas de dados, incluindo os sistemas de informação de rotina, inquéritos às famílias e às unidades de saúde e estudos longitudinais. Os progressos serão monitorizados através de um conjunto mínimo de 14 indicadores de resultados e de impacto (ver Tabela 2), retirados de um conjunto mais alargado de indicadores recomendados pela OMS e sistematicamente acompanhados pelos programas do paludismo. Certos indicadores aplicam-se apenas a subconjuntos de países, que são definidos pelo seu nível de endemicidade palúdica (e.g., tratamento preventivo intermitente do paludismo das mulheres grávidas na África Subsariana) ou o seu posicionamento na via da eliminação (e.g., investigação de casos e focos para os programas envolvidos nas actividades de eliminação do paludismo). Relativamente a outros indicadores, como os do controlo dos vectores, a população de risco que pode beneficiar da intervenção pode ser definida de forma diferente para os programas, em diferentes pontos do caminho para a eliminação. Os países deverão assegurar a existência, para 2015, de um valor inicial para, pelo menos, os referidos 14 indicadores, quando apropriado, para tornar possível a monitorização dos progressos durante a implementação da estratégia.

**TABELA 2. INDICADORES PARA A ESTRATÉGIA TÉCNICA MUNDIAL PARA O PALUDISMO 2016-2030**

### RESULTADOS

- Percentagem da população em risco que dormiu na noite anterior protegida por um mosquiteiro tratado com insecticida
- Percentagem da população em risco que dormiu nos últimos 12 meses protegida por pulverização residual interna
- Percentagem de mulheres grávidas que receberam, pelo menos, três ou mais doses de tratamento preventivo intermitente do paludismo, enquanto consultaram os cuidados pré-natais durante a sua última gravidez (apenas África Subsariana)
- Percentagem de doentes com suspeita de paludismo que fez um teste parasitológico
- Percentagem de doentes com paludismo confirmado que recebeu tratamento anti-palúdico de primeira linha, de acordo com a política nacional
- Percentagem de relatórios das unidades de saúde que foram recebidos a nível nacional
- Percentagem de casos de paludismo detectados pelos sistemas de vigilância
- Percentagem de casos investigados (programas para a eliminação)
- Percentagem de focos investigados (programas para a eliminação)

### IMPACTO

- Prevalência de parasitas: percentagem da população com evidências de infecção por parasitas do paludismo
- Incidência de casos de paludismo: número de casos confirmados de paludismo por 1000 habitantes, por ano
- Taxa de mortalidade por paludismo: número de mortes por paludismo por 100 000 habitantes, por ano
- Número de países que eliminaram recentemente o paludismo desde 2015
- Número de países livres de paludismo em 2015, em que a doença foi restabelecida



## PAPEL DO SECRETARIADO

O Secretariado continuará a prestar apoio aos Estados-Membros e a trabalhar de perto com organizações do sistema das Nações Unidas, doadores, organizações intergovernamentais, instituições de investigação e académicas e todos os outros parceiros técnicos, cujo trabalho é fundamental para uma boa implementação desta estratégia. O Secretariado realizará as seguintes actividades para ajudar a atingir as metas mundiais, regionais e nacionais para o controlo e eliminação do paludismo.

O Secretariado continuará a estabelecer, comunicar e divulgar orientações normativas, aconselhamento sobre políticas e orientações de implementação, para apoiar as acções dos países. Garantirá também que o seu processo de formulação de políticas – que inclui a Comissão Consultiva de Políticas do Paludismo – dará resposta às rápidas mudanças que ocorrem no contexto do paludismo e que as suas orientações técnicas mundiais serão regularmente actualizadas, de modo a incorporar os instrumentos e as estratégias inovadoras que tenham comprovado a sua eficácia. O Secretariado continuará a avaliar e a pré-qualificar os produtos de controlo dos vectores, os meios de diagnóstico e os medicamentos antipalúdicos.

O Secretariado fornecerá orientações e apoio técnico aos Estados-Membros na revisão e actualização das suas estratégias nacionais do paludismo, em conformidade com as acções prioritárias descritas neste projecto de estratégia. Garantirá igualmente que as suas próprias capacidades serão reforçadas a nível mundial, regional e nacional, para lhe permitir liderar a coordenação do esforço mundial para reduzir o fardo da doença em, pelo menos, 90% até 2030, e apoiar a implementação de todas as recomendações desta estratégia. Quando necessário, trabalhará com os Estados-Membros para elaborar planos regionais de implementação.

O Secretariado apoiará os países no reforço dos seus sistemas nacionais de vigilância do paludismo, para melhorar a qualidade, disponibilidade e gestão dos dados do paludismo e otimizar o uso desses dados para a tomada de decisões e as respostas programáticas. Monitorizará a implementação da estratégia e avaliará regularmente os progressos feitos no sentido de se atingirem as etapas e os objectivos fixados para 2020, 2025 e 2030. Apoiará igualmente os países na elaboração de metas e indicadores nacionalmente apropriados, para facilitar a monitorização subregional dos progressos.

Em conformidade com as suas principais atribuições, o Secretariado continuará a monitorizar as tendências regionais e mundiais do paludismo e disponibilizará esses dados aos países e aos parceiros mundiais do programa do paludismo. Apoiará os esforços para monitorizar a eficácia dos medicamentos e as intervenções de controlo dos vectores e, para tal, manterá bases de dados mundiais sobre a eficácia dos medicamentos e resistência aos insecticidas. Apresentará relatórios regulares aos órgãos directores regionais e mundiais da Organização, à Assembleia Geral das Nações Unidas e a outros órgãos das Nações Unidas.

A OMS promoverá a investigação e a geração de conhecimentos essenciais para acelerar os progressos para um mundo livre do paludismo.

A estratégia será regularmente actualizada, para garantir a sintonia com as últimas recomendações sobre políticas e orientações técnicas complementares.

# ESTRATÉGIA TÉCNICA MUNDIAL: VISÃO GERAL

## VISÃO – UM MUNDO LIVRE DE PALUDISMO

OBJECTIVOS	ETAPAS		METAS
	2020	2025	2030
1. Reduzir as taxas de mortalidade por paludismo a nível mundial, em comparação com 2015	Pelo menos 40%	Pelo menos 75%	Pelo menos 90%
2. Reduzir a incidência de casos de paludismo a nível mundial, em comparação com 2015	Pelo menos 40%	Pelo menos 75%	Pelo menos 90%
3. Eliminar o paludismo nos países em que a doença foi transmitida em 2015	Pelo menos 10 países	Pelo menos 20 países	Pelo menos 35 países
4. Evitar o restabelecimento do paludismo em todos os países que estejam livres da doença	Restabelecimento evitado	Restabelecimento evitado	Restabelecimento evitado

## PRINCÍPIOS

- Todos os países podem acelerar os esforços para a eliminação através de combinações de intervenções ajustadas aos contextos locais.
- A apropriação e a liderança dos países, com envolvimento e participação das comunidades, são essenciais para acelerar os progressos através de uma abordagem multisectorial.
- Uma melhor vigilância, monitorização e avaliação, assim como a estratificação por número de casos de paludismo, são necessárias para otimizar a implementação das intervenções contra o paludismo.
- É essencial a equidade no acesso aos serviços de saúde, especialmente para as populações mais vulneráveis e mais isoladas.
- A inovação nos instrumentos e nas abordagens de implementação permitirá aos países maximizarem os seus progressos na via da eliminação.

## QUADRO ESTRATÉGICO

– compreende três pilares principais, com dois elementos de apoio: (1) inovação e investigação e (2) um forte ambiente favorável

### Maximizar o impacto dos actuais instrumentos salva-vidas

- **Pilar 1.** Garantir o acesso universal à prevenção, diagnóstico e tratamento do paludismo
- **Pilar 2.** Acelerar os esforços para a eliminação e obtenção do estatuto de país livre do paludismo
- **Pilar 3.** Transformar a vigilância do paludismo numa intervenção essencial

### Elemento de apoio 1. Aproveitar a inovação e expandir a investigação

- Investigação básica para promover a inovação e o desenvolvimento de novos e melhores instrumentos
- Investigação sobre implementação para otimizar o impacto e a relação custo-eficácia dos actuais instrumentos e estratégias
- Medidas que facilitem a adopção rápida de novos instrumentos, intervenções e estratégias.

### Elemento de apoio 2. Reforçar o ambiente favorável

- Sólidos compromissos políticos e financeiros
- Abordagens multisectoriais e colaboração transfronteiriça e regional
- Administração de todo o sistema de saúde, incluindo o sector privado, com forte apoio da regulação
- Formação de capacidades, tanto para uma gestão eficaz dos programas como para a investigação



**Estratégia Técnica Mundial para o Paludismo 2016-2030**

**Programa Mundial do Paludismo**

Organização Mundial da Saúde  
20 Avenue Appia  
1211 Genebra 27  
Suíça

ISBN 978 92 4 856499 4

