



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 136<sup>a</sup> SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

*Buenos Aires, Argentina, 20-24 de junho de 2005*

*Tema 4.7 da agenda provisória*

CE136/16 (Port.)

3 maio 2005

ORIGINAL: INGLÊS

### **MALÁRIA E OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO**

A transmissão da malária foi eliminada de vários territórios mas ainda é registrada em 21 dos 39 estados-membros da OPAS. Calcula-se que 77 milhões de pessoas vivem nas áreas de moderado e alto risco e aproximadamente 1 milhão de casos foram notificados anualmente desde 1987.

Tendo abandonado esforços para erradicar a malária, a Organização Mundial da Saúde lançou a Estratégia Mundial de Luta contra a Malária em 1992, que foi adotada pelos estados-membros da OPAS. Em 1998, a Iniciativa de Fazer Retroceder a Malária foi lançada com a intenção de criar um movimento nos níveis mundial, regional, nacional e local para fortalecer ainda mais a execução da Estratégia Mundial de Luta contra a Malária e de reduzir a incidência de malária em 50% até 2010.

No 42º Conselho Diretor da OPAS, os estados-membros resolveram adotar a Iniciativa de Fazer Retroceder a Malária nos territórios onde a malária constitui um problema de saúde pública. Em 2000, a Assembléia Geral das Nações Unidas incluiu o “Combate ao HIV/AIDS, a malária e outras doenças” nas Metas de Desenvolvimento do Milênio.

Houve uma redução na incidência geral de malária há alguns anos mas a doença ainda constitui um problema de saúde pública na Região, com uma disparidade no resultado dos esforços em diferentes países, relacionados com alguns fatores, tais como as variações nas condições ecológicas, a cobertura de diagnóstico e de tratamento, as debilidades nos sistemas de saúde e questões de capacidade técnica. A pesquisa operacional é importante para a tomada de decisões baseada em evidências.

Há necessidade de compromisso contínuo para atingir os objetivos da Iniciativa de Fazer Retroceder a Malária (FRM) e as Metas de Desenvolvimento do Milênio (ODM), preservando os avanços no controle da malária e centrando em desafios atuais e novos, incluindo aqueles relacionados com a comunicação, a coordenação e a cooperação no setor de saúde e em outros setores. A colaboração entre países e a participação comunitária na aplicação dos métodos de prevenção e controle são essenciais para reduzir a doença e evitar a disseminação da malária através das fronteiras. A aplicação de medidas de prevenção e controle da malária requer financiamento e há necessidade de mobilização e utilização efetiva e eficaz dos fundos. Faz-se necessária uma avaliação anual da situação da malária para medir o progresso da redução e da prevenção do ressurgimento da malária.

O documento complementa o relatório à Assembléia Mundial da Saúde de maio de 2005 (A58/8), que se centrou na Situação da Malária na África. Fornece um resumo da situação da malária nas Américas e a cooperação técnica da OPAS aos estados-membros. Também destaca os avanços e a agenda inconclusa, incentiva os estados-membros a prosseguirem com o compromisso à Iniciativa de Fazer Retroceder a Malária e implantação das atividades de prevenção e controle da malária destinadas a alcançar as metas da FRM e MDG.

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
Introdução .....	3
Atual situação da malária: um resumo dos modelos epidemiológicos .....	4
Estratégia para a malária na Região: implementação e mobilização de recursos.....	11
Atual desafio da malária, estratégias de incremento e a função da OPAS .....	12
Ação do Comitê Executivo .....	17
Referências.....	18

## **Introdução**

1. Durante os primeiros anos do século XX, a transmissão da malária ocorreu nas Américas. Foi uma das doenças infecciosas prevalentes que desencadeou uma Resolução da Segunda Conferência Internacional de Estados Americanos realizada no México, em janeiro de 1902, a qual recomendou que “uma Convenção Geral dos Representantes das Organizações de Saúde das diferentes Repúblicas Americanas” fosse convocada. A convenção, realizada em Washington, D.C., E.U.A., de 2 a 4 de dezembro de 1902, foi a antecessora da Organização Pan-Americana da Saúde atual (OPAS) (1)

2. Embora a experiência e o conhecimento para combater a malária tenham sido obtidos pelos esforços nos Estados Unidos da América e outros países da Região, a malária foi identificada como “a doença que causa mais mal ao maior número de nações do Continente” pela XI Conferência Sanitária Pan-Americana em 1942. Esta recomendou que o Comitê da Malária da Repartição Sanitária Pan-Americana fosse considerado a organização consultora para a realização de pesquisas de realização e programas de controle da malária nas Américas. Esta função foi assumida, e em 1948, havia obtido grande sucesso ao reduzir a malária e mesmo eliminar sua transmissão em grandes áreas de dois países sul-americanos, Guiana e Venezuela, resultado dos esforços conduzidos pelos Drs. George Giglioli e Arnoldo Gabaldon nos respectivos países. Houve relatos adicionais sobre os sucessos na resolução do problema da malária na Argentina e nos Estados Unidos e acentuado progresso no Brasil e no Equador. Estes foram alguns exemplos usados para promover o chamado para a erradicação da doença e, em 1954, a XIV Conferência Sanitária Pan-Americana no Chile deu à Repartição Sanitária Pan-Americana a responsabilidade pelo apoio e coordenação da erradicação da malária nas Américas; uma campanha mundial para erradicar a malária foi subsequente aprovada na XVIII Assembléia Mundial da Saúde realizada no México em maio de 1955 (2)

3. Ao empreender a estratégia de erradicação que se concentrou no combate aos mosquitos, os esforços nas Américas foram apoiados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) até 1992, quando a estratégia mundial de erradicação foi abandonada e substituída pela Estratégia Mundial de Luta contra a Malária. A estratégia de luta contra a malária nas Américas é compatível com os quatro elementos técnicos básicos da Estratégia Mundial de Luta contra a Malária. A estratégia foi formulada para fornecer diagnóstico precoce e tratamento pronto da malária; planejar e implementar medidas preventivas seletivas e sustentáveis, incluindo o controle de vetores; detectar cedo, conter ou prevenir as epidemias; e fortalecer as capacidades locais na investigação aplicada e básica para permitir e promover a avaliação regular da situação da malária de um país, em particular os fatores ecológicos, sociais e econômicos determinantes da doença.

4. Em 1998, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e as instituições parceiras lançaram a Iniciativa de Fazer Retroceder a Malária (RBM) como uma resposta ao reconhecimento do ônus global associado à doença. A iniciativa visa reduzir à metade a incidência da malária nos países participantes até o ano 2010, através de intervenções que são adaptadas às necessidades locais e de reforço do setor de saúde (3). Dois anos depois, em 2000, as Nações Unidas promulgaram as Metas de Desenvolvimento para o Milênio, que incluíam como um de seus elementos salientes a cessação ou começo da inversão da propagação da infecção pelo HIV/AIDS, malária, e outras doenças graves até 2015 (4).

5. É no contexto dos objetivos e esforços globais já mencionados que a situação da malária é monitorada e analisada nas Américas. A mesma estrutura é usada para conceitualizar, planejar, implementar e monitorar os projetos da malária na Região, assim como responder aos contínuos, emergentes e reemergentes desafios que a doença apresenta. Os estados-membros fornecem à OPAS informações sobre a malária, usadas para preparar o relatório anual da situação. Na Região, a prevenção de um ressurgimento da malária é uma consideração importante na América do Norte e na maioria das ilhas do Caribe onde a eliminação foi bem sucedida.

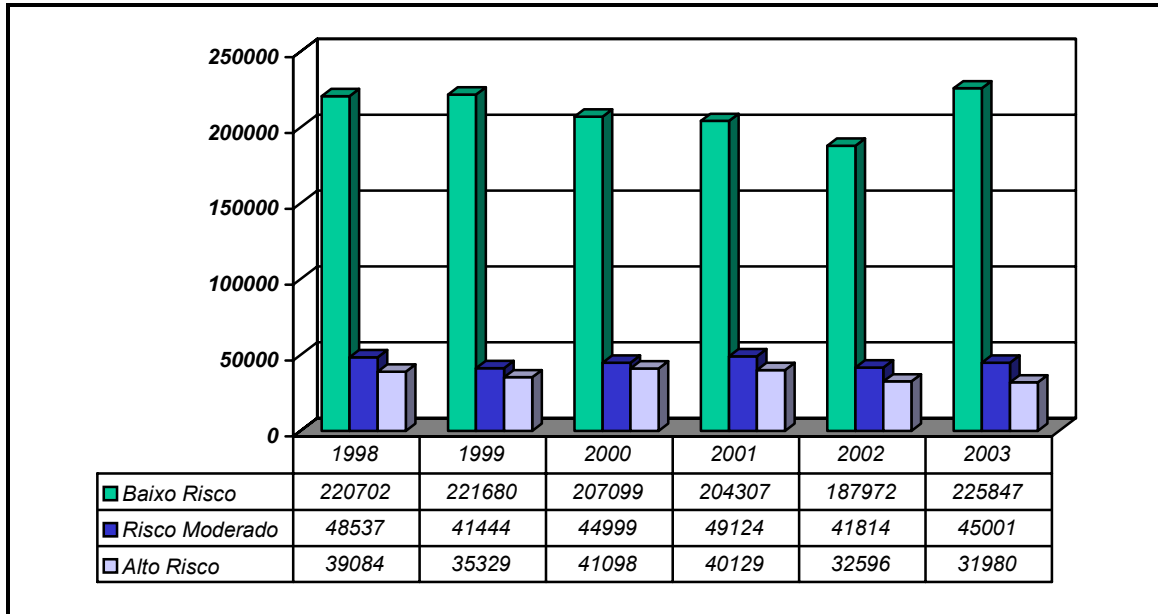
6. A finalidade do relatório é fornecer um resumo da situação da malária nas Américas desde a Iniciativa de Fazer Retroceder a Malária lançada pela OMS em 1998; o relatório também tem por finalidade destacar os avanços e a agenda inconclusa e incentivar os estados-membros a prosseguirem com o compromisso à Iniciativa de Fazer Retroceder a Malária e às Metas de Desenvolvimento para o Milênio de prevenção e controle da malária, levando em consideração os desafios novos e contemplados.

7. Esse documento complementa o relatório da Secretaria da OMS sobre a Malária (A58/8; 14 de abril de 2005), que se centrou na situação da malária na África e foi tratado na Assembléia Mundial da Saúde em maio de 2005.

#### **Atual situação da malária: um resumo dos modelos epidemiológicos**

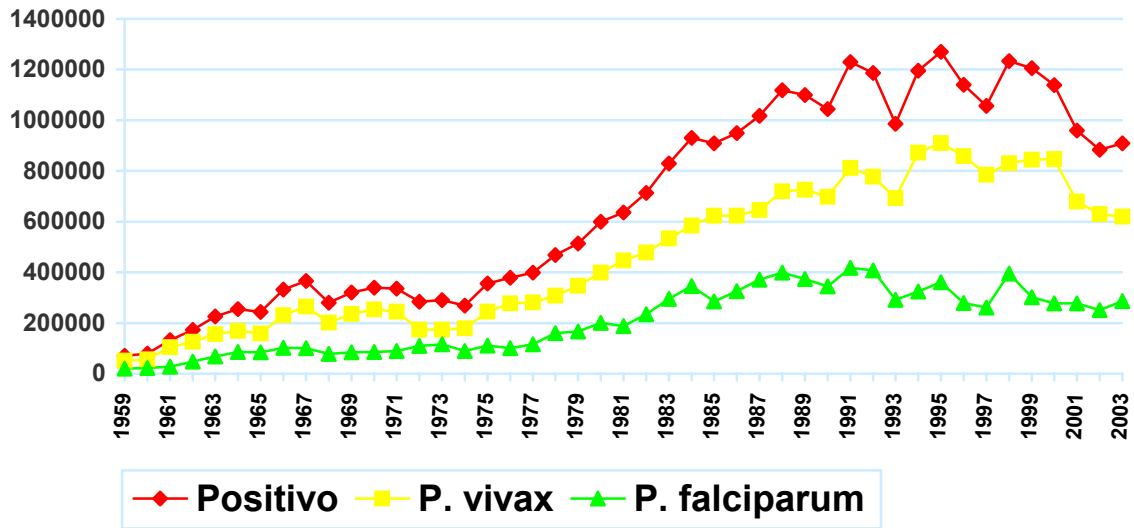
8. Em 2003, os estados-membros da OPAS indicaram que dos calculados 859 milhões de habitantes das Américas, aproximadamente 303 milhões vivem em zonas de risco ecológico de transmissão da malária. Destes, aproximadamente 226 milhões vivem em áreas de baixo ou extremamente baixo nível de risco; 45 milhões vivem em áreas de risco moderado e 32 milhões, em áreas de alto risco (figura 1). Há registro que esses números representam uma diminuição de 3,08% na porcentagem da população geral da Região em risco de transmissão da malária em 1998, quando a iniciativa de RBM foi lançada. A malária continua sendo um problema de saúde pública na Região com transmissão registrada em 21 dos 39 estados-membros da OPAS.

**Figura 1: População das Américas segundo o nível de risco de transmissões, 1998-2003 (em milhares)**



9. A debilidade dos sistemas de informação sanitária provavelmente leva ao registro de número inferior da doença. Desde 1959, informações sobre o número anual de casos pelo parasita da malária foram registrados pelos estados-membros à OPAS. Em 1963, mais de 200.000 casos foram registrados; este número quadruplicou em 1983 e continuou a aumentar para mais de 1 milhão de casos em 1987. Quando a Iniciativa de FRM foi lançada em 1998, havia 1,2 milhões de casos registrados. Desde então, os estados-membros notificaram a redução da incidência e a melhoria das tendências epidemiológicas (figura 2).

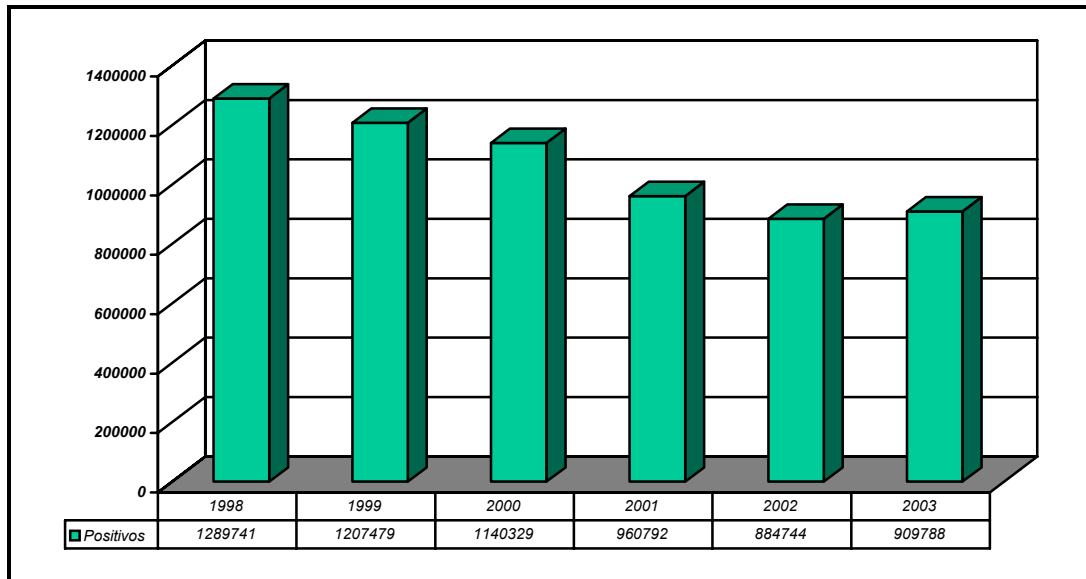
**Figura 2: A malária nas Américas por espécies de parasitas, 1959-2003**  
**Número de casos**



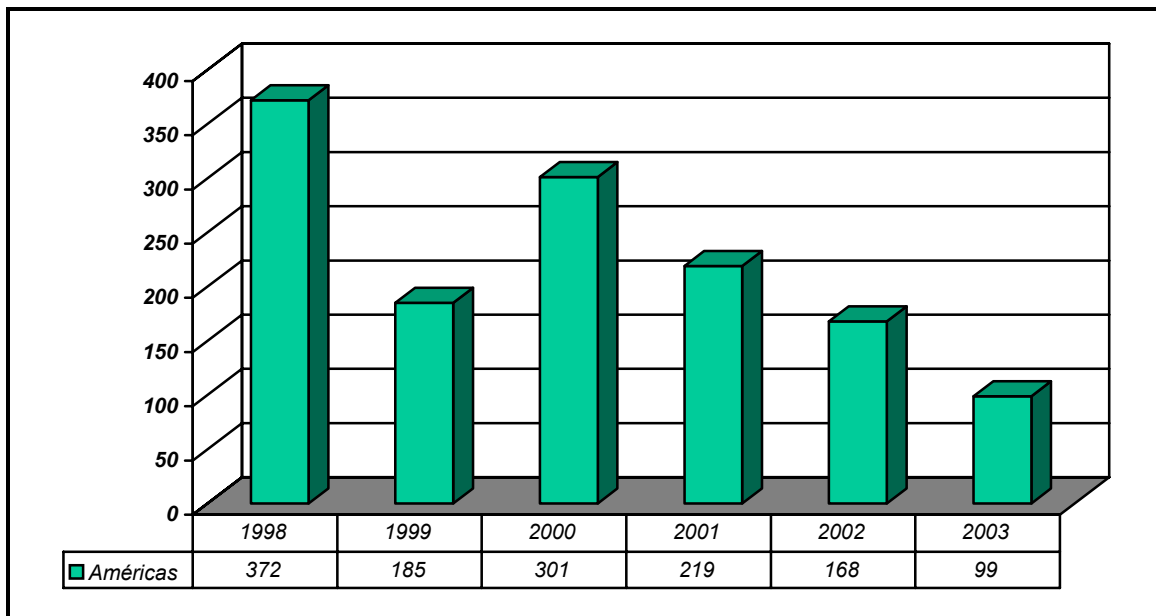
10. *Plasmodium vivax* é a principal causa da malária na Região, com 68% de todos os casos; *P. falciparum* causou 31,5% e o *P. malariae*, menos de 0,5% de todos os casos. Nos países que dividem a floresta amazônica, proporções semelhantes são observadas a nível de país com a exceção dos países do Escudo das Guianas. Na Mesoamérica, *P. vivax* representa 80% dos casos, mas na República Dominicana e no Haiti quase 100% dos casos são causados por *P. falciparum*.

11. A incidência da malária notificada nas Américas pelos estados-membros em 2003 revelou que houve 909.788 casos (figura 3) e 99 mortes (figura 4). Isto reflete uma redução de 30% no número absoluto de casos em toda a Região e uma redução de 12% nas zonas de risco alto e moderado desde 1998; houve uma diminuição de 73% no número geral de mortes atribuídas à malária desde 1998.

**Figura 3: Morbidade por malária nas Américas, 1998-2003**  
número de lâminas hematológicas positivas

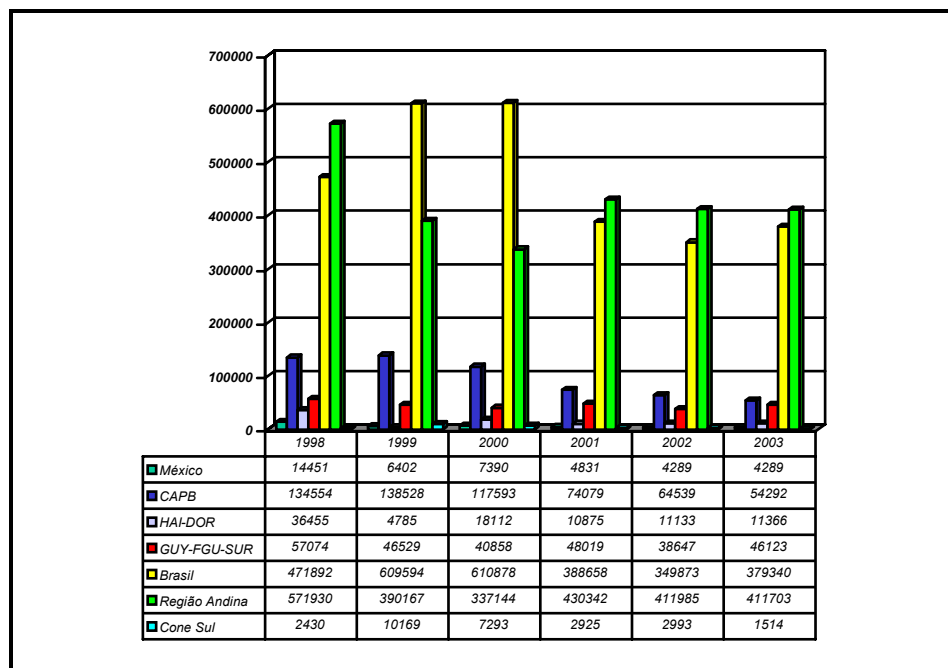


**Figura 4: Mortalidade por malária nas Américas, 1998-2003**  
Número de mortes

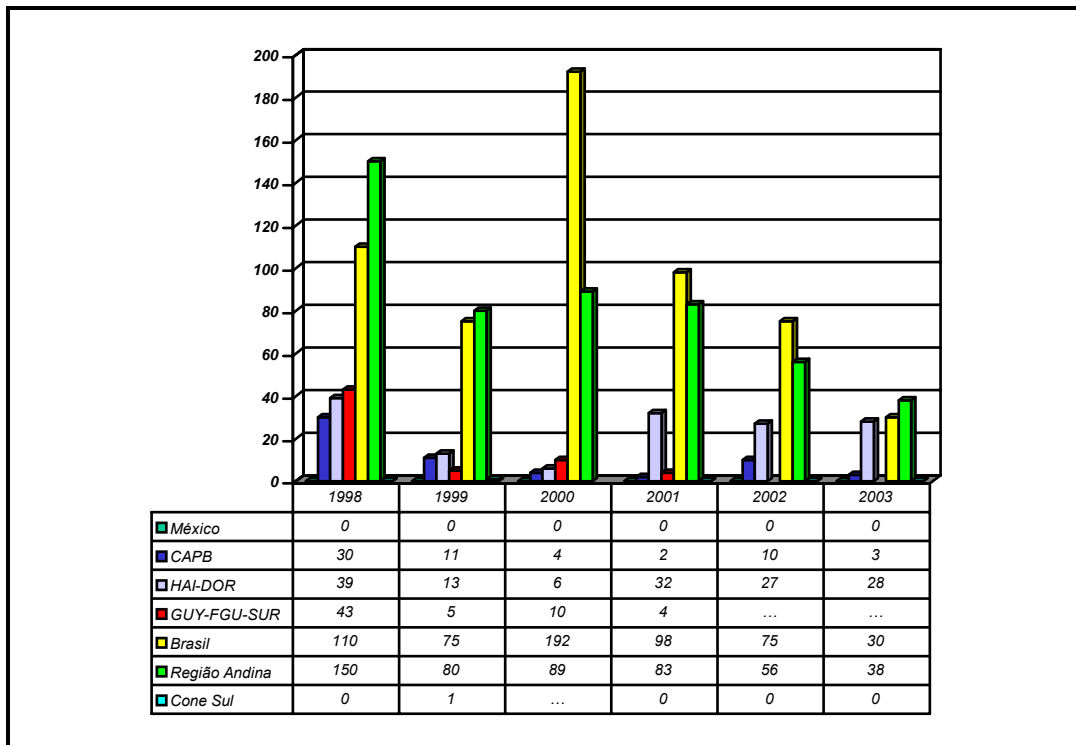


12. Os países que dividem a floresta tropical amazônica, compreendidos pelos da Região andina (Bolívia, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela); o Brasil; e o Escudo das Guianas (Guiana Francesa, Guiana e Suriname) sofreram o impacto do problema, com 92% de todos os casos de malária e 69% de todas as mortes atribuídas à malária registradas em 2003 (figuras 5 e 6).

**Figura 5: Morbidade por malária nas Américas por sub-Região, 1998-2003: Número de lâminas hematológicas positivas**



**Figura 6: Mortalidade por malária nas Américas por sub-Região,  
 1998-2003:  
 Número de mortes**



13. Dos 21 Estados-Membros onde a malária é endêmica, 15 registraram diminuição no número absoluto de casos; em dez deles, a diminuição foi de mais de 50%, mas seis países notificaram aumento (quadro 1). Não houve reintrodução da transmissão nos Estados-Membros onde esta havia sido interrompida.

**Quadro 1: Mudança de porcentagem em número de casos notificados,  
1998–2003 Por país**

<b>PAÍS</b>	<b>MUDANÇA DE PORCENTAGEM</b>
Argentina	- 64%
Belize	- 65%
Bolívia	- 72%
Brasil	- 20%
Colômbia	+ 20%
Costa Rica	- 86%
Equador	+ 19%
El Salvador	- 93%
Guiana Francesa	+ 11%
Guatemala	- 35%
Guiana	- 33%
Haiti	- 71%
Honduras	- 76%
México	- 70%
Nicarágua	- 80%
Panamá	+ 334%
Paraguai	- 33%
Peru	- 65%
República Dominicana	- 24%
Suriname	+ 18%
Venezuela	+ 45%

14. *Plasmodium falciparum* é o mais patogênico dos parasitas da malária. É o único parasita cuja resistência aos antimaláricos, primeiro registrada na Colômbia em 1958, é agora registrada mundialmente. Nas Américas, a resistência somente foi suspeitada e/ou confirmada nos países que dividem a floresta amazônica.

### **Estratégia para a malária na Região: implementação e mobilização de recursos**

15. De acordo com as resoluções tomadas nas recentes Assembléias Mundiais da Saúde e conferências da OMS e da OPAS, especificamente durante a 52<sup>a</sup> Assembléia Mundial da Saúde (5), a 126<sup>a</sup> sessão do Comitê Executivo (6), e a 115<sup>a</sup> sessão do Conselho Executivo (7) e a 58<sup>a</sup> Assembléia Mundial da Saúde (8), os países membros da OPAS adotaram e apóiam a Iniciativa de Fazer Retroceder a Malária e o atingimento das Metas de Desenvolvimento para o Milênio das Nações Unidas.

16. Vários eventos mundiais significativos, iniciativas e outros fatores influíram na atual estratégia da malária nas Américas. Estes incluem: (a) a Estratégia Mundial de Luta contra a Malária (EMLM), que foi adotada pela Conferência Ministerial de 1992; (b) a Iniciativa de Fazer Retroceder a Malária (FRM) lançada em 1998; (c) a promulgação das Metas de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas em 2002; (d) as resoluções tomadas nas recentes Assembléias Mundiais da Saúde e conferências da OMS e da OPAS recentes; (e) o problema global emergente da resistência aos medicamentos antimaláricos e sua repercussão nas Américas; e (f) o estado dos recursos institucionais, humanos e financeiros da OPAS e dos estados-membros.

17. Dentro da estrutura da atual estratégia da malária para as Américas, os esforços se concentram: no apoio das funções de ministérios da saúde relacionadas à prevenção e ao controle da malária; na promoção das sinergias com programas de saúde relacionados, especialmente os da saúde ambiental, dos medicamentos e da saúde materno-infantil, da infecção pelo HIV/AIDS e tuberculose; na promoção da participação das comunidades e da sociedade civil; na participação do setor privado na prestação da prevenção e do tratamento; na identificação das práticas adequadas, nos mecanismos de parceria e finanças para estender as intervenções; na preparação de instrumentos e medidas de apoio para a administração a nível distrital; no fortalecimento da capacidade; e na promoção da colaboração entre os países.

18. A proteção dos avanços feitos na redução da incidência e na prevenção da reintrodução da transmissão onde foi interrompida depende do compromisso contínuo dos estados-membros de monitorar seu progresso. Depende também do compromisso da OPAS de continuar a sustentar os mecanismos de monitoramento do progresso de medidas de prevenção e controle, assim como aqueles destinados à mobilização de recursos em conformidade com a resolução da OPAS CE126.R19 (4).

19. Os estados-membros utilizam os recursos nacionais para combater a malária. A Iniciativa de Fazer Retroceder a Malária dá apoio financeiro às atividades de prevenção e controle da malária. A ajuda da OPAS para a mobilização de recursos adicionais na Região inclui: (a) a Rede Amazônica de Vigilância da Resistência às Drogas Antimaláricas (RAVREDA)/Iniciativa Amazônica contra a Malária (AMI); (b) o Fundo

Global para o Combate a AIDS, Tuberculose e Malária (GFATM) e (c) o Fundo para o Meio Ambiente Mundial/ Projeto de Programa Ambiental das Nações Unidas para a prevenção da reintrodução do uso de DDT no controle de vetores da malária no México e América Central.

20. A Rede Amazônica de Vigilância da Resistência às Drogas Antimaláricas/ Iniciativa Amazônica contra a Malária é uma resposta ao fenômeno mundial do aumento da resistência às drogas antimaláricas por *Plasmodium falciparum*. A rede, estabelecida em uma reunião coordenada da OPAS na Bahia, Brasil, em 2001, é financiada através da Iniciativa Amazônica contra a Malária da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID). A parceria inclui os países da Bolívia, Brasil, Equador, Colômbia, Guiana, Peru, Suriname e Venezuela. É coordenada pela OPAS e pela USAID, com cooperação técnica fornecida pela OPAS, pelos Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (os CDC), pela Administração Farmacêutica Racional e pela Farmacopéia dos Estados Unidos(9). Com base na prova dos ensaios efetuados, seis dos países participantes mencionados acima mudaram a política de tratamento e estão usando o tratamento antimalárico de combinação recomendado pela OMS desde 2001 e referido na Resolução EB115.R14 e AMS no documento A58/8.

21. O Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária aprovou propostas individuais de países para financiar os esforços para combater a malária na Bolívia, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Nicarágua e Suriname e está finalizando um convênio com o Organismo Andino de Saúde (ORAS) sobre uma proposta para combater a doença nas zonas de fronteira da Colômbia, Equador, Peru e Venezuela.

22. O Fundo para o Meio Ambiente Mundial/ Projeto de Programa Ambiental das Nações Unidas aprovou um Programa de Ação e Demonstração de Alternativas Sustentáveis ao DDT para o controle do vetor da malária no México e América Central com participação das áreas técnicas do Desenvolvimento Sustentável e Ambiental, Análise de Saúde e Sistemas de Informação e Prevenção e Controle de Doenças da OPAS.

23. Os esforços de pesquisa para criar os instrumentos mais eficazes para a prevenção e controle da malária foram encabeçados pelo programa do Banco Mundial/Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Programa da Organização Mundial da Saúde para a Pesquisa e Treinamento em Doenças Tropicais (TDR) e, em colaboração com a OPAS, têm apoiado os projetos de pesquisa da malária na Região.

#### **Atual desafio da malária, estratégias de incremento e a função da OPAS**

24. A Assembléia Mundial da Saúde, na resolução WHA52.11, incentivou os estados-membros “a reduzirem o sofrimento relacionado à malária e promoverem o

desenvolvimento nacional de uma maneira sustentada fazendo retroceder a malária”; em 2000, a Assembléia Geral das Nações Unidas incluiu a cessação ou começo da inversão da propagação da infecção pelo HIV/AIDS, malária e outras doenças graves até 2015, nas Metas de Desenvolvimento do Milênio. Também em 2000, o Conselho Diretor da OPAS exortou os estados-membros a adotarem a iniciativa de Fazer Retroceder a Malária nos territórios onde a malária ainda constitui um problema de saúde pública e a se comprometerem a realizar uma avaliação anual do progresso nas diferentes áreas da iniciativa, até que a malária seja eliminada como problema de saúde pública na Região. Segundo revelou uma análise dos dados entre 1998 e 2003, isto é uma agenda inconclusa nas Américas pois a malária continua a ser um problema de saúde pública, tendo aumentado em alguns estados-membros.

25. Os desafios nas Américas estão diretamente relacionados com as tendências epidemiológicas em evolução na Região e a disparidade no resultado da estratégia da malária em diferentes países e sub-regiões está relacionada com vários fatores.

26. As questões a serem abordadas incluem informações sobre os mosquitos vetores em diferentes sub-regiões, sua distribuição, picada e padrões de comportamento, a pesquisa operacional para identificar e utilizar métodos novos e inovadores de controle de vetores, assim como o uso seletivo dos inseticidas apropriados. No que se refere ao diagnóstico da doença, há necessidade de expansão da rede de laboratórios onde possível e ampliação do uso dos testes de diagnóstico rápido pelos trabalhadores comunitários e voluntários nas áreas de difícil acesso aos serviços de saúde. Outra questão que tem que ser abordada é o maior custo do tratamento antimalárico de combinação para *P. falciparum* farmacorresistente, assim como a disponibilidade e aderência aos regimes de tratamento incluindo o tratamento padrão de quatorze dias para a malária por *P. vivax*. Os grupos de população mais pobres e itinerantes com condições habitacionais deficientes, inacessibilidade a intervenções adequadas de prevenção e controle são submetidos à pobreza ainda mais aguda como resultado da doença. A descentralização e reforma do setor de saúde em vários países, com redefinição da prestação e do financiamento dos serviços, são questões que repercutem na administração dos serviços de saúde. Mudanças nos sistemas de saúde resultaram na perda de pessoal com treinamento em malária, o que somado à falta de pessoal de enfermagem, deve ser levado em consideração na determinação das necessidades de treinamento. A deficiência no fluxo sistemático de informações é outra questão que deve ser abordada através da formação das redes de comunicação entre diversas unidades técnicas de ministérios da saúde e outras instituições. Os países bem-sucedidos na mobilização dos recursos financeiros para a prevenção e o controle da malária através dos mecanismos como o Fundo Global necessitarão de cooperação técnica na execução, monitoramento e avaliação das atividades planejadas. A OPAS pode prestar cooperação técnica, coordenar e colaborar com outras organizações na utilização eficaz dos recursos. O fundo estratégico da OPAS é um mecanismo potencial para a aquisição dos medicamentos antimaláricos apropriados.

27. As condições ecológicas pesam bastante ao abordar o desafio da malária porque ela é uma doença transmitida por vetor. A transmissão depende da presença de pessoas infectadas pela malária e das características dos mosquitos, afetada pelas condições ambientais como temperatura, umidade e vegetação. O ambiente amazônico geral predispõe os países da área a um risco maior de transmissão. Como parte da agenda inconclusa, a pesquisa entomológica precisa ser intensificada para definir e aplicar as opções de controle de vetores mais apropriadas e viáveis.

28. Farmacorresistência a *P. falciparum* existe na Região. Os fatores de diagnóstico e tratamento são também questões de preocupação. A situação é pior nas áreas onde a acessibilidade e a aderência ao tratamento tanto entre pacientes quanto provedores de serviço de saúde permanece um problema. A eficácia do tratamento diminui, mesmo na presença de medicamentos efetivos, se a cobertura não é suficiente. A cobertura também pode ser afetada pela duração do tratamento, do custo mais alto do tratamento combinado e da educação dos afetados. Os testes de diagnóstico rápido estão disponíveis e seu uso é recomendado em meios específicos, mas tais testes ainda precisam ser aprimorados. Como parte da agenda inconclusa, a avaliação de tratamentos, especificamente em termos de resistência e eficácia, são componentes necessários a serem abordados. Além disso, há ainda a necessidade de maiores esforços na educação sobre a malária, na participação comunitária de todos os setores para assegurar o diagnóstico precoce e o tratamento apropriado, disponível e de baixo custo.

29. Sistemas de saúde fracos e a prestação inadequada de serviços e qualidade de tratamento obstruem o potencial para as melhorias epidemiológicas. A descentralização política e administrativa e a reforma do setor de saúde em vários países estão mudando a gestão, organização, prestação e financiamento dos serviços. Com redefinição das funções dos governos centrais, regionais e locais na administração dos serviços de saúde tanto individuais como da população, a necessidade de fortalecimento da capacidade de gestão em todos os níveis é imperiosa. Tanto os grupos de população mais pobres quanto os grupos ocupacionais itinerantes nas zonas com maior risco ecológico de transmissão, com deficiências habitacionais, intervenções para prevenção e prestação de serviços de saúde, estão predispostos às conseqüências da doença e ao aumento da pobreza como resultado da diminuição na produtividade e perda da renda. Como parte da agenda inconclusa, os sistemas de saúde precisam ser reforçados para abordar os desafios em situações específicas. Em alguns casos, há necessidade de estabelecimento de postos de saúde, reforço dos esforços através da integração da prestação de programas de saúde, fortalecimento do sistema de informação sanitária, melhoria das capacidades logísticas, compras de medicamentos e políticas de distribuição, melhoramento de qualidade, participação comunitária incluindo o estabelecimento de uma rede de colaboradores voluntários, e parceria entre os setores público e privado.

30. Diretamente relacionado ao problema dos sistemas de saúde deficientes, está o número decrescente de pessoal com habilidades técnicas para lidar com problemas

específicos da malária nos sistemas de saúde existentes. As mudanças nos sistemas de saúde de muitos dos países resultaram na perda de pessoal com treinamento em malária sem substituição adequada. Como parte da agenda inconclusa, esforços devem ser feitos para avaliar a necessidade de pessoal com treinamento em malária, assegurar o recrutamento e a retenção do pessoal de saúde, assim como treinar em ambos os aspectos técnicos e administrativos do controle da malária, inclusive o uso da estratificação epidemiológica para identificar as áreas prioritárias para intervenções.

31. Os problemas de comunicação, coordenação e cooperação gradativamente debilitam o potencial para melhores resultados dos esforços de controle da malária e baixam a eficácia do uso dos recursos disponíveis. Um novo desafio é promover a formação das redes de comunicação entre diversas unidades técnicas de ministérios da saúde e outras instituições, incluindo as organizações não-governamentais e o setor privado para facilitar um fluxo sistemático de informações e reduzir a dificuldade da busca de cursos eficazes de ação para abordar a prevenção e controle da malária.

32. A resolução da OPAS de fornecer liderança e cooperação técnica através dos escritórios nacionais nos estados-membros e coordenação do apoio técnico da OMS e centros colaboradores tais como os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) mantém o papel vital da instituição na orientação e execução de apoio de medidas eficazes de controle da malária nas Américas.

33. Os esforços de cooperação técnica devem procurar preservar os avanços e a ênfase em desafios presentes e novos quanto ao fortalecimento, cooperação horizontal, difusão de informações e conhecimento, desenvolvimento de normas, planos e políticas, promoção de pesquisas, treinamento e mobilização de recursos e mecanismos de colaboração para fortalecer a colaboração entre países para reduzir a carga e evitar a disseminação da malária através das fronteiras.

34. Um resumo dos avanços a serem preservados, dos aspectos da agenda inconclusa e dos novos desafios encontram-se no quadro 2.

35. Há necessidade de alocação contínua dos recursos nacionais pelos estados-membros para assegurar a vigilância para prevenir o ressurgimento após os avanços na redução. Um novo e importante desafio para a OPAS é fornecer aos estados-membros a coordenação e cooperação técnica necessária para mobilizar e utilizar efetiva e eficientemente maiores recursos financeiros, como aqueles disponíveis do Fundo Global, ao continuar com o Fazer Retroceder a Malária e Metas de Desenvolvimento para o Milênio para a malária.

36. Há necessidade de compromisso contínuo com a Iniciativa de Fazer Retroceder a Malária e o estabelecimento de políticas nacionais e planos operacionais para garantir

maior acessibilidade por aqueles em risco ou afetados pela malária às intervenções de prevenção e controle e um compromisso com uma avaliação anual da iniciativa.

37. As questões identificadas acima estão de acordo com o relatório da Secretaria da OMS (A58/8, 2005); e a resolução do Conselho Executivo da OMS (EB115.R14, 2005) à Assembléia Mundial da Saúde.

**Quadro 2: Resumo dos avanços, da agenda inconclusa e dos desafios percebidos**

<b>Avanços a serem preservados</b>	<b>Agenda inconclusa</b>	<b>Novos desafios</b>
1. Interrupção da transmissão em 18 países, antes da Iniciativa de Fazer Retroceder a Malária, na América do Norte e do Sul e nas Ilhas do Caribe (exceto Hispaniola)	a. Vigilância nos possíveis casos importados da malária aos territórios onde a transmissão foi interrompida.	a. Os casos importados com cepas resistentes requerem a mitigação através da disponibilidade do tratamento e vigilância de controle de vetores apropriada.
2. Programas nacionais para combater a malária estabelecidos nos países endêmicos	a. Integração da capacidade técnica e de gestão no sistema de saúde e desenvolvimento das sinergias com outros programas de saúde. b. Participação dos membros da comunidade nas atividades de prevenção e controle da malária.	a. Recrutamento; desenvolvimento da capacidade técnica na prevenção e no controle da malária; e retenção de pessoal. b. Comunicação e colaboração de países para evitar a disseminação da malária através das fronteiras. c. Desenvolvimento da estratégia para aumentar e manter a participação comunitária.
3. Implementação da Estratégia Mundial de Luta contra a Malária e da Iniciativa de Fazer Retroceder a Malária em todos os países endêmicos (Resolução CE126.R19, PAHO 2000)	a. Avaliação de grau de implementação dos componentes da estratégia. b. Adaptação dos planos, normas e políticas para enfrentar novos desafios na implementação.	a. Coleção pronta de dados e avaliação anual da situação da malária. b. Integração do sistema vertical de vigilância da malária no sistema geral de vigilância de saúde.
4. Redução dos casos de malária em 15 dos 21 territórios endêmicos.	a. Aplicação das atividades de prevenção e controle para reduzir ainda mais a incidência para atingir a Iniciativa de Fazer Retroceder a Malária e as Metas de Desenvolvimento do Milênio.	a. Prevenção do ressurgimento onde houve redução através de esforços sustentados de prevenção e controle de malária. b. Aumento da transmissão da malária em alguns territórios e dificuldade na acessibilidade ao diagnóstico e tratamento.
5. Estabelecimento de uma rede multipaís e multiinstitucional para monitorar a resistência aos medicamentos antimaláricos nos países amazônicos e aquisição dos resultados da prova de eficácia <i>in vivo</i> .	a. Adoção de novas políticas de tratamento da doença, implantação de diretrizes de tratamento da malária e uso nos setores público e privado. b. Desenvolvimento de rede semelhante na sub-região mesoamericana.	a. Custo de novo tratamento antimalárico de combinação maior que o dos de tratamentos anteriores. b. Combate à venda de medicamentos antimaláricos falsos. c. Compras e distribuição de medicamentos antimaláricos de qualidade. d. Adesão às diretrizes de tratamento pelos provedores e usuários.

<b>Avanços a Preservar</b>	<b>Agenda inconclusa</b>	<b>Novos desafios</b>
6. Sucesso na mobilização de recursos financeiros	a. Implantação de atividades de prevenção e controle da malária nos países com propostas bem-sucedidas ao Fundo Global, desenvolvimento de propostas individuais novas ou conjuntas de países por outros países endêmicos. b. Mobilização de outros recursos (humanos e técnicos).	a. Incapacidade para empreender as atividades programadas a tempo pode resultar na interrupção do financiamento do Fundo Global. b. Estabelecimento de mecanismos para a utilização eficaz dos recursos financeiros através da formação de redes e colaboração com organizações técnicas como a OPAS. c. Mobilização maior de recursos financeiros para assegurar os esforços sustentáveis de prevenção e controle.
7. Atividades selecionadas de controle de vetores com base na estratificação epidemiológica	a. Pesquisa operacional sobre a resistência de vetores aos inseticidas e às intervenções mais apropriadas e inovadoras. b. Implementação da administração integrada de controle de vetores.	a. Identificação, aceitabilidade e utilização de alternativas como mosquiteiros impregnados e novas e inovadoras metodologias de controle de vetores.
8. Colaboração interprogramática (Ambiental, Sistemas de Informações, Malária, Tecnologia, Serviços de Saúde) entre países (México, América Central).	a. Consolidação de atividades, obtenção e utilização dos resultados.	a. Mobilização de recursos para implementar as intervenções apropriadas e inovadoras identificadas através do enfoque interprogramático.
9. Coordenação da cooperação técnica pela OPAS com organismos e centros colaboradores da OMS (tais como os CDC).	a. Maior colaboração com os parceiros da Iniciativa de Fazer Retroceder a Malária, incluindo o setor privado.	a. Harmonização do trabalho entre os organismos técnicos, os organismos não-governamentais e as universidades.

### **Ação pelo Comitê Executivo**

38. .Requer-se que Comitê Executivo forneça observações e sugestões sobre a necessidade de uma resolução pelos estados-membros para seguir o compromisso com a Iniciativa de Fazer Retroceder a Malária e as Metas de Desenvolvimento do Milênio, para monitorar e avaliar o progresso em direção às metas respectivas, promover a mobilização de recursos, a pesquisa operacional e a cooperação técnica e coordenação entre os países.

### **Referências**

1. Pan American Health Organization. A History of the Pan American Health Organization, Washington, 1992.
2. Pampana. E. A textbook of Malaria Eradication, Second Edition. Oxford University Press, 1969.
3. World Health Organization. Roll Back Malaria. Geneva: WHO; 2000.
4. United Nations. Millennium Development Goals. New York: UN; 2000.
5. World Health Organization. Resolution WHA52.11 of the 52nd World Health Assembly. Geneva: WHO; 1999.
6. Pan American Health Organization. Resolution CE126.R19 of the 126th Session of the Executive Committee. Washington, DC: PAHO; 2000.
7. World Health Organization. Resolution EB115.R14 of the 115th session of the Executive Board. Geneva: WHO; 2005.
8. World Health Organization. WHA A/58, WHO 2005.
9. Amazon Network for the Surveillance of Antimalarial Drug Resistance/Amazon Malaria Initiative. RAVREDA/AMI Newsletter. 2004.