

## **Resumo**

O Relatório Mundial da Malária de 2009 resume informação recebida de 108 países com malária endêmica e de outras fontes e atualiza a análise apresentada no Relatório de 2008. Destaca o progresso feito para alcançar as metas da Assembleia Mundial da Saúde (AMS) para a malária até 2010 e 2015, e as novas metas para eliminação da malária contidas no Plano Global de Ação da Malária (2008):

- Os compromissos internacionais de financiamento para o controle da malária aumentaram de cerca de US\$ 0,3 bilhão em 2003 para US\$ 1,7 bilhão em 2009 em grande parte devido ao surgimento do Fundo Global e compromissos maiores assumidos pela Iniciativa da Malária do Presidente dos Estados Unidos, Banco Mundial e outros organismos. Este aumento do financiamento está resultando em notável incremento das intervenções de controle da malária em muitos meios e reduções quantificáveis da carga da malária.
- Estima-se que uma maior porcentagem de domicílios africanos (31%) possuíam pelo menos um mosquiteiro tratado com inseticida (MTI) em 2008, comparado a 2006 (17%), e mais crianças menores de 5 anos de idade usaram MTI em 2008 (24%) em comparação aos anos anteriores, mas a porcentagem de crianças usando mosquiteiro está ainda abaixo da meta da AMS de 80%. Essas médias ponderadas são afetadas pela baixa porcentagem de pessoas que possuem MTI em vários países africanos de grande dimensão para os quais só estão agora sendo disponibilizados recursos para ampliação desta cobertura. A posse doméstica de MTI foi de mais de 50% em 13 países africanos com elevada morbidade.
- O uso de combinações terapêuticas à base de artemisinina (ACT) aumentou em relação a 2006, mas permanece muito baixo na maioria dos países africanos; em 11 dos 13 países pesquisados em 2007–2008, menos de 15% das crianças menores de 5 anos de idade com a febre haviam recebido ACT, bem abaixo da meta da AMS de 80%.
- Mais de um terço dos 108 países com malária (9 países africanos e 29 países não africanos) documentaram reduções de 50% no número de casos de malária em 2008 em comparação a 2000. Houve uma queda menor do número de casos em países com as maiores taxas de incidência.
- Dez países estão implementando programas nacionais de eliminação da malária, sendo que seis entraram em fase de eliminação em 2009. Oito países estão no estágio de pré-eliminação e nove países conseguiram interromper a transmissão e estão na fase de prevenção da reintrodução da malária.

Nos países que atingiram ampla cobertura das suas populações com os mosquiteiros e programas de tratamento, o registro de casos e mortes decorrentes da malária caiu em 50%, o que indica que as Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM) podem ser houver cobertura adequada das principais intervenções. Embora esses resultados tenham

sido observados em algumas ilhas (São Tomé e Príncipe e Zanzibar, República Unida da Tanzânia), eles foram também vistos em países no continente africano, como Eritreia, Ruanda e Zâmbia.

Há evidência em São Tomé e Príncipe, Zanzibar e Zâmbia que grande redução do número de casos de malária e mortes refletiram-se em acentuado declínio do número de mortes por todas as causas entre crianças menores de 5 anos de idade, indicando que esforços intensivos para o controle da malária poderiam ajudar muitos países africanos a alcançar, até 2015, uma redução de dois terços na mortalidade infantil como estabelecido nas MDM.

A resistência dos parasitas aos medicamentos antimaláricos e resistência dos mosquitos aos inseticidas são grandes ameaças para o controle global da malária. A vigilância bem realizada da eficácia medicamentosa em países endêmicos, com apoio da OMS, já tem mostrado evidência de resistência às artemisininas e a OMS está realizando um grande esforço para contenção da resistência. O uso contínuo da monoterapia de artemisinina é um dos principais fatores da resistência dos parasitas; no entanto, apesar de a OMS ter reiterado para que este uso seja interrompido, a comercialização de monoterapias de artemisinina prossegue em muitos países.

Os desembolsos internacionais aos países onde a malária é endêmica (US\$ 0,65 bilhão em 2007, o último ano para o qual há dados disponíveis) ainda estão aquém dos US\$ 5 bilhões necessários anualmente para assegurar ampla cobertura e impacto máximo em todo o mundo. Aproximadamente 80% dos financiamentos externos foram direcionados para a região da África da OMS. A região do sudeste asiático recebeu o menor valor por pessoa em risco de malária e teve o menor aumento no financiamento externo entre 2000 e 2007. Altos níveis de ajuda externa são associados a um aumento na compra de produtos primários e diminuição na incidência da malária.

Porém, os financiamentos externos para o controle da malária estão desproporcionalmente concentrados nos países menores com menor morbidade. Mais atenção precisa ser dada para assegurar o êxito nos países de grande proporção que apresentam a maioria dos casos de malária e mortes e para proteger as conquistas feitas. Isto requererá não apenas recursos financeiros adequados como também o fortalecimento de sistemas de saúde que tenham capacidade de realizar intervenções de controle de vetores, fornecer meios de diagnóstico para a confirmação parasitológica da malária junto com tratamento com ACT e o desenvolvimento de sistemas regulares de vigilância para malária, assim como para resistência dos parasitas aos medicamentos antimaláricos e resistência dos mosquitos aos inseticidas.

## **Pontos principais**

### **Antecedentes e contexto**

*Com a chegada do ano previsto de 2010, os países onde a malária é endêmica e a comunidade global buscam alcançar ampla cobertura com intervenções eficazes para uma cobertura e metas de impacto.*

1. No Dia Mundial da Malária de 2008, o Secretário Geral das Nações Unidas reiterou a necessidade de esforços para assegurar a cobertura universal com a prevenção da malária e programas de tratamento até o final de 2010.
2. A meta estabelecida pelos países-membros na Assembleia Mundial da Saúde e a Parceria de Fazer Retroceder a Malária (RBM) é a de reduzir o número de casos de malária e mortes registradas em 2000 em 50% ou mais até o final de 2010 e em 75% ou mais até 2015.
3. Em setembro de 2008, a RBM lançou o Plano Global de Ação da Malária que define os passos necessários para acelerar a conquista das metas de 2010 e 2015 da Parceria para o controle e eliminação da malária.

### **Políticas e estratégias para o controle da malária**

*Para alcançar as metas de 2010 e 2015, os países precisam chegar a todas as pessoas em risco de malária com medidas como mosquiteiro tratado com inseticida (MTI) ou pulverização de interiores com inseticida de ação residual (IRS) e fornecer diagnóstico laboratorial para todos os casos suspeitos de malária e tratamento eficaz de todos os casos confirmados.*

### **Tratamento**

4. Recomenda-se confirmação parasitológica imediata por microscopia ou com um teste rápido de diagnóstico (TRD) para todos os pacientes com suspeita de malária, antes que o tratamento seja iniciado. Casos confirmados de malária por *Plasmodium falciparum* sem complicações devem ser tratados com uma combinação terapêutica à base de artemisinina (ACT) e de a malária por *P. vivax* deve ser tratada com cloroquina onde esta é eficaz ou com uma ACT apropriada em áreas onde o *P. vivax* é resistente à cloroquina. O tratamento do *P. vivax* deve ser combinado com 14 dias de primaquina para prevenir recidiva.
5. Tratamento exclusivamente com base na suspeita clínica deve ser considerado apenas quando não se tem acesso a um diagnóstico parasitológico. Em 2008, 20 dos 45 países onde a malária é endêmica na região da África da OMS e 51 dos 64 países fora da região da África informaram ter uma política de fazer prova parasitológica dos casos suspeitos de malária em pessoas de todas as idades, e 78 países informaram ter uma política de tratamento com ACT para malária por *P. falciparum*.
6. A OMS recomenda que a monoterapia oral à base de artemisinina seja retirada do mercado e substituída por ACT. Trinta e sete países ainda permitem o uso de monoterapia oral à base de artemisinina; a maioria está localizada na região da África, seguida pela região das Américas e sudeste asiático.

7. A resistência dos parasitas tornou ineficazes os medicamentos antimaláricos anteriores na maior parte do mundo, ameaçando o controle mundial da malária. Os derivados da artemisinina de alta eficácia e os medicamentos associados apresentam o mesmo risco. A resistência do *P. falciparum* às artemisininas foi observada na fronteira entre o Camboja e a Tailândia.

### **Prevenção**

8. Em 2008, 23 países na região da África e 35 fora desta região haviam adotado a recomendação da OMS de fornecer mosquiteiros para todas as faixas etárias com risco de malária, não apenas para mulheres e crianças; isto representa um aumento de 13 países desde 2007.
9. A pulverização de interiores com inseticida de ação residual (IRS) com produtos químicos aprovados pela OMS (inclusive DDT) continua sendo uma das principais intervenções para reduzir e interromper a transmissão da malária pelo controle de vetores em todos os meios epidemiológicos. Em 2008, 44 países, inclusive 19 na região da África, informaram estar implementando a IRS.
10. Recomenda-se o tratamento preventivo intermitente para gestantes em áreas de alta transmissão. Trinta e três países na região da África, 3 na Região do Mediterrâneo Oriental e 1 na Região do Pacífico Ocidental haviam adotado uma política de o tratamento preventivo intermitente em 2009.

### **Progresso na prevenção da malária**

*A cobertura com mosquiteiros tratados com inseticida está aumentando rapidamente em alguns países da África e a posse doméstica de MTI cresceu para 31% nos países de elevada morbidade ao final de 2008.*

11. Quase 140 milhões de mosquiteiros tratados com inseticida de longa duração (MTILD) foram entregues aos países com elevada morbidade na região da África em 2006–2008.
12. Uma estimativa baseada em modelo indicou que 31% dos domicílios africanos possuíam pelo menos um MTI e 24% das crianças menores de 5 anos de idade usaram um MTI em 2008. A posse doméstica de MTI foi de  $\geq 50\%$  em 13 (37%) dos 35 países com elevada morbidade na região da África em 2008. Pesquisas revelam que sete países (Guiné Equatorial, Etiópia [população vivendo a uma altitude inferior a 2000 m], Gabão, Mali, São Tomé e Príncipe, Senegal e Zâmbia) tinham um índice de  $\geq 60\%$  de posse doméstica de MTI em 2007 ou 2008.
13. A porcentagem de crianças menores de 5 anos que tinham usado um MTI na noite anterior, data a posse doméstica de pelo menos um MTI, foi de 51% (mediana; variação entre 14% e 68%) em seis países para os quais havia dados disponíveis em 2006–2007. Como as seis pesquisas foram inquéritos demográficos e de saúde, os quais são geralmente realizados na estação seca, o uso na estação úmida talvez seja maior.
14. Em dois dos quatro países na região da África nos quais foram repetidas as pesquisas, a posse doméstica de MTI caiu em 13% e 37% em 24–36 meses da distribuição em massa, indicando que há a necessidade de programas efetivos

para distribuição regular de MTI. Monitoração regular da durabilidade de MTILD e da longevidade do inseticida é necessária a fim de calcular os requisitos para a manutenção de MTI.

### **Progresso no diagnóstico e tratamento da malária**

*As compras de ACT estão melhorando e cresce a porcentagem de crianças com febre que são tratadas com ACT. Contudo, os países receberam apenas cerca de 50% das ACT necessárias para tratar os casos de malária nos serviços de saúde do setor público em 2008.*

15. Em 18 países de região da África da OMS de elevada morbidade para os quais os havia dados disponíveis, 22% dos casos suspeitos de malária notificados foram confirmados com um teste para diagnóstico do parasita em 2008.
16. O acesso ao tratamento, principalmente ACT, foi em geral precário nos países africanos. Menos de 15% das crianças menores de 5 anos de idade receberam uma ACT quando apresentaram febre em 11 dos 13 países africanos para os quais havia dados da pesquisa disponíveis em 2007–2008.
17. Nove pesquisas domiciliares em 2007–2008 revelaram que 20% das gestantes receberam uma segunda dose de tratamento preventivo intermitente.

### **Impacto do controle da malária**

*Acentuadas reduções no número de mortes na infância por malária e por todas as causas foram verificadas em alguns meios onde ampla cobertura foi atingida com intervenções eficazes.*

18. Reduções de mais de 50% no número de casos de malária e mortes notificadas foram observadas em quatro países africanos com elevada morbidade (Eritreia, Ruanda, São Tomé e Príncipe e Zâmbia) e em uma área (Zanzibar, República Unida da Tanzânia). Reduções de 50% foram também observadas em cinco países africanos de baixa transmissão (Botsuana, Cabo Verde, Namíbia, África do Sul e Suazilândia). Em São Tomé e Príncipe e Zanzibar (República Unida da Tanzânia), foram observadas reduções no número de casos de malária e mortes em 2–3 anos do uso generalizado de IRS, MTILD e ACT. Em Ruanda, houve redução somente com MTILD e ACT.
19. O número de mortes hospitalares por todas as causas diminuiu em 53% em São Tomé e Príncipe e 57% nas ilhas de Zanzibar (República Unida da Tanzânia) após controle intensivo da malária. Na Zâmbia, as taxas de mortalidade infantil por todas as causas caíram em 35%, como medido pelo número de mortes registradas em serviços de saúde e pelas taxas de mortalidade em menores de cinco anos derivadas da Pesquisa Demográfica e de Saúde de 2007. Essas tendências, se confirmadas nos países não insulares, indicam que o controle intensivo da malária poderia ajudar muitos países africanos a alcançar, até 2015, uma redução de dois terços da mortalidade infantil, como estabelecido nas Metas de Desenvolvimento do Milênio.

20. Em outras regiões da OMS, o número de casos notificados da malária confirmada diminuiu em mais de 50% em 29 dos 56 países onde a malária é endêmica entre 2000 e 2008. O número de casos teve menor redução nos países com as taxas de incidência mais elevadas, indicando que deve ser dada maior atenção aos países que apresentam a maioria dos casos de malária e mortes fora da África.

### **Eliminação da malária**

*Em setembro de 2008, a Parceria de RBM estabeleceu uma meta de eliminar a malária em oito a dez países até 2015 e, em seguida, em todos os países que estavam em fase de pré-eliminação em 2008.*

21. Oito países estão no estágio de pré-eliminação do controle da malária em 2009; 10 países estão implantando programas nacionais de eliminação (seis já passaram para a fase de eliminação em 2009) e outros nove países (Armênia, Bahamas, Egito, Jamaica, Marrocos, Omã, Federação Russa, República Árabe Síria e Turcomenistão) conseguiram interromper a transmissão e estão na fase de prevenção da reintrodução da malária.

### **Financiamento do controle da malária**

*Os fundos comprometidos para o controle da malária de fontes internacionais vêm aumentando substancialmente, de aproximadamente US\$ 0,3 bilhão em 2003 para US\$ 1,7 bilhão em 2009. Os níveis do financiamento interno para malária parecem ter permanecido estáveis durante este período.*

22. Os fundos desembolsados para o controle da malária aumentaram de US\$ 592 milhões em 2006 para US\$ 652 milhões em 2007. Compromissos para o controle da malária ultrapassaram US\$ bilhão em 2008 e US\$ 1,7 bilhão em 2009, indicando que o financiamento continua aumentando.
23. Dos 108 países onde a malária é endêmica, 76 receberam ajuda externa para o controle da malária entre 2000 e 2007. O gasto per capita mais elevado foi visto nos países com menores índices de população em risco.
24. Houve maior probabilidade de verificar redução do número de casos de malária nos países que receberam mais de US\$ 7 em ajuda externa por pessoa em risco de malária entre 2000 e 2007 que nos países que receberam com um nível menor de ajuda.