



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 42º CONSELHO DIRETOR 52ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., 25 a 29 de setembro de 2000

*Tema 4.12 da Agenda Provisória*

CD42/16 (Port.)

17 agosto 2000

ORIGINAL: INGLÊS

### MALÁRIA

Ocorre transmissão de malária em 21 dos 39 Estados Membros da OPAS. Naqueles países, 77 milhões de pessoas moram em áreas de risco moderado e alto de transmissão de malária, produzindo aproximadamente 1,2 milhão de casos por ano. Desde 1992, aqueles países adotaram a Estratégia Global para Controle da Malária, embora com certas limitações da sua completa implementação. A iniciativa Fazer Retroceder a Malária visa a criação de um movimento nos níveis mundial, regional, nacional e local, para fortalecer mais a implementação da Estratégia Global para Controle da Malária.

A iniciativa estimula o uso de estratégias com fundamentos comprovados, ação no nível comunitário e ação conjunta efetiva entre governos e organismos de desenvolvimento nacionais e internacionais. Ela reconhece que o continuado sucesso no fazer retroceder a malária requer inevitavelmente o desenvolvimento do setor da saúde, para que este possa melhor equacionar toda uma série de problemas prioritários de saúde. Procura também incorporar os esforços para rechaçar a doença em toda a linha de atividades prioritárias que já estão sendo desenvolvidas no nível comunitário pelas sociedades em risco de malária. E deverá evoluir para um movimento social de proporções mundiais e aliciar as comunidades locais que ainda não estão fazendo a malária retroceder.

A iniciativa Fazer Retroceder a Malária baseia-se no reconhecimento de que o controle da malária deve ser função integrante de um sistema de saúde eficaz, apoiado por decidida participação comunitária. Deve fazer parte desse esforço o controle de vectores mediante a aplicação dirigida de métodos específicos para cada sítio e efetivos em relação ao custo. A utilização de uma combinação de métodos visa reduzir nos próximos anos a dependência de inseticidas residuais.

Esse tema foi debatido na 125ª Sessão do Comitê Executivo e está sendo apresentado ao 42º Conselho Diretor para discussão e consideração do projeto de resolução proposto pelo Comitê Executivo ao Conselho Diretor para adoção (Resolução CE126.R19. Encontra-se informação detalhada no documento "Situação dos Programas de Malária nas Américas"(CD42/INF/1), à disposição do Conselho Diretor.

## SUMÁRIO

*Página*

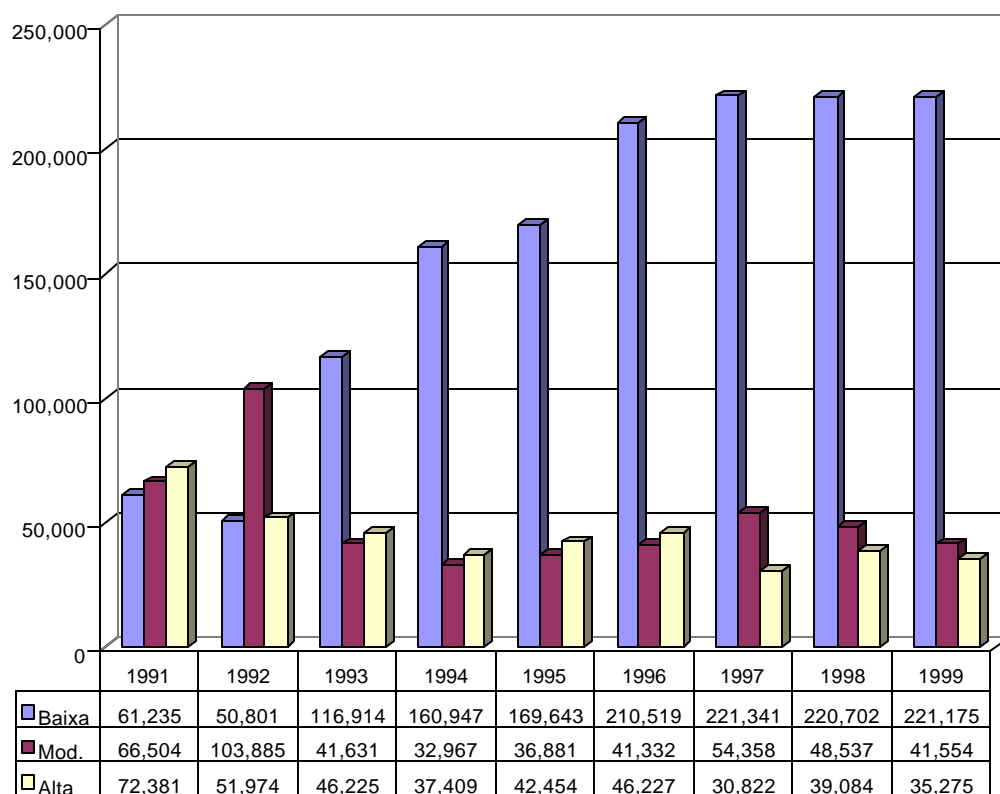
1. Situação Atual da Malária.....	3
2. Situação Atual da Estratégia Global para Controle da Malária .....	6
3. Principais Problemas e Limitações.....	10
4. A Iniciativa Fazer Retroceder a Malária .....	12
5. Conclusão .....	14

Anexo: Resolução CE126.R19

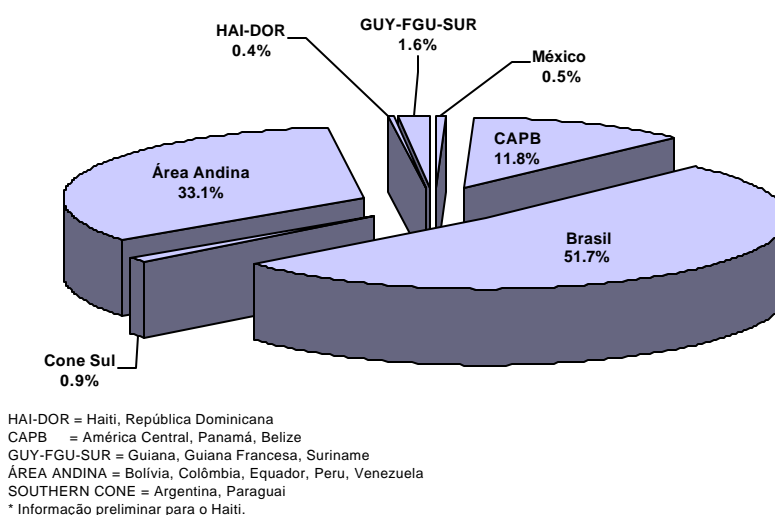
## 1. Situação Atual da Malária

Em 1999, havia 818 milhões de habitantes na Região das Américas. Desse total, 299 milhões de pessoa em 21 países viviam em áreas cujas condições ecológicas eram propícias à transmissão de malária. Dentre eles, porém, 222 milhões estão expostos a baixo ou extremamente baixo risco de transmissão de malária. Os 77 milhões restantes vivem em áreas onde o risco de transmissão vai de moderado a alto (Figura 1).

**Figura 1: População Residente em Áreas Endêmicas para Malária do Acordo com o Nível de Transmissão, 1991–1999**



O Índice Parasitário Anual (IPA) na Região varia de 0,18/1.000 no México a 309,8/1.000 no Suriname. A análise por sub-regiões indica que o Brasil notificou o mais alto número absoluto de casos de malária (51,7%), seguido pelos países da sub-região andina, aos quais corresponderam 33,1% de todos os casos (Figura 2).

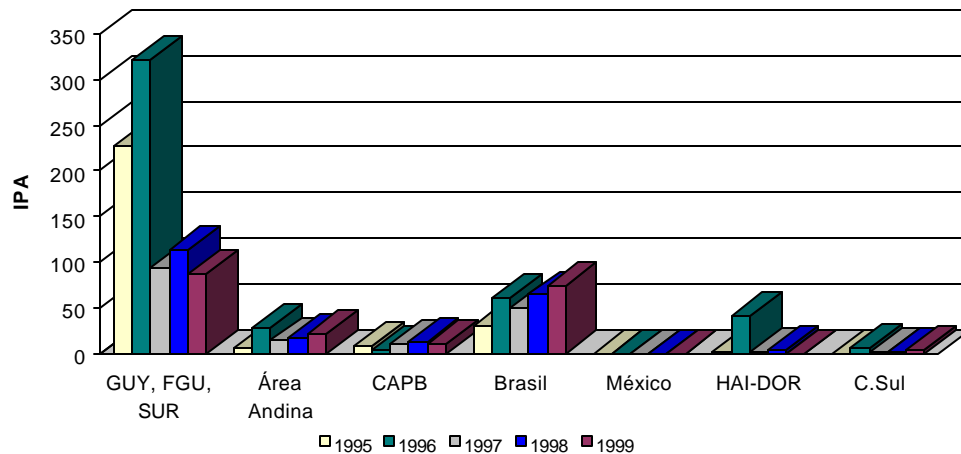
**Figura 2: Distribuição de Casos de Malária na Região das Américas, 1999**

Contudo, o mais alto risco de transmissão foi registrado na sub-região que compreende áreas da Guiana, da Guiana Francesa e do Suriname (IPA = 127,5/1.000), seguidas de partes do Brasil (IPA = 118,8/1.000), como indicado na Figura 3.

A distribuição epidemiológica da malária nas Américas mudou devido a um declínio na prevalência de infecção por *Plasmodium falciparum* na Amazônia brasileira. Esse decréscimo está vinculado à melhoria do manejo de casos por meio de diagnóstico precoce e tratamento imediato, a uma diminuição da atividade extrativa mineral descontrolada e a um menor deslocamento de população em virtude da estabilização dos projetos de colonização agrícola. Paralelamente ao declínio na Amazônia brasileira, verificou-se um aumento da prevalência de *P. falciparum* nas áreas de floresta da sub-região andina, principalmente na bacia amazônica. As costas do Pacífico do Peru, do Equador e da Colômbia registraram um incremento considerável tanto do número como da propagação de casos de malária, especialmente por *P. falciparum*.

A principal melhoria operativa ligada à redução do índice de mortalidade por *P. falciparum* é o aumento da cobertura com tratamentos de segunda e terceira linha. A Tabela 1 mostra a significativa disponibilidade de tratamento, que se seguiu ao fenômeno El Niño ao longo da costa andina do Pacífico, não obstante a inacessibilidade das populações expostas ao plasmódio e as epidemias. Mostra também a disponibilidade de

**Figura 3: Índices Parasitários Anuais (IPA)\* por Sub-região Geográfica, 1994–1999**



\* Baseado numa população em áreas de risco de malária moderado e alto  
CAPB=América Central, Panamá, Belize  
HAI-DOR=Haiti, República Dominicana

IPA= Número de casos confirmados x 1000  
População em risco Alto e Médio

tratamento por caso notificado, que varia de 0,57 a 241,8 tratamentos de primeira linha por caso notificado. Até 1999, todos os países contavam com um estoque adequado de antimaláricos eficazes. Em 1999, contudo, todos os países, exceto a Colômbia, enfrentaram problemas de suprimento de drogas para combate a cepas resistentes de *P. falciparum*. Essa disponibilidade reduzida de medicamentos eficazes para cepas resistentes de *P. falciparum* na Bolívia, Brasil, Equador, Peru e Venezuela vem a ser um dos principais fatores de risco que poderiam ser a causa de um aumento potencial do número de epidemias por cepas resistentes nos próximos anos.

Por outro lado, a resistência à cloroquina acusa alta prevalência na América do Sul, embora ainda se observe certa resposta clínica à cloroquina nos países andinos. A coluna da direita da Tabela 2 mostra os regimes medicamentosos antimaláricos atualmente recomendados por cada país endêmico. Verifica-se também considerável resistência à sulfadoxina/pirimetamina, ao passo que a quinina e a tetraciclina estão sendo usadas cada vez mais como antimaláricos de primeira linha na Colômbia e nas Guianas. O Peru definiu três diferentes regimes medicamentosos antimaláricos na sua política nacional de medicamentos, devido aos vários níveis de resistência do *P. falciparum* no país. Em certas zonas da

Amazônia brasileira, foi introduzida a mefloquina como tratamento de primeira linha de infecções por *P. falciparum*, seguindo-se ao diagnóstico com o teste de bastonete. Os derivados da artemisinina continuam sendo reservados para malária grave com complicações. Recentemente, foram notificadas falhas isoladas de tratamento de infecções por *Plasmodium vivax* com cloroquina, mas não estão confirmadas por estudos epidemiológicos.

## **2. Situação Atual da Estratégia de Controle da Malária**

A Região das Américas endossou a Estratégia Global para Controle da Malária (EGCM), que foi adotada na Conferência Ministerial de 1992. Os 21 países com malária estão reorientando seus programas de controle segundo os parâmetros da EGCM adotados em Amsterdã em 1992.

O principal impulso da EGCM foi a mudança da ênfase tradicionalmente dada ao controle de vectores, com vistas a um manejo adequado da doença em seres humanos. Para isso, foi preciso integrar o objetivo tradicional de erradicação da doença num enfoque de patologias múltiplas, resultando disso a expansão da cobertura do serviço básico de saúde para lograr o diagnóstico precoce e o tratamento imediato da população em risco de contrair malária.

Os quatro elementos básicos para implementação da EGCM são: (1) oferecer diagnóstico precoce e tratamento imediato; (2) planejar e pôr em prática medidas preventivas e sustentáveis, inclusive o controle de vectores; (3) detectar, conter e prevenir prontamente epidemias; e (4) fortalecer a capacidade dos serviços de saúde locais para avaliar periodicamente a situação epidemiológica da Região e possibilitar aos programas de controle reduzir o encargo social e econômico da malária para a população. Desses quatro elementos técnicos, somente o primeiro foi totalmente implementado em alguns países.

A implementação desse primeiro elemento da EGCM na Região resultou numa significativa queda da taxa de mortalidade devida especificamente a malária. Em 1994, primeiro ano do qual há registros comparáveis, a taxa bruta de mortalidade por *P. falciparum* era de 8,3 por 100.000 habitantes expostos. Em 1999, a taxa caíra para 1,7 por 100.000 habitantes expostos.

A implementação da EGCM está continuando, com alto grau de variabilidade ente os países da Região. Alguns acusaram declínio considerável das suas taxas de mortalidade por malária nos últimos quatro anos e mostraram que dar ênfase ao manejo da doença em seres humanos constitui um investimento mais efetivo pelo custo do que o tradicional enfoque no controle de vectores, particularmente onde há maior prevalência

**Tabela 1. Tratamentos Antimaláricos Completados em 1999**

Países e Territórios por Sub-Região Geográfica	Tratamentos completados @ 1.500 mg de 4-amino quinolinas	Número de casos notificados	Número de tratamentos de primeira linha disponíveis por caso notificado	Número de tratamentos de casos de <i>P. falciparum</i> completados	Número de casos de <i>P. falciparum</i> e mistos notificados	Número de tratamentos de segunda linha disponíveis por caso de <i>P. falciparum</i>
México	839.733	6.402	131.17	0	16	0,00
Belize	8.599	1.850	4.65	0	52	0,00
Costa Rica	38.130	3.998	9.54	0	15	0,00
El Salvador	297.376	1.230	241.77	0	9	0,00
Guatemala	210.107	45.098	4.66	0	1.707	0,00
Honduras	496.732	46.740	10.63	0	1.220	0,00
Nicarágua	2.270.800	38.676	58.71	0	1.689	0,00
Panamá	19.100	936	20.41	0	40	0,00
Haiti ^	130.478	3.589	36.36	0	3.584	0,00
Rep. Dominicana	...	1.196	...	...	1.196	...
Guiana	...	5.307	...	...	4.528	...
Guiana Francesa	23.300	27.283	0.85	39.244	16.144	2,43
Suriname	12.096	13.939	0.87	8.301	11.685	0,71
Brasil	935.150	609.594	1.53	171.195	114.605	1,49
Bolívia	70.800	50.037	1.41	6.085	7.557	0,81
Colômbia	195.230	66.845	2.92	112.101	25.389	4,42
Equador	177.842	87.620	2.03	110	49.993	0,00
Peru	94.259	166.579	0.57	57.653	67.169	0,86
Venezuela	79.497	19.086	4.17	1.576	3.531	0,45
Argentina	467	222	2.10	...	...	...
Paraguai	35.600	9.947	3.58	0	2	0,00

... Não há informação disponível

^ Haiti – Somente informação parcial

**Tabela 2. *Plasmodium falciparum* nas Américas, 1994-1999**

Países	Anos	População em alto risco como proporção da população total	Casos de <i>P. falciparum</i> 1994/1999 (% do número total de casos)	Mortes por Malária 1994-1999	Política de drogas para <i>P. falciparum</i> (em ordem de regimes terapêuticos)
Bolívia	1994	0,5% (34K/7,0M)	4.700 (13,8%)	29	1) Quinina 7 dias + Tetraciclina 7; 2) Mefloquina.
	1999	14,1% (1,2M/8,1M)	7.557 (15,1%)	1*	
Brasil	1994	2,3% (3,7M/159M)	172.000 (30,5%)	413	1) Quinina 7 dias + Tetraciclina 7; 2) Mefloquina; 3) Artemisinina.
	1999	2,0% (3,3M/168M)	114.605 (18,8%)	75*	
Colômbia	1994	8,4% (2,9M/34,5M)	31.000 (24,4%)	81	1) Amodiaquina + Primaquina; 2) Sulfa + Pirimetamina; 3) Quinina 7 + Tetraciclina 7 dias.
	1999	7,5% (3,1M/41,6M)	25.389 (37,98%)	12*	
Equador	1994	7,6% (853K/11,2M)	10.000 (33,3%)	67	1) Cloroquina + Primaquina; 2) Sulfa + Pirimetamina.
	1999	19,8% (2,5M/12,4M)	49.993 (57,2%)	16*	
Guiana	1994	6,5% (53K/825K)	22.000 (56,4%)	150	1) Quinina 3 dias + Clindamicina; 2) Sulfa + Pirimetamina.
	1999	70,8% (605K/855K)	16.144 (59,2%)	34**	
Guiana Francesa	1995	6,2% (9,1K/147K)	4.100 (97,6%)	-	1) Quinina 3 dias + Doxiciclina; 2) Halofantrina + Doxiciclina.
	1999	9,2% (16K/174K)	4.528 (85,3%)	5*	
Peru	1994	9,1% (2,1M/23M)	21.000 (17,2%)	39	1) Quinina 3 dias + Tetraciclina 7; 2) Sulfa + Pirimetamina
	1999	10,1% (2,5M/25,2M)	67.169 (40,3%)	49*	
Suriname	1994	7,6% (32K/418K)	4.300 (91,5%)	20	1) Sulfa + Pirimetamina; 3) Quinina 3 dias + Clindamicina
	1999	10,4% (43K/415K)	11.644 (83,5%)	7**	
Venezuela	1994	0,7% (143K/21M)	3.300 (24,1%)	17	1) Cloroquina + Primaquina 2) Sulfa + Pirimetamina; 3) Quinina 3 dias + tetraciclina 7
	1999	1,1% (263K/23,7M)	3.531 (18,5%)	26*	
					<b>TAXA BRUTA DE MORTALIDADE</b>
<b>TOTAL 1994</b>		<b>3,4%</b> <b>(9,8M/289,9M)</b>	<b>268.000</b> <b>(24,0%)</b>	<b>816</b>	<b>8,3/100.000 habitantes expostos</b>
<b>TOTAL 1999</b>		<b>4,8%</b> <b>(13,5M/280,4M)</b>	<b>300.560</b> <b>(28,7%)</b>	<b>225*</b>	<b>1,7/100.000 habitantes expostos</b>

K = 1.000

M = 1.000.000

\* Dados preliminares, 1999

\*\* Dados de 1998 - Sem notificar

do parasito da malária *P. falciparum*. Contudo, em regiões e países onde *P. vivax* é a espécie prevalente, assim como em regiões onde a transmissão de *P. falciparum* está controlada, a prevalência e a incidência de *P. vivax* continuam em ascensão ou são pouco afetadas. Esse efeito se deve a diversos fatores, que variam do caráter recidivo do *P. vivax* às condições extrínsecas que favorecem a transmissão causada pela “ruralização” da periferia das cidades maiores.

Os melhoramentos na disponibilidade de tratamento eficaz de segunda e terceira linha na Bolívia, Brasil, Colômbia, Guiana, Peru e Venezuela, em comparação com anos anteriores podem ter resultado da cobertura mais ampla da EGCM, que propõe dar ênfase ao manejo clínico ótimo da doença. A Tabela 3 mostra os resultados do exame microscópico de 2,5 milhões de casos suspeitos. Os serviços de saúde locais, que incluem a rede de agentes de saúde comunitários (colaboradores voluntários) mostraram alta eficiência diagnóstica, enquanto que a vigilância ativa continua mostrando baixa eficiência diagnóstica e alto custo operacional. Continuam sendo envidados esforços para aprimorar o diagnóstico microscópico no nível de referência dos serviços gerais de saúde, mediante o treinamento de técnicos de laboratório em diagnóstico de malária e o remanejamento de microscopistas treinados. Nos países onde é prevalente a resistência do *P. falciparum*, está ficando cada vez mais comum o uso de testes de diagnóstico rápido como medida para assegurar o tratamento adequado em áreas difíceis de atingir.

Fazem-se necessárias consideráveis mudanças conceptuais e operativas para uma bem-sucedida implementação da EGCM, visando assegurar que esta produza impacto mensurável. Embora essas mudanças ocorram como parte integrante do processo de reforma do setor da saúde na Região, a implementação da EGCM proporcionou significativa oportunidade para fortalecer a capacidade dos serviços de saúde local e ampliar a cobertura.

### **3. Principais Problemas e Limitações**

A implementação de uma bem-sucedida estratégia de controle da malária enfrenta três importantes barreiras. A primeira é a resistência institucional à mudança, resultante da idéia profundamente arraigada de que “o controle da malária se faz pelo rociamento de inseticida, que só pode ser levado a cabo por uma grande instituição operativa”.

A segunda barreira é a falta de recursos humanos treinados, capazes de garantir a implementação de efetivas medidas de controle/intercepção de vectores para dar seguimento e completar a bem-sucedida prevenção da mortalidade e redução da morbidade num setor da saúde descentralizado.

**Tabela 3. Comparação entre Detecção Passiva e Ativa de Casos, 1999**

Países e territórios por sub-região geográfica	DETECÇÃO PASSIVA DE CASOS						DETECÇÃO ATIVA DE CASOS		
	Serviços gerais de saúde e hospitais			Colaboradores voluntários			Pesquisas epidemiológicas e seguimento		
	Lâminas de sangue			Lâminas de sangue			Lâminas de sangue		
	Examinadas	Positivas	TLP	Examinadas	Positivas	TLP	Examinadas	Positivas	TLP
Mexico	636,867	1,961	0.31	325,406	2,458	0.76	1,051,472	1,983	0.19
Belize	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Costa Rica	9,552	1,396	14.61	6,625	427	6.45	80,277	2,175	2.71
El Salvador	62,659	402	0.64	73,780	802	1.09	8,329	26	0.31
Guatemala*	44,528	6,306	14.16	127,345	31,874	25.03	7,198	1,993	27.69
Honduras	–	–	–	237,074	46,740	19.72	–	–	–
Nicarágua	339,082	19,485	5.75	216,478	19,191	8.87	–	–	–
Panamá	28,420	258	0.91	249	6	2.41	132,550	672	0.51
Rep.Dominicana.	52,030	811	1.56	16,720	323	1.93	384,070	2,445	0.64
Haiti^	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guiana Francesa	34,562	4,936	14.28	...	...	...	13,412	371	2.77
Guiana	18,341	1,860	10.14	20,879	2,012	9.64	216,007	23,411	10.84
Suriname	65,087	13,939	21.42	...	...	...	...	...	...
Brasil	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bolívia	97,427	33,115	33.99	31,409	9,867	31.41	30,782	7,055	22.92
Colômbia	268,355	66,845	24.91	–	–	–	–	–	–
Equador	395,493	79,280	20.05	49,113	8,201	16.70	–	–	–
Peru	1,789,990	166,579	9.31	–	–	–	237,634	0	0.00
Venezuela	71,441	10,830	15.16	–	–	–	147,548	8,256	5.60
Argentina	1,404	120	8.55	111	24	21.62	7,009	78	1.11
Paraguai	11,112	2,174	19.56	42,877	5,415	12.63	47,085	2,356	5.00
<b>T O T A L</b>	<b>3,926,350</b>	<b>410,297</b>	<b>10.45</b>	<b>1,148,066</b>	<b>127,340</b>	<b>11.09</b>	<b>2,363,373</b>	<b>50,821</b>	<b>2.15</b>

– Não se aplica

... Não há informação disponível

\* Guatemala: 4.925 casos não diferenciados

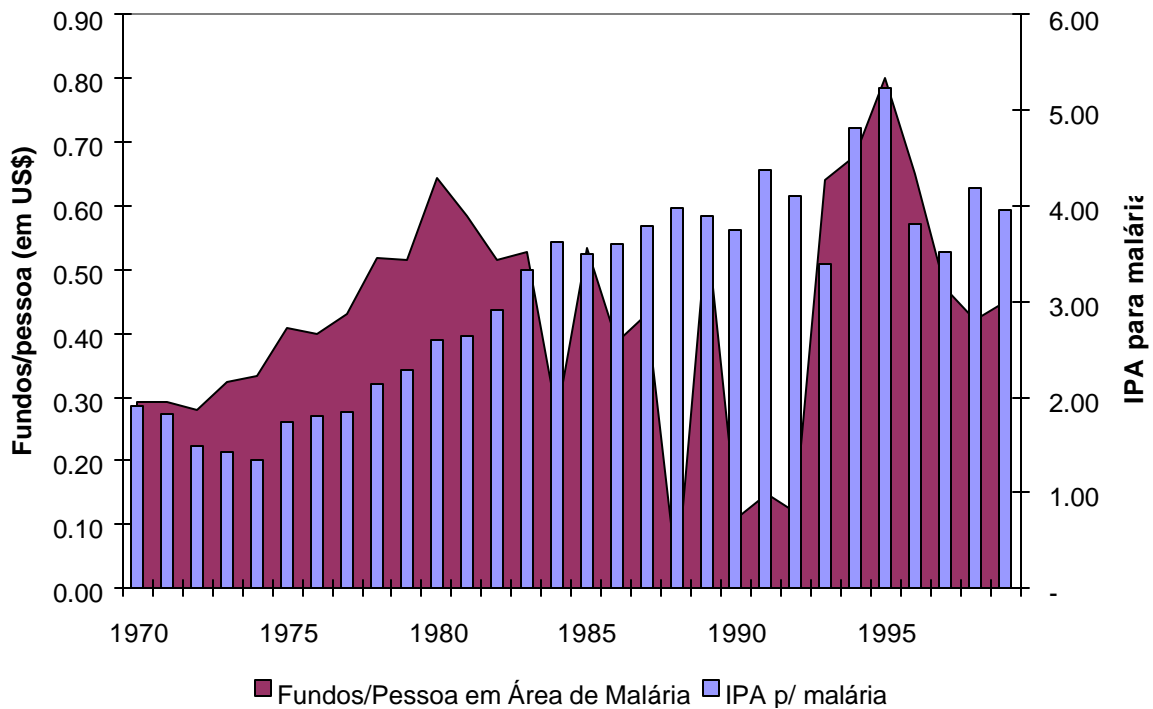
TLP = Taxa de Lâminas Positivas (%)

^ Haiti – Somente informação parcial

A terceira grande limitação é a drástica redução dos orçamentos centrais e na efetiva aplicação dos recursos disponíveis, concomitantemente com o grande processo administrativo de descentralização dos serviços de saúde.

A Figura 4 mostra que os recursos utilizados pelos programas de controle variaram consideravelmente nos últimos cinco anos. O gasto *per capita* nas áreas maláricas foi muito baixo nos 16 países que informaram a OPAS sobre os respectivos orçamentos para controle de malária.

**Figura 4: Fundos/Pessoa em Áreas de Malária x IPA para Malária 1970–1999**



No que tange ao aspecto socioeconômico, a implementação da EGCM na Região indicou aumento da efetividade das medidas de controle na diminuição da transmissão de *P. falciparum* e na redução do custo da sua execução. Uma avaliação econômica da implementação da EGCM na Região teve lugar no Brasil e mostrou que o custo dos programas tradicionais de profilaxia da malária baseados no controle de vetores equivale a mais que o dobro do da EGCM para o mesmo grau de efetividade. O estudo avaliou o custo do controle de malária em relação aos Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (AVAI) num período de oito anos. Nos quatro primeiros, o controle da malária foi implementado dentro do tradicional controle geral de vetores. Essas operações consumiram 78,7% dos recursos disponíveis para o período (US\$ 352.794.720), com apenas 21,3% utilizados em operações de diagnóstico e tratamento. O segundo quadriênio usou \$160.588.742, dos quais 47,4% foram aplicados para operações de controle de vetores com orientação epidemiológica e 52,6% para ampliar a cobertura das operações de diagnóstico e tratamento.

Ambos os períodos pouparam o Brasil de um número total semelhante de AVAI: 4.041.439 AVAI no primeiro quadriênio e 4.730.948 AVAI no segundo. O custo por AVAI

poupado, contudo, foi de \$87,29 no primeiro período, ao passo que cada AVAI poupado no segundo período custou ao país \$33,94.

Empenhada em capitalizar esses resultados iniciais e fortalecer a capacidade dos países para obter maior impacto mensurável com base nos princípios da EGCM, a OPAS aderiu à iniciativa global da OMS para Fazer Retroceder a Malária.

#### **4. A Iniciativa Fazer Retroceder a Malária**

A Iniciativa é um movimento social que tem por objetivo reduzir significativamente o peso da malária mediante a promoção de intervenções adaptadas às necessidades locais e o fortalecimento do setor da saúde. A FRM chama a atenção do mundo para as regiões afetadas pela malária, promovendo a mobilização de recursos e a intensificação da aplicação dos instrumentos existentes para controle da sua transmissão.

A Parceria Global para Fazer Retroceder a Malária está empenhada em capacitar os povos a, até 2010, reduzir à metade o ônus com que arcam em consequência da malária, mediante os seis elementos seguintes:

- decisões baseadas na evidência;
- diagnóstico precoce e pronto tratamento;
- ações bem coordenadas;
- prevenção múltipla;
- movimento global dinâmico;
- pesquisa operacional com foco definido.

A FRM é ponta de lança da OPAS/OMS no desenvolvimento de iniciativas enfocadas em outros problemas de saúde e desenvolvimento. Como abordagem coordenada do controle sustentável das doenças infecciosas, a iniciativa procurará desenvolver e manter a necessária colaboração intersetorial do setor da saúde com outros setores, a fim de atender às necessidades para fazer retroceder a malária.

A FRM estimula as estratégias baseadas na evidência, a ação no nível comunitário e a ação conjunta efetiva entre governos e instituições de desenvolvimento. Ela reconhece que o

sucesso sustentado na tarefa de rechaçar a malária pede inevitavelmente o desenvolvimento dos setores da saúde, de tal forma que possam equacionar toda uma série de problemas prioritários na sua esfera. Procura também incorporar na linha de frente os esforços para fazer a malária retroceder, mediante uma série de atividades relativas à saúde que as sociedades em risco da doença estão desenvolvendo no nível comunitário. A FRM deverá mobilizar famílias, comunidades e outros parceiros, para a ação apropriada.

A OPAS/OMS dará apoio estratégico a uma parceria ativa com uma série de organizações, nos níveis global, regional e de país, a qual resulte no desenvolvimento da capacidade sustentada de fazer face à malária e a outras prioridades de saúde. No nível de país, a FRM apoiará a formação de coligações para a ação e ajudará os países a formar e manter parcerias de nível comunitário que abranjam múltiplos parceiros e todos os provedores de atenção de saúde para pacientes com malária. O apoio da cooperação técnica está no coração do enfoque da FRM.

Agora que já se está registrando progresso e o número de pessoas que estão morrendo de malária nas Américas está diminuindo, há importante e urgente demanda de controle da transmissão. É necessário lembrar sempre que as taxas de morbidade e mortalidade são fortemente influenciadas pelos casos de malária e outras doenças transmissíveis originadas em áreas pobres, e particularmente em regiões habitadas por populações indígenas.

Os métodos propostos pela OPAS/OMS são: (1) um controle integrado de vectores denominado Controle Seletivo de Vectores de Malária (CSVM); e (2) o Plano de Atividades Simultâneas e Intensivas (PASI). Essas técnicas são novas e simplificadas: o controle integrado de vectores para trabalhadores de saúde de nível local e o PASI mexicano dão ênfase à simultaneidade de ações para reduzir os reservatórios humanos e de vectores.

O PASI pode constituir uma boa abordagem e uma solução efetiva pelo custo, se desenvolvido e aplicado juntamente com o diagnóstico precoce e o tratamento imediato.

A CSVM baseia-se na necessidade de aplicar instrumentos seletivos, usados para cada situação específica. Noutras palavras, esses instrumentos precisam ser desenvolvidos de acordo com as necessidades específicas de cada região, e devem ser efetivos, baratos e financeiramente acessíveis, para permitir um decréscimo sustentável da transmissão por vectores.

Além da transferência de suficientes recursos financeiros e materiais e de pessoal capacitado dos programas de malária, um significativo desafio para os administradores de

saúde é dispor de informação regular e oportuna no nível local, a fim de facilitar a determinação de prioridades e o processo decisório. Para tanto, será preciso que os serviços locais de saúde façam maior uso dos métodos disponíveis para observar e monitorizar a situação sanitária da população e do meio ambiente.

## **5. Conclusão**

A situação atual da EGCM nas Américas está a exigir um esforço intensificado para superar os obstáculos encontrados à sua implementação. A implementação da EGCM é extremamente complexa e requer:

- mudança do enfoque tradicional característico das organizações e programas verticais;
- organização de serviços de saúde em regiões de acesso difícil;
- preparação de recursos humanos para efetiva implementação e sustentabilidade das medidas adotadas; e
- provisão de suficientes recursos financeiros e materiais, em quantidade e em tempo.

Esse desafio vem a ser maior ainda no contexto de um sistema de saúde descentralizado. Somente o compromisso conjunto e a colaboração de todos os parceiros interessados podem levar a essa meta. A Iniciativa para Fazer Retroceder a Malária oferece um mecanismo para fazer isso e é essencial para as Américas.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



# 126ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., 26-30 junho 2000

CD42/16 (Port.)  
Anexo

## **RESOLUÇÃO**

**CE126.R19**

### **FAZER RETROCEDER A MALÁRIA NA REGIÃO DAS AMÉRICAS**

#### **A 126ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,**

Tendo considerado o Documento CE126/18, no qual se propõe aos Estados Membros onde a malária é um problema de saúde pública que se aliem à iniciativa *Fazer Retroceder a Malária*, liderada pela Organização Mundial da Saúde,

#### **RESOLVE:**

Recomendar ao Conselho Diretor a aprovação de uma resolução nos seguintes termos:

#### **O 42º CONSELHO DIRETOR,**

Tendo considerado o Documento CD42/\_\_\_, no qual se propõe aos Estados Membros onde a malária é um problema de saúde pública que se aliem à iniciativa *Fazer Retroceder a Malária* em seu território; e

Levando em conta que dita iniciativa, além de ser coerente com o propósito de impulsionar os serviços e sistemas locais de saúde, vem favorecer a conjugação de esforços necessária para a superação dos obstáculos que se erguem à implementação do

efetivo controle da malária, mediante eixos de orientação estratégica de coordenação na aplicação de recursos, a implantação de políticas de medicamentos antimaláricos e a formação de recursos humanos para as medidas de controle de transmissão da malária,

***RESOLVE:***

1. Instar os Estados Membros a:
  - a) formalizar a adoção da iniciativa *Fazer Retroceder a Malária* nos territórios onde a malária ainda representa um problema de saúde pública;
  - b) estabelecer o compromisso de levar a cabo uma avaliação anual dos progressos nos eixos da iniciativa, até que a malária seja eliminada como problema de saúde pública na Região.
2. Solicitar ao Diretor que:
  - a) continue apoiando os mecanismos de seguimento do progresso dos programas de prevenção e controle;
  - b) apóie os esforços destinados a mobilizar os recursos necessários para a eliminação da malária na Região.

*(Sétima reunião, 29 de junho de 2000)*