

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone +251115-517700 Fax : +251115-517844
Website : www.africa-union.org

**CONFERÊNCIA DA UNIÃO AFRICANA
DÉCIMA-PRIMEIRA SESSÃO ORDINÁRIA
30 DE JUNHO A 1 DE JULHO DE 2008
SHARM-EL-SHEIKH – EGÍPTO**

Assembly/AU/5 (XI)

RELATÓRIO DE SITUAÇÃO SOBRE A MALÁRIA

**PREPARADO A TÍTULO DE RELATÓRIO DE ACTIVIDADES SOBRE A
IMPLEMENTAÇÃO DOS COMPROMISSOS DA CIMEIRA DE ABUJA, DE MAIO DE
2006 SOBRE O VIH/SIDA, TUBERCULOSE E MALÁRIA (ATM)**

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

P. O. Box 3243, Addis Ababa, ETHIOPIA Tel.: 00251-11-5517700 Cable: AU, ADDIS
ABABA Website: www.africa-union.org

**SESSÃO ESPECIAL DA CONFERÊNCIA DOS
MINISTROS DA SAÚDE (CAMH) ,
17 DE MAIO DE 2008**

GENEBRA, SUIÇA,

MIN/sp/AU/CAMH 3/6 Malaria

RELATÓRIO DE SITUAÇÃO SOBRE A MALÁRIA

**RELATÓRIO DE ACTIVIDADES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DOS
COMPROMISSOS DA CIMEIRA DE ABUJA, DE MAIO DE 2006
SOBRE O VIH/SIDA, TUBERCULOSE E MALÁRIA (ATM)**

INDÍCE

Tema	Pagina
Sumário Executivo	1-2
Antecedentes	3-6
Análise da Situação	
• Liderança a nível Regional e Continental	6
• Mobilização de Recursos	6-10
• Prevenção, Tratamento, Cuidados e Apoio	10
• RTIs	10-11
• Tratamento Preventivo Intermitente da Malária durante a Gravidez	12-13
• Cobertura do Tratamento	14
• Pulverização Residual Interior (PRI)	15
• Acesso a Medicamentos e Tecnologia a um preço Acessível	18-19
• Pesquisa e Desenvolvimento	19
• Parceria e Advocacia	19-20
• Monitorização, Avaliação e Prestação de Contas	20-21
Conclusão e Recomendações	22
Bibliografias	23
Anexos	24-26

SUMÁRIO EXECUTIVO

Os Chefes de Estado e Governo da UA, adoptaram a Declaração e Planos de Acção de Abuja em 2000 e 2001, onde se comprometeram a intensificar o combate contra o VIH/SIDA, TB, Malária e outras doenças infecciosas (ODI). Na sua Cimeira Especial de Abuja de Maio de 2006, reafirmaram estes compromissos e comprometeram-se a aumentar proporcionalmente as acções visando o acesso universal aos serviços do VIH/SIDA, TB e Malária, com um vigor renovado. Em Abril de 2007, a União Africana lançou a Campanha da Eliminação da Malária, durante a 3ª Sessão da Conferência da União Africana dos Ministros da Saúde. Eles adoptaram a Estratégia de Saúde de África como uma abordagem para uma Saúde e Estratégias de Desenvolvimento harmonizadas em África. Este relatório descreve o progresso realizado na implementação destes objectivos, onde ênfase especial é posta na implementação das 11 áreas dos programas como delineado na implementação do Apelo de Abuja para uma Acção Acelerada, relativamente ao Acesso aos Serviços. Este relatório foi compilado a partir de vários relatórios publicados e não publicados sobre a situação da Malária em África no final de 2007, salvo indicação em contrário.

Todos os países em África estabeleceram organismos de coordenação RBM e desenvolveram Planos Estratégicos de Malária (PEsM). Até 2004, apenas 4 nações tinham alcançado a meta de atribuir 15% das despesas do Governo à saúde, onde a média regional é de 8.8%. Surgiram várias iniciativas de aumentar o financiamento para o controlo da malária, incluindo o Fundo Global (FG), o Programa de Apoio do Banco Mundial (PABM), a Iniciativa dos Presidentes relativamente à Malária (IPM) e o Banco Islâmico de Desenvolvimento. Até à data o Fundo Global já autorizou 1.7 biliões de Dólares Americanos para o Controlo da Malária em África e cerca de USD 645 milhões de várias fontes foram despendidos na malária em África.

De modo a aumentar o acesso às intervenções de controlo da malária, 74% dos países renunciaram a cobrança de impostos a medicamentos contra a malária, 64% retiraram as taxas ou introduziram renúncias em relação os RTIs enquanto que cerca de metade renunciou á cobrança de impostos e tarifas que incidiam sobre as redes, fabrico de redes, materiais de fabrico de redes e insecticidas. Em 2006-2007, mais do 33 milhões de RTIs foram distribuídas em 22 países através de campanhas. Cerca de 25% dos agregados familiares possuem pelo menos uma rede mosquiteira de qualquer tipo, enquanto que 12% possuem pelo menos uma ITN. Em média, 8% das crianças com menos de cinco anos de idade dormem debaixo de um ITN. Contudo, o uso de RTIs pelas crianças com menos de cinco anos de idade excedeu os 40% no Ruanda, Gâmbia, Guiné Bissau, São Tomé e Príncipe. O uso de RTIs por mulheres grávidas situa-se na verdade abaixo dos 5%

Todos os Países onde o IPT é recomendado adoptaram a política, mas apenas 20 países estão a implementá-la no país inteiro. A cobertura com o IPT é menor do que 10%. Contudo alguns países como a Zâmbia , 61%, Malawi 45%, e a Gâmbia 33% alcançaram uma cobertura de IPT mais alta.

Todos os países, excepto 2, adoptaram os ACTs como a 1^a linha de tratamento da malária, estando 25 países a implementar a política. Em toda a região, 34% das crianças febris receberam um tratamento anti-malária. Contudo na Gâmbia 52%, Tanzânia (51%), Gana (48%) e Sierra Leone (45%), as crianças receberam um tratamento anti-malária dentro de 24 horas, com cloroquina, na maior parte dos casos, o que já não é eficaz. O uso de ACT é muito baixo em cerca de 14 países, conforme os dados de 2005-7, a proporção média de crianças febris com menos de cinco anos de idade que receberam um ACT, foi apenas de 2%.

No final de 2007, 25 dos 42 países com malária endémica na região tinham incluído o PRI na sua estratégia nacional. Destes 25, 17 implementam de uma forma rotineira o PRI como uma intervenção importante no controlo da malária, enquanto que seis estão envolvidos num projecto piloto de PRI em alguns distritos. Na estação da Malária de 2006-2007, um total de cerca de 5 milhões de estruturas/unidades foram pulverizadas, com uma cobertura operacional nas áreas alvo de cerca de 83%, protegendo assim cerca de 21 milhões de pessoas.

Têm surgido várias iniciativas de aumentar o acesso aos bens de controlo da malária. A Facilidade de Medicamentos a um Preço Acessível (FMmPA) foi estabelecida com vista a baixar o custo dos ACTs e ajudar a eliminar as monoterapias por forma a evitar o desenvolvimento da resistência. A Parceria Global RBM foi estabelecida em 1998. Consequentemente, todos os países na região Africana estabeleceram parcerias a nível de país. Foram também estabelecidas redes de parcerias RBM a nível sub-regional, que juntam todos os parceiros chave na sub-região com vista a consolidar o apoio ao controlo da malária nos respectivos países.

Desde do ano 2000, o dia 25 de Abril tem vindo a ser comemorado como o Dia da Malária em África. Eventos regionais têm vindo a ser realizados em toda a sub-região e a nível nacional. A comemoração do dia da Malária colocou de uma forma firme a malária no topo da agenda em muitos países. Em 2007, o 25 de Abril foi declarado o

Dia Mundial da Malária eo Primeiro aniversário da Malária Mundial foi celebrado no dia 25 de Abril de 2008 sob o tema “ A Doença Sem fronteiras”..

Dados de levantamentos levados a cabo em mais de 25 agregados familiares em 2005-2007 foram usados para compilar este relatório. Todos os países na sub-região têm o HMIS funcional embora a interpretação das tendências em casos de malária e mortes causadas pela doença seja difícil, devido a relatórios incompletos, informação não padronizada, e confiança, na maior partes dos casos, em diagnósticos clínicos. Contudo, em países seleccionados que aumentaram proporcionalmente as intervenções, mas que também têm dados mais consistentes e mais completos, tais como a Eritreia, o Quênia o Ruanda, São Tomé e Príncipe, África do Sul, Swazilândia, e Zanzibar na República Unida da Tanzânia, houve uma redução de casos de malária bem como uma redução das mortes causadas pela doença ao nível da facilidade de saúde.

A maior parte dos países em África que correm riscos de perder vidas devido à malária estão em transição para o acesso universal à prevenção e controlo da malária. A eliminação da Malária tem sido debatida em várias sessões da UA, mas muito necessita ainda ser feito antes de muitos países estarem prontos para eliminar a malária e subsequentemente erradicá-la.

Os Estados membros realizaram progressos modestos em relação às metas estabelecidas em Abuja 2000, 2001 e 2006, a parceria RBM e os ODM. Maior empenho político, adopção de melhores políticas, bem como maior financiamento para a malária pelos governos, agências de desenvolvimento, e iniciativas de financiamento contribuíram enormemente para estes ganhos. Contudo, nenhum destes países com o ónus da malaria alcançou todas as metas.

ANTECEDENTES

1.1 Metas do Controlo da Malária

Declaração de Abuja de 2000,

Até 2005

- Pelo menos 60% das pessoas que sofrem de malária devem ter acesso e usar correctamente o tratamento apropriado da malária, a um preço aceitável, dentro de 24 horas a partir do início dos sintomas
- Pelo menos 60% das pessoas em risco, particularmente as mulheres grávidas e crianças com idade inferior a cinco anos de idade devem beneficiar de medidas de protecção pessoais e comunitárias adequadas, tais como RTIs.
- Pelo menos 60% das as mulheres grávidas com o risco de malária, especialmente as mulheres na sua primeira gravidez , devem receber IPT
- Pelo menos 60% dos países propensos à epidemia terão de ter a capacidade de detectar atempadamente e dar uma resposta apropriada à epidemia da malária.

Até 2010

Reduzir para metade as mortes causadas pela malária aos povos Africanos até 2010

Parceria RBM e a Resolução da Assembleia Mundial da Saúde de 2005 até 2010

- 80% das pessoas em risco de malária devem beneficiar de protecção através de métodos apropriados de controlo do vector, tais como RTIs e PRI
- 80% dos paciente de malária devem ser diagnosticados e tratados com medicamentos efectivos anti-malária, por exemplo terapias combinadas baseadas em artemisin (TCAs) dentro de 24 horas a partir do inicio da doença.
- Em áreas de alta transmissão 80% das mulheres grávidas devem receber o tratamento preventivo intermitente (TPI)

- O ónus da malária deve ser reduzido em 50% em comparação com os níveis de 2000.

Até 2015

- A morbidade e mortalidade da Malária deverá ser reduzida em 75% em comparação a 2005
- Os ODM relacionados com a malária são alcançados
- Cobertura Universal e equitativa com intervenções efectivas

Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

- O objectivo 8 a ser interrompido até 2015 e ter-se iniciado a inversão da incidência da malária e outras doenças graves
- Indicador 21. Taxas de incidência e mortalidade associadas à malária
- Indicador 2.2. Proporção da população em áreas com risco de malária a utilizar medidas de prevenção e tratamento efectivos

1.2 Cimeira Especial sobre o VIH/SIDA, Tuberculose e Malária¹

Em Maio de 2006, os Chefes de Estado e Governo da União Africana realizaram uma Cimeira Especial sobre o VIH/SIDA, Tuberculose e Malária, com o objectivo de apreciar a situação da implementação das Declarações e dos Quadros de Acção da Cimeira de Abuja de 2000 sobre a Redução da malária e a Cimeira de Abuja de 2001 sobre o VIH/SIDA, TB e outras Doenças Infecciosas. Durante a Cimeira os Chefes de Estado e Governo adoptaram o “*Apelo de Abuja para uma Acção Acelerada visando o Acesso aos Serviços de VIH/SIDA, Tuberculose e Malária*”²

O Apelo decidiu colectivamente envidar um esforço abrangente visando encontrar soluções baseadas no mecanismo de implementação que abordem as seguintes áreas do programa:

¹ Cimeira Especial da União Africana sobre o VIH/SIDA, Tuberculose e Malária (ATM), Abuja, Nigéria, 2 – 4 de Maio de 2006.

² Apelo de Abuja para Acelerar Acções para um Acesso Universal de Serviços em África do HIV/SIDA, Tuberculose e Malária, Sp/Assembly/ATM/2(I). Rev.3

- i) Liderança a nível Nacional, Regional e Continental;
- ii) Mobilização de Recursos
- iii) Protecção dos Direitos Humanos
- iv) Redução da Pobreza, Saúde e Desenvolvimento
- v) Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
- vi) Prevenção, Tratamento , Cuidados e Apoio
- vii) Acesso a Medicamentos e às Tecnologias a um preço acessível
- viii) Pesquisa e Desenvolvimento
- ix) Implementação a nível nacional
- x) Parcerias
- xi) Monitorização, Avaliação e Prestação de Contas

1.3 A Transição de África do Controlo para a Eliminação da Malária

A Campanha Africana de Eliminação da Malária também toma em consideração a variação no ónus e epidemiologia da malária nas diferentes regiões do continente, Ela define o enfoque do controlo da malária e a eliminação, através de uma programação progressiva visando a eliminação por região e dentro dos Estados membros. Os países com um alto ónus de malária

Terão como objectivo o controlo da doença, reduzindo assim a malária como um problema de saúde pública através do Aumento Proporcional para Impacto (API) e ,tendo como objectivo a eliminação da malária a longo prazo, enquanto que a orientação imediata nos países com baixo ónus de malária irá ser a eliminação da malária. Os países que forem bem sucedidos na eliminação da malária, bem como os países que neste momento não estão afectados terão como objectivo manter o sua condição de país livre de malária.

A Campanha Africana de Eliminação da Malária

O Objectivo principal da estratégia da Malária é o de reduzir o ónus da malária e alcançar o objectivo final, que é a eliminação através da garantia de um acesso

universal grátis ou altamente subsidiado à prevenção e intervenções de tratamento, e contribuir para o desenvolvimento sócio-económico dos povos de África em apoio à realização de progressos visando alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio até 2015 e as Estratégias da Malária da OMS. Através de passos progressivos, os países Africanos irão subseqüentemente procurar erradicar a malária e interromper a transmissão local. A Planificação necessita de ser específica ao país por forma a tratar do friso cronológico necessário para se alcançarem as fases preparatórias da eliminação. A orientação geral é a de se fazer a transição do controlo da malária para a eliminação através da Programação Progressiva.

a) Áreas de Alta Transmissão (denominado Grupo 1)

Na maior parte dos países Africanos a transmissão da Malária é intensa, com altos níveis de morbidade e mortalidade. Embora o Relatório de Abuja da Declaração de Abuja tenha constatado que progressos significativos foram alcançados, a situação actual da cobertura com intervenções anti-malária não será capaz de produzir um impacto até 2010. Os países que não são mencionados abaixo(o resto de África), considerados como tendo uma grande transmissão de malária, embora alguns países possam ter algumas áreas livres da malária dentro das suas fronteiras. Para estes países a orientação da campanha de Eliminação da Malária em África é a de ter uma cobertura universal de intervenções de prevenção e tratamento da malária, de modo a reduzir o ónus da malária a níveis onde a doença já não seja considerada uma preocupação de saúde pública. As intervenções consistiriam em Pulverização residual Interna (PRI), uso de materiais tratados com insecticidas (MTI), tratamento preventivo interveniente (IPT), incluindo outras medidas preventivas relacionadas e o diagnóstico e tratamento da malária (Terapias combinadas) com acesso universal a estas intervenções. Financiamento sustentável para a implementação das intervenções da malária e uma advocacia forte visando a mobilização da comunidade, dado que a distribuição e o uso sustentados são factores críticos para se conseguir o impacto. Para além disso, sistemas de vigilância e de informação de saúde são necessários, na medida em que uma forte colaboração entre países e transfronteiriça é extremamente

importante para se alcançar a redução do ónus. Uma vez concluída esta fase, cuja duração depende dos esforços e realizações de cada país individualmente, este grupo de países iria subseqüentemente transitar para a eliminação da malária.

b) Áreas de Baixa Transmissão (denominadas Grupo 2)

A intensidade da transmissão e incidência da malária em países tais como a Argélia, o Botswana, a Namíbia, a África do Sul, a Swazilândia, as Comores, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe é relativamente baixa, envolvendo apenas algumas partes do país. Houveram melhorias no que diz respeito ao acesso à medidas anti-malária, bem como impactos promissores na prevenção e esforços de controlo da malária. Para estes países a orientação imediata da Estratégia da Malária em África é transitar do controlo da malária para a eliminação, como uma extensão lógica do sucesso alcançado por estes países no controlo da malária. A abordagem nestes países deve ser a implementação do programa anti-malária visando deliberadamente a eliminação. Estes programas combinam os esforços intensivos de controlar a doença localmente, através da gestão do caso baseado na facilidade , detecção de casos, e a abordagem de tratamento activo, um forte sistema de vigilância e controlo dirigido do vector, com uma colaboração alargada entre países visando o rastreio e o acompanhamento de casos importados. Através da fase progressiva, estes países irão subseqüentemente ter como objectivo manter uma situação de países livres da malária.

c) Transmissão Interrompida (denominado Grupo 3)

Em países como o Egipto, Líbia, Tunísia, Maurícias e Seychelles onde a interrupção da transmissão da malária foi declarada recentemente, a política da Estratégia da Malária será a prevenção do ressurgimento da malária, e subseqüente certificação da eliminação da malária

1.4 ÂMBITO DO RELATÓRIO E METODOLOGIA

Na Cimeira de Abuja de 2006, os Chefes de Estado e Governo solicitaram especificamente que se providenciassem relatórios periódicos sobre a situação da implementação do acordo com as áreas do programa, que são relevantes à malária na secção 1.2 acima, metas estabelecidas nas Declarações de Abuja, o plano Estratégico RBM e ODM. O relatório foi compilado a partir de relatórios publicados e não publicados, que foram analisados e resumidos de modo a providenciar um panorama geral da situação na região. Onde possível, a informação é apresentada em forma de tabelas, gráficos e diagramas de modo a permitir que comparações sejam feitas em toda a região. Dado que alguma informação é baseada em levantamentos, não foi possível apresentar informação recente sobre todos os países, na medida em que foi prestada atenção aos dados de 2005-2007, com excepção da análise de tendência nos países com dois pontos de dados após o ano 2000

2. Análise da Situação

Liderança a nível Nacional, Regional e Continental

Desde 2000, todos os países na região estabeleceram organismos de coordenação RBM e também desenvolveram Planos Estratégicos de Malária (PEM) em conformidade com as estratégias recomendadas pela OMS. Presentemente, 18 países desenvolveram PEM de segunda geração ou estão prestes a finalizá-los. Estes PEM foram úteis na orientação e coordenação do envolvimento de parceiros no controlo da malária, bem como na mobilização de recursos a partir da GFATM

2.2 Mobilização de Recursos

Os países comprometeram-se a aumentar as despesas do governo na saúde. No final de 2004, os únicos governos que atribuíram pelo menos 15% das despesas do governo

á saúde foram o Burkina Faso, 15.3%,³ a Libéria 20.1%, o Malawi 28.8%, e o Ruanda 16.5%. A média regional é de 8.8% , enquanto que a média global é de 14.3% como indicado na Tabela 2.

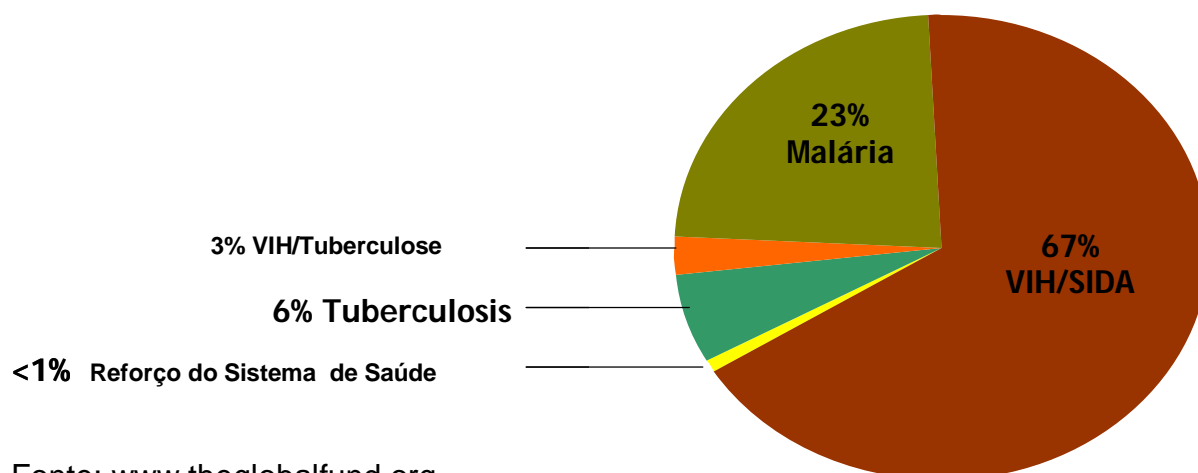
Têm surgido desde 2001, várias iniciativas de aumentar o financiamento para o controlo da malária para complementar as despesas do governo na saúde, bem como outros mecanismos bilaterais e multilaterais em países individuais. As iniciativas mais importantes de financiamento da malária incluem o Fundo Global (GFATM), o Programa de Apoio o Banco Mundial,(WBB), a Iniciativa dos Presidentes em relação à Malária (PMI) e o Banco Islâmico de Desenvolvimento. A Fundação Bill e Melinda Gates é um dos maiores financiadores da pesquisa sobre malária e visa desenvolver e melhorar instrumentos de controlo da malária.

O GFATM através das rondas 1-7 já autorizou 23% dos recursos em subsídios para a malária.⁴ Até à data; 1.7 biliões de Dólares Americanos já foram autorizados pelo fundo do controlo da malária em África, dos quais 55% foram desembolsados conforme mostra a tabela 3.

³ OMS (2007) Estatística da Saúde Mundial

⁴ <http://www.theglobalfund.org>. (accessed on 8 April 2008)

Fig 1: Atribuição de Fundos pelo GFATM por doença



Fonte: www.theglobalfund.org

A iniciativa dos Presidentes em relação à Malária (IPM) é um projecto do Governo dos Estados Unidos da América que já autorizou 1.2 biliões de Dólares Americanos para o controlo da malária em 15 países com alto ónus em África.

O Programa de Apoio do Banco Mundial alotou, em Outubro de 2007, 500 milhões de Dólares Americanos para a fase 1. O Banco Islâmico de Desenvolvimento lançou a iniciativa da malária em África, autorizando 20 milhões de Dólares Americanos para o Controlo da malária em 3 países em 2007.

Estima-se que em 2007, cerca de 645 \$EU milhões foram despendidos na malária em África como mostra a tabela 1

Tabela 1: Análise de fundos disponíveis para o controlo da malária em África em 2007

Agência	Montante	% do total
UNITAID	16,126,378	2%
Fundo Global	284, 247,775	30%
Governo Nacional	183,752,784	20%
PMI/USAID	154,306,523	17%
Banco Mundial	99,079,739	11%
Outros	191,853,866	20%
TOTAL	645,119,290	

Fonte : Adaptado do RBM (2007)Relatório do Cenário da Malária

Os países receberam apoio técnico da OMS e de outros parceiros do RBM na área de elaboração de propostas, que é um pré-requisito para se acederam os fundos, bem como nas áreas de negociação do subsídio e apoio de implementação.

Tabela 2: Despesa do Governo na Saúde em 2004

País	Despesa Total na Saúde como % do PIB	Despesas Gerais do governo na saúde em termos de % da despesa total na saúde	Despesas Gerais do governo na saúde em termos de % da despesa total do governo	Recursos Externos para a saúde em termos de % da despesa total da saúde	Despesa do governo Per capita na saúde à taxa internacional do dólar
Argélia	3.6	72.5	8.4	0	121
Angola	1.9	79.4	4.4	9.1	30
Benin	4.9	51.2	9.8	10.2	21
Botswana	6.4	62.9	10.5	2.5	317
Burkina Faso	6.1	54.8	15.3	26.8	42
Burundi	3.2	26.2	2.3	17.6	4
	5.2	28	10.5	5.3	23
Cabo Verde	5.2	75.8	12.3	20.7	171
República Africana	Centro 4.1	36.8	10.9	47.7	20
Chade	4.2	36.9	9.5	7	15
Comores	2.8	56.9	8	18.3	14
Congo	2.5	49.2	4.4	3.6	15
Cote d'Ivoire	3.8	23.8	4.6	5	15
República Democrática	a do 4	28.1	7.3	19.1	4

Congo					
Guine Equatorial	1.6	77.1	7	3.8	172
Eritréia	4.5	39.2	4.2	59.6	11
Etiópia	5.3	51.5	9.4	35.2	11
Gabão	4.5	68.8	13.9	1.3	182
Gâmbia	6.8	27.1	5.9	23	24
Gana	6.7	42.2	8.4	29.9	40
Guiné	5.3	13.2	4.5	9.5	13
Guiné -Bissau	4.8	27.3	3.5	31.6	8
Quênia	4.1	42.7	8.2	18.3	37
Lesoto	6.5	84.2	13.4	8.7	117
Libéria	5.6	63.9	20.1	37.8	14
Madagáscar	3	59.1	8.7	45.5	17
Malawi	12.9	74.7	28.8	59.4	43
Mali	6.6	49.2	12.8	13.8	27
Mauritânia	2.9	69.4	5.3	20.2	30
Maurícias	4.3	54.7	9.8	1.4	282
Moçambique	4	68.4	9.1	55.9	29
Namíbia	6.8	69	13.5	16.9	281
Niger	4.2	52.5	10.3	21.3	14
Nigéria	4.6	30.4	3.5	5.6	16
Ruanda	7.5	56.8	16.5	37.1	72
São Tomé e Príncipe	11.5	86.2	13.1	53.3	122
Senegal	5.9	40.3	9.8	12.8	29
Seychelles	6.1	75.3	10.2	2.4	478
Serra Leoa	3.3	59	7.8	35.4	20
África do Sul	8.6	40.4	10.8	0.5	302
Swazilândia	6.3	63.8	11.2	9.5	234
Togo	5.5	20.7	6.9	8.9	13
Uganda	7.6	32.7	10	25.2	44
República Unida da Tanzânia	4	43.6	8.5	27.1	12
Zâmbia	6.3	54.7	12.8	36.3	34
Zimbabwe	7.5	46.1	8.9	13.1	64
AFRO	6	43.9	8.8	9.2	47
Global	8.7	55.9	14.3	0.3	434

Fonte: Adaptado da Estatística da Saúde Mundial da OMS (2007)

Tabela 3: Situação da Implementação dos subsídios do Fundo Global da Malária a 31 de Março de 2008

País	Ronda	2 Anos de Financiamento (\$EU)	5 Anos de Financiamento (\$EU)	Fundos Desembolsados (\$EU)	% desembolsada em 2 Anos	% desembolsada em 5 Anos
Angola	3	35,029,872	35,029,872	31,273,309	89%	89%
	7	32,512,650	78,470,624	-	-	-
Benin	1	2,973,150	2,973,150	2,955,032	99%	99%
	3	2,145,813	2,145,813	2,027,272	94%	94%
	7	14,652,196	24,490,417	-	-	-
Burkina Faso	2	7,499,988	7,499,988	7,119,071	95%	95%
	7	19,093,226	41,432,214	-	-	-
Burundi	2	40,487,004	40,487,004	19,449,502	48%	48%
Camarões	3	31,781,187	31,781,187	19,636,091	62%	62%
	5	15,862,047	26,993,635	3,249,624	20%	12%
República Africana	4	16,663,897	16,663,897	10,377,530	62%	62%
Comores	2	2,485,878	2,485,878	2,119,383	85%	85%
Cote d'Ivoire	6	10,987,490	21,066,500	4,325,690	39%	21%
República Democrática do Congo	3	53,936,609	53,936,609	47,450,938	88%	88%
Guiné Equatorial	5	12,906,111	25,999,072	7,283,488	56%	28%
Eritreia	2	7,911,425	7,911,425	5,883,769	74%	74%
	6	5,943,130	13,374,247	1,011,501	17%	8%
Etiópia	2	73,875,211	73,875,211	70,599,857	96%	96%
	5	59,113,829	140,687,413	54,870,206	93%	39%
Gabão	4	9,348,388	9,348,388	8,616,322	92%	92%
	5	4,443,168	20,025,684	3,531,771	79%	18%
Gâmbia	3	13,861,866	13,861,866	10,389,134	75%	75%
	6	9,145,120	20,234,923	4,594,102	50%	23%
Gana	2	8,849,491	8,849,491	8,729,474	99%	99%
	4	38,887,781	38,887,781	34,802,301	89%	89%
Guiné	2	6,893,509	6,893,509	5,125,461	74%	74%
	6	17,339,248	26,978,776	861,693	5%	3%
Guiné Bissau	4	3,613,397	3,613,397	1,878,727	52%	52%
	6	3,438,484	12,816,656	267,735	8%	2%

País	Ronda	2 Anos de Financiamento (\$EU)	5 Anos de Financiamento (\$EU)	Fundos Desembolsados (\$EU)	% desembolsada em 2 Anos	% desembolsada em 5 Anos
Quênia	2	27,700,377	27,700,377	4,640,447	17%	17%
	4	81,749,756	186,096,553	57,138,768	70%	31%
Libéria	3	12,140,921	12,140,921	12,140,921	100%	100%
	7	12,695,907	37,380,198	-	-	-
Madagáscar	1	2,000,063	2,000,063	2,000,063	100%	100%
	3	10,035,054	10,035,054	8,476,620	84%	84%
	4	41,140,706	41,140,706	38,920,730	95%	95%
	7	26,095,449	69,199,450	-	-	-
Malawi	2	37,631,810	37,631,810	17,957,714	48%	48%
	7	34,839,182	62,000,902	-	-	-
Moçambique	2	28,149,603	28,149,603	18,672,445	66%	66%
	6	25,591,825	36,747,308	5,794,450	23%	16%
Multi-country Africa(RMCC)	2	21,432,343	21,432,343	18,330,996	86%	86%
	5	6,501,141	21,232,348	5,336,245	82%	25%
Namíbia	2	6,235,950	6,235,950	5,055,109	81%	81%
	6	8,538,063	14,438,658	5,589,556	65%	39%
Nigéria	2	20,994,149	20,994,149	20,241,784	96%	96%
	4	74,542,287	74,542,287	35,523,950	48%	48%
Ruanda	3	39,023,049	39,023,049	17,676,232	45%	45%
	5	39,649,362	39,649,362	28,140,771	71%	71%
São Tomé and Príncipe	4	3,484,859	3,484,859	2,453,215	70%	70%
	7	4,234,962	8,698,492	-	-	-
Senegal	1	4,285,714	4,285,714	1,526,770	36%	36%
	4	28,778,260	28,778,260	21,725,500	75%	75%
	7	30,302,135	68,029,925	-	-	-
Serra Leoa	4	8,886,123	14,855,611	6,956,097	78%	47%
	7	10,011,250	26,108,640	-	-	-
Swazilândia	2	1,820,500	1,820,500	1,137,515	62%	62%
Tanzânia	1	79,825,087	79,825,087	18,260,733	23%	23%
	4	76,086,764	76,086,764	54,201,787	71%	71%
	7	20,707,304	52,545,829	-	-	-
Togo	3	5,885,906	5,885,906	4,220,865	72%	72%
	4	10,694,981	10,694,981	5,541,215	52%	52%
	6	6,976,629	10,770,258	3,616,885	52%	34%
Uganda	2	23,211,300	23,211,300	21,054,781	91%	91%
	4	66,432,148	158,047,079	59,071,374	89%	37%

País	Ronda	2 Anos de Financiamento (\$EU)	5 Anos de Financiamento (\$EU)	Fundos Desembolsados (\$EU)	% desembolsada em 2 Anos	% desembolsada em 5 Anos
	7	51,422,198	125,571,990	-	-	-
Zâmbia	1	39,273,800	39,273,800	24,145,873	61%	61%
	4	43,495,326	43,495,326	22,460,576	52%	52%
	7	18,003,233	37,502,022	-	-	-
Zanzibar (Tanzânia)	1	1,153,080	1,153,080	1,153,080	100%	100%
	4	8,438,788	8,438,788	5,270,954	62%	62%
Zimbabwe	1	8,559,911	8,559,911	8,250,984	96%	96%
	5	20,121,670	28,491,009	6,798,371	34%	24%
TOTAL		1,690,460,090	2,462,200,849	937,912,359	55%	38%

Fonte: GFATM – <http://www.theglobalfund.org> (acedido no dia 8 de Abril de 2008)

Prevenção, Tratamento, Cura e Apoio

Após a Declaração de Abuja de 2000 vários países aumentaram proporcionalmente o uso das medidas de prevenção e controlo da malária tais como RTIs IPT e PRI.

2.4.1 Redes tratadas com insecticida (RTIs)

De modo a aumentar o acesso ao controlo das intervenções da malária 74% dos países prescindiram dos impostos cobrados aos medicamentos anti-malária, 64% retiraram os impostos ou renunciaram a cobrança de impostos aos RTIs, enquanto que cerca de metade renunciou a cobrança de impostos e taxas em relação aos materiais para se fazerem redes e insecticidas

Desde 2002 vários países priorizaram o aumento proporcional do uso de ITN visando principalmente crianças e mulheres grávidas com RTIs grátis ou altamente subsidiados.

Em 2006-2007 foram distribuídos acima de 33 milhões RTIs em 22 países, principalmente através da integração em campanhas de imunização e serviços materno-infantis. Isto teve como consequência um aumento significativo da cobertura de RTIs para cerca de 50% nesses países. Contudo, o uso de RTIs a nível dos agregados familiares é consistentemente mais baixo do que a posse de RTIs, devido à comunicação inadequada acerca do uso regular dos RTIs. Verificou-se também que a distribuição grátis de RTIs através dos serviços de rotina de EPI e ANC é ainda muito baixa.

Em toda a região, 25% do agregados possuem pelo menos uma rede mosquiteira de qualquer tipo. Contudo alguns países tais como a Guiné Bissau 79% e o Níger 69% tem uma cobertura maior com qualquer rede. No que diz respeito às redes tratadas

com insecticidas (RTIs) cerca de 12% dos agregados têm pelo menos um RTI. No final de 2006, alguns países tinham atingido as seguintes taxas de cobertura em relação aos RTIs: Ruanda 50%, Gâmbia 50%, Guiné Bissau 44%, Níger 43% e o Togo 40%¹.

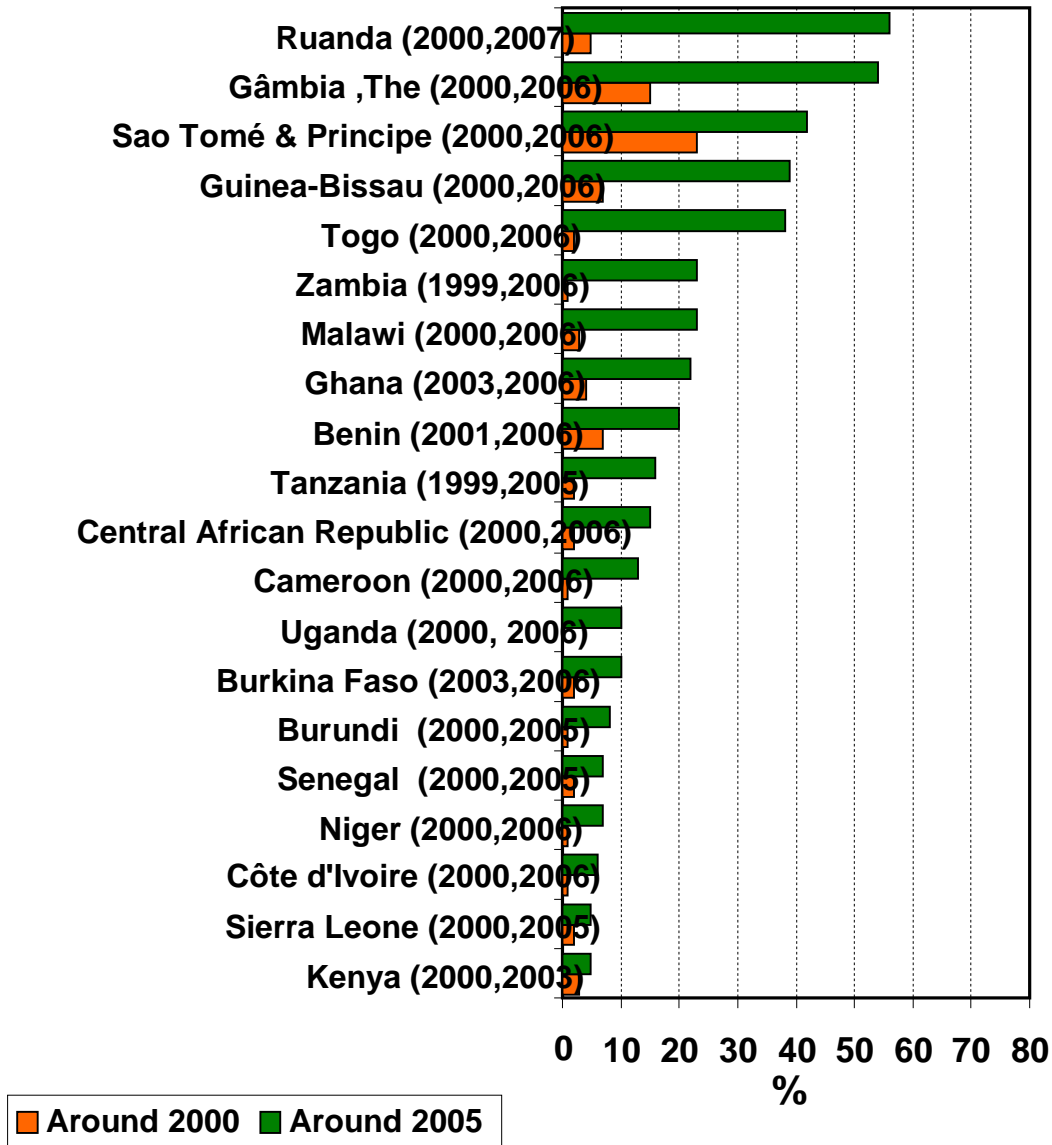
Em média 8% das crianças com menos de cinco anos dormem debaixo de uma RTI. Todos os países na Região Africana que têm informações disponíveis sobre as tendências mostraram que o uso dos RTIs entre as crianças com menos de cinco anos aumentou pelo menos três vezes em 19 países desde 2000, como mostra a fig.2. O uso de RTIs pelas crianças de menos de cinco anos de idade em 2006-2007 excedeu os 40% no Ruanda, na Gâmbia, São Tomé e Príncipe e Guiné Bissau como mostra a Fig 1.

Apesar destes ganhos, o uso de RTIs ainda está aquém das metas regionais e globais.

O uso de RTIs por mulheres grávidas é uma intervenção chave para a prevenção da malária. Estima-se que em toda a região apenas 5% das mulheres grávidas dormem debaixo de RTI. Alguns países com dados recentes (2003-2007) conseguiram alcançar maiores níveis de cobertura, nomeadamente o Benin 20%, o Ruanda 60%, a Eritreia 50%, o Quênia 37% e o Malawi 15%.

¹ UNICEF & RBM (2007) Progresso no factor Crianças & Malária na cobertura das intervenções

Fig 2. Tendências do uso de RTIs pelas crianças com menos de cinco anos de idade em 19 países



Fonte: Adaptado da UNICEF & RBM (2007) Malária & o progresso das crianças na intervenção de cobertura; Dados adicionais obtidos dos relatórios MIS não publicados

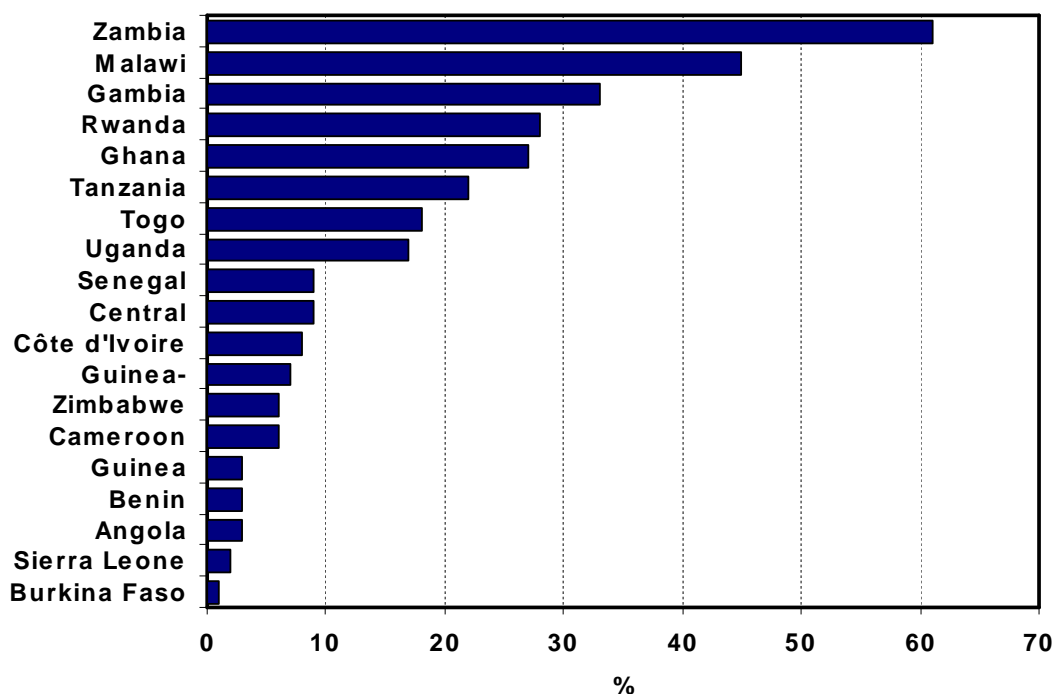
2.4.2 Tratamento Preventivo Intermitente da Malária na gravidez

O Tratamento Preventivo Intermitente da Malária na gravidez, usando pelo menos duas doses de SP é seguro e é uma forma eficaz de proteger tanto a mãe como o feto da malária. Até aos finais de 2007, todos os 35 países onde o IPTp é recomendado tinham adoptado a política, mas apenas 20 países a implementaram-na em todo o território e o resto dos países implementaram de uma forma limitada. A cobertura do IPT continua baixa na maior dos países havendo dados recentes que mostram que a cobertura é de menos que 10%. Contudo, alguns países como a Zâmbia 61%, Malawi 45% e a Gâmbia 33% têm maior cobertura de IPT, principalmente porque adoptaram a política mais cedo como mostra a figura 2².

O potencial de aumentar proporcionalmente o IPT em países onde a Malária é endémica, está estritamente ligado à cobertura e qualidade dos programas das Consultas Pré-Natais (CPN) dado que as duas doses são geralmente administradas nas CPN no segundo e terceiro trimestre da gravidez. Em toda a região, mais do que dois terços das mulheres grávidas foram atendidas por pelo menos um funcionário capacitado da saúde durante a gravidez. Contudo, muito poucas mulheres fazem CPN 4 vezes conforme recomendado pela OMS, enquanto outras vão ao hospital muito tarde para receber as duas doses. Por exemplo, no Uganda (2001) enquanto que mais do que 92% das mulheres grávidas fizeram a CPN pelo menos uma vez, apenas 42% fizeram a CPN 4 vezes, enquanto que no Quênia (2003) somente 88% e 2% respectivamente.

² UNICEF & RBM (2007) Progresso no factor Crianças & Malária na cobertura das intervenções

Figura 3: Cobertura do IPT em países seleccionados 2005-2007.



Fonte: Adaptado da UNICEF & RBM (2007) Malária & o progresso das crianças na intervenção de cobertura; Dados adicionais obtidos dos relatórios MIS não publicados

2.4.3 Cobertura do Tratamento

Desde 1998, a maior parte dos países da sub-região estabeleceram postos de sentinela para a monitorização da eficácia dos medicamentos. Com base nos resultados todos os países excepto a Swazilândia e a Argélia avaliaram as suas políticas de tratamento anti-malária e adoptaram ACTs como a 1ª linha de tratamento da malária.

No final de 2007, 25 países estão a implementar a política de tratamento ACT, estando 20 países a implementar a referida política em todo o território.⁷ A disponibilidade de fundos providenciados pela GFATM e outras iniciativas de financiamento permitiu aos países implementar as novas políticas de tratamento. A mudança de política da Cloroquina para o ACT, no tratamento da malária, retardou a implementação da gestão doméstica da malária (GDM). Nos finais de 2007, nenhum dos países havia implementado o uso da gestão doméstica da malária, excepto em alguns projectos piloto.

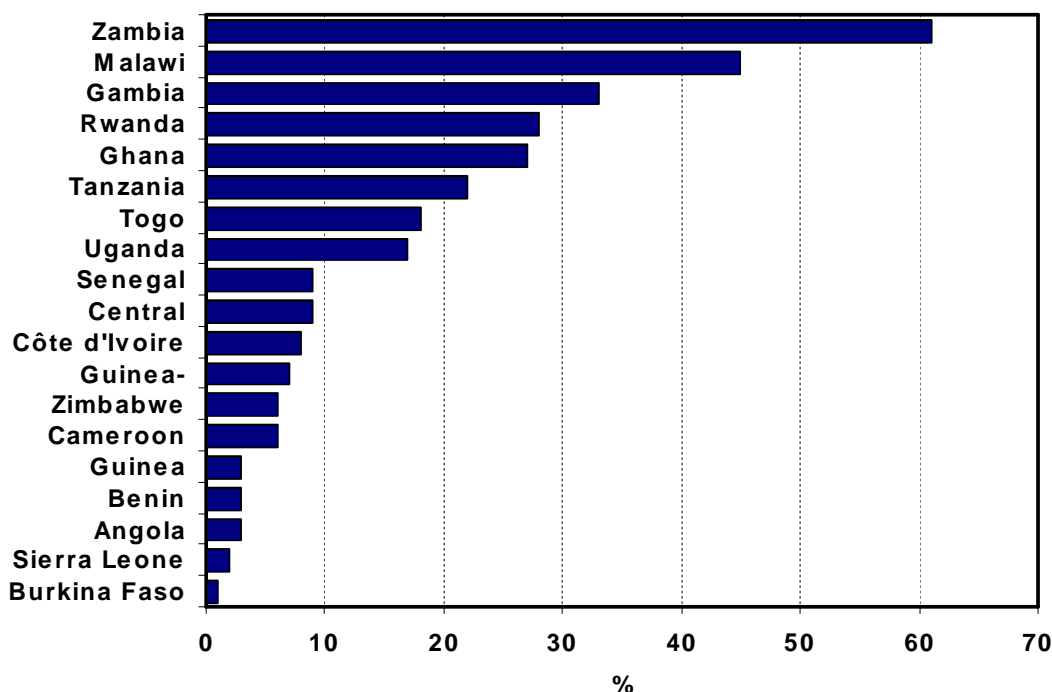
⁷ Relatórios da OMS

Em toda a região, 34% das crianças febris recebem o tratamento anti-malária. Nos países com dados de 2005-2006, o acesso ao tratamento anti-malária variou de 5% a 62% como mostra a fig. 2. Durante os mesmos levantamentos, a estimativa era de que as crianças na Gâmbia 52%, Tanzânia 51%, Gana 48% e Sierra Leone 45% receberam o tratamento anti-malária dentro de 24 horas. Embora alguns países tenham alcançado as metas de Abuja, a maior parte destes tratamentos foram com cloroquina e outros medicamentos pouco eficazes.⁸

Nos 14 países com dados recentes que adoptaram a política ACT a proporção média de crianças com menos de cinco anos, com febre, que receberam um ACT foi apenas de 2%(variação \leq 1 a 13). Os maiores constrangimentos em aumentar proporcionalmente os ACTs nestes países é o financiamento, na medida em que os medicamentos são mais caros e devido à infra-estrutura inadequada da cadeia de distribuição.

⁸ UNICEF e RBM (2007) Progresso no facto Crianças e Malária na cobertura das intervenções

Figura 4: Acesso das crianças febris a qualquer medicamento anti-malária em 2005-2007



Fonte: Adaptado da UNICEF & RBM (2007) Malária & o progresso das crianças na intervenção de cobertura; Dados adicionais obtidos dos relatórios MIS não publicados

2.4.4 Pulverização Residual Interna)⁹ (PRI)

Desde 2005 tem havido um interesse renovado em relação aos Programas de PRI de larga escala, como uma componente importante do esforço do controlo da malária. Vários países incluíram o PRI na suas estratégias de controlo da malária, enquanto que outros expandiram os programas existentes.

Nos finais de 2007, 25 dos 42 países onde a malária é endémica na região Africana da OMS, tinham incluído o PRI nas suas estratégias nacionais de controlo da malária, como pode ser visto na fig. 4 . Destes países 17 implementam de uma forma rotineira o PRI, como a principal intervenção de controlo da malária.; seis estão a levar a cabo projectos piloto do PRI em alguns distritos, enquanto que 2 planeiam a implementação de um projecto piloto visando aumentar proporcionalmente o PRI. No Botswana, em Cabo Verde, na Eritreia, na Etiópia, no Quênia, em Madagáscar, nas Maurícias, na Namíbia, na África do Sul, Swazilândia e Zimbabwe o PRI é aplicado rotineiramente de modo a prevenir e a controlar as epidemias da malária. Na .Guiné Equatorial, Moçambique, São Tome e Príncipe, e Tanzânia (Ilha de Zanzibar) e Zâmbia, o PRI é

⁹ WHO/AFRO (2007) Panorama da implementação da Pulverização Residual Interna, de insecticidas para o controlo da Malária na Região Africana da OMS 2006 - 2007

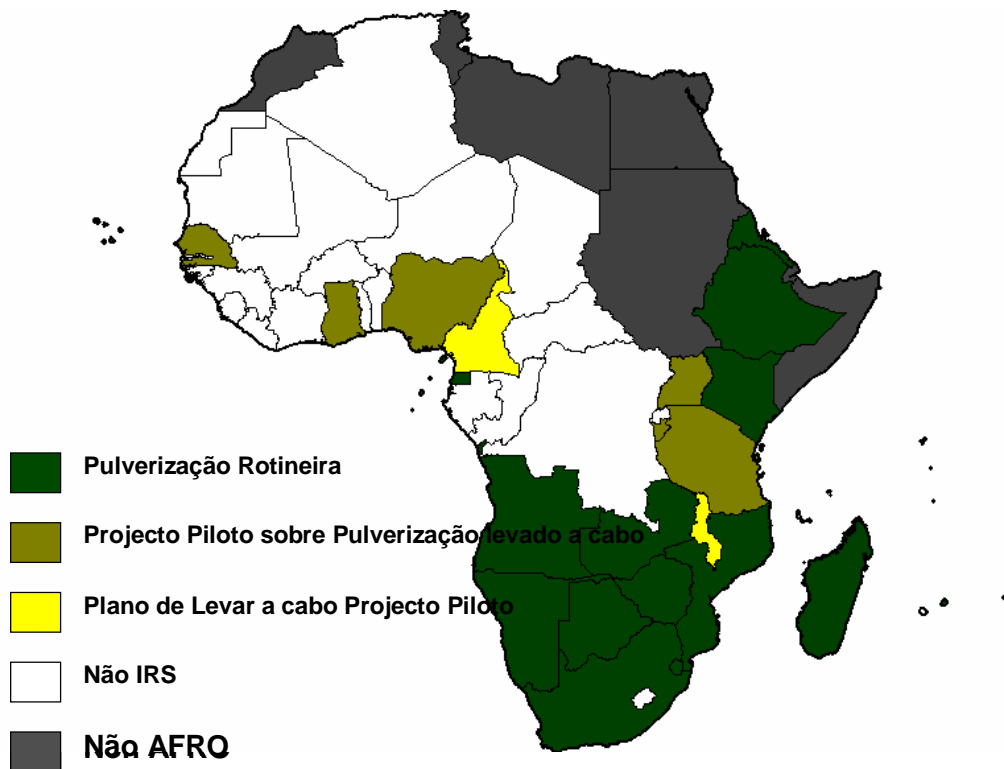
principalmente aplicado em áreas estáveis da transmissão da malária. Com a exceção da Guiné Equatorial, alguns locais na Etiópia, a Iniciativa de Desenvolvimento Especial do Lubombo (IDEL) e a Ilha de Zanzibar, campanhas de PRI são levadas a cabo uma vez por ano. No Gana uma companhia mineira introduziu o PRI para proteger toda a municipalidade, onde os seus trabalhadores vivem

Na estação da malária da 2006-2007, um total de cerca de 5 milhões de unidades/estruturas foram pulverizadas com diferentes grupos de insecticidas. A cobertura operacional média¹⁰ nas áreas alvo era de 83% variando entre 16% no Quênia e 98% em Madagáscar. Um total de cerca de 21 milhões de pessoas foram protegidas como mostra a tabela 2. A redução da malária em casos e mortes nos países que utilizaram o PRI foi documentada no Botswana, Guiné Equatorial, Eritreia, Madagáscar (nas áreas visadas pelo PRI) , Maurícias, África do Sul, Swazilândia e Tanzânia (Zanzibar) onde os programas de PRI estão no geral adequadamente apetrechados em termos de técnicos e financeiros

Embora haja um interesse renovado em aumentar proporcionalmente o PRI nas áreas altamente endémicas em África, existem vários desafios que devem ser enfrentados antes de um aumento proporcional completo. Na maioria dos países que adoptaram recentemente o PRI, existe uma limitada capacidade técnica para se realizar uma gestão eficaz e eficiente dos programas do PRI. Claramente, se a Região Africana pretender aumentar serão necessários investimentos consideráveis e sustentáveis.

¹⁰ Número de estruturas realmente pulverizadas em comparação com o número que se planeou pulverizar

Fig. 5 Situação da pulverização residual interna na região de África da OMS em 2007



Adoptado do WHO/AFRO (2007) Panorama da implementação da Pulverização Residual Interna de insecticidas para o Controlo da Malária na Região Africana da OMS 2006-2007

Tabela 3. Resumo do perfil dos países onde se aplica o PRI, 2006-2007

País	População Total (milhões)	População em risco (milhões)	População coberta (milhões)	Média da cobertura operacional (%) [1]
Angola	15.4	15.4	0.65	95
Botswana	1.7	0.7	0.43	73
Burundi	7	6.6	0.098	96.5
Cabo Verde	0.23	0.23	--	--
Eritreia	3.6	2.4	0.2	93
Etiópia	73	50	5.98	87.2
Guiné Equatorial	0.5	0.5	--	60
Gana	21.5	21.5	0.23	--
Quênia	32	22	0.55	16
Madagáscar	18	18	1.25	98
Maurícias [2]	1.2	--	--	--
Moçambique	19	19	5.7	91
Namíbia	2	0.7	0.4	86
São Tomé & Príncipe	0.15	0.15	0.14	87
África do Sul	45	4.5	4	83
Swazilândia	1	0.5	0.4 (80% em risco)	93
Tanzânia/Continente	33	32	--	--
Tanzânia/Zanzibar	1.2	1.2	1.02	96
Uganda	26	24.7	0.49	96
Zâmbia	11	11	0.77(40% de risco)	84
Zimbabwe	12	5.5	2.2 (68% de risco)	82

Adoptado do WHO/AFRO (2007) Panorama da implementação da Pulverização Residual Interna de insecticidas para o Controlo da Malária na Região Africana da OMS 2006-2007

2.5 Acesso a medicamentos e tecnologias a preços acessíveis

No geral os ACTs são recomendados para o tratamento de 1ª linha para a malária não complicada. Consequentemente, todos os países com a exceção de 2 na AFRO adotaram esta política e conforme foi debatido anteriormente, existe sempre um lapso de tempo entre a adoção da política e a implementação, devido aos custos, mau aprovisionamento e sistemas de distribuição, etc.

Desde 2003, tem havido um aumento na produção e aquisição de ACTs. Ademais, as iniciativas de financiamento tais como o Fundo Global, PMI, o Programa de Apoio do Banco Mundial e a UNITAID têm providenciado aos países financiamento para implementarem as políticas ACT. Consequentemente, existe um grande interesse na aquisição de ACTs globalmente. Enquanto que apenas 3,000,000 doses de ACT foram adquiridas em 2003, em 2006 foram adquiridas acima de 100,000,000 doses globalmente.

A Facilidade de Medicamentos para a Malária a Preços Acessíveis (FmmPA) foi estabelecida para diminuir o custo dos ACTs. A facilidade irá assegurar que as monoterapias de Artemesina sejam terminadas, por forma a reduzir o risco do desenvolvimento rápido de resistência à terapia, Cerca de 4 ACTs estão a ser preparados para serem lançados brevemente.

De modo a garantir um fornecimento sustentado de ACT, a produção de Artemesina, a matéria prima para a produção de ACTs, aumentou em vários países Africanos envolvidos no cultivo de *Artemisia annua*.

Nos últimos 5 anos várias marcas de redes de longa duração tratadas com insecticidas (RLDTI) surgiram no mercado. O aprovisionamento de RLDTI elimina a necessidade de se renovar o tratamento das redes caso se queira manter a sua eficácia. As RLDTI não necessitam de tratamento durante o seu período de duração, o que assegura a eficácia sustentada do produto. As iniciativas de financiamento mencionadas acima, foram responsáveis pela aquisição da maior quantidade de RTIs tendo estes, nos últimos 3 anos, insistido na compra de RLDTIs.

Desde 2004 a produção global de RTIs duplicou de 30 milhões em 2004 para 63 milhões em 2006¹¹. Este aumento na produção de RTIs em conjunto com a disponibilidade de recursos e o desenvolvimento de novos canais de distribuição, levou a um aumento da demanda das redes adquiridas e distribuídas ao utilizador final. A maior parte das redes é distribuída gratuitamente aos utilizadores finais, enquanto que os outros usuários são altamente subsidiados, assegurando assim o acesso equitativo às RTIs.

Contudo, existem vários desafios relacionados com a previsão das necessidades, bem como a garantia de um fluxo de informação atempado destes bens, a partir dos

¹¹ UNICEF e RBM (2007) Progresso no factor Crianças e Malária na cobertura das intervenções

produtores, fornecedores e consumidores. A menos que estes factores sejam abordados, existe o risco de haver escassez da ACTs no futuro.

2.6 Pesquisa e Desenvolvimento

Os MDS estabeleceram mecanismos para que se desenvolva e se coordene uma agenda de pesquisa prioritária. Existe uma colaboração contínua entre a TDR e outras iniciativas de pesquisa tais como a Iniciativa de Vacinas da Malária (IVM) o Empreendimento dos Medicamentos da Malária (EMM) todos apoiados pela Fundação Bill e Melinda Gates para melhorar a implementação e desenvolver novas tecnologias.

2.7 Parcerias e Advocacia

A Parceria RMB foi estabelecida em 1988. Consequentemente, todos os países na região Africana estabeleceram parcerias a nível de país. Redes sub-regionais (RSR) de Parcerias RBMs foram também estabelecidas para juntar todos os parceiros chave na sub-região para consolidar o apoio ao controlo da Malária nos respectivos países. Os RSR encontram-se na África Oriental, (EARN), África Ocidental, (WARN), África Central (CARN) e África Austral (SARN).

Desde 2000, o dia 25 de Abril é comemorado como o dia da malária em África. Eventos regionais são comemorados em toda a sub-região, bem como a nível nacional nos respectivos países. A comemoração do dia da Malária em África aumentou a visibilidade da malária e colocou-a no topo da agenda de muitos países. Em 2006, a Assembleia da Saúde Mundial decidiu comemorar o Dia Mundial da Malária que é na mesma data que o dia da Malária em África.

A Cimeira Especial dos Chefes de Estado e Governo sobre o VIH/SIDA TB e Malária que foi apoiada pela OMS, bem como o apelo para o acesso universal foram os catalisadores importantes para estas realizações. A colaboração entre a OMS e parceiros de financiamento chave e iniciativas, permitiram os países acederem a fundos adicionais. Um constrangimento chave é a limitada capacidade de gestão a nível de país que leva a que haja uma baixa absorção de, e incapacidade de se solicitar fundos adicionais.

2.8 Monitorização, Avaliação e Prestação de Contas

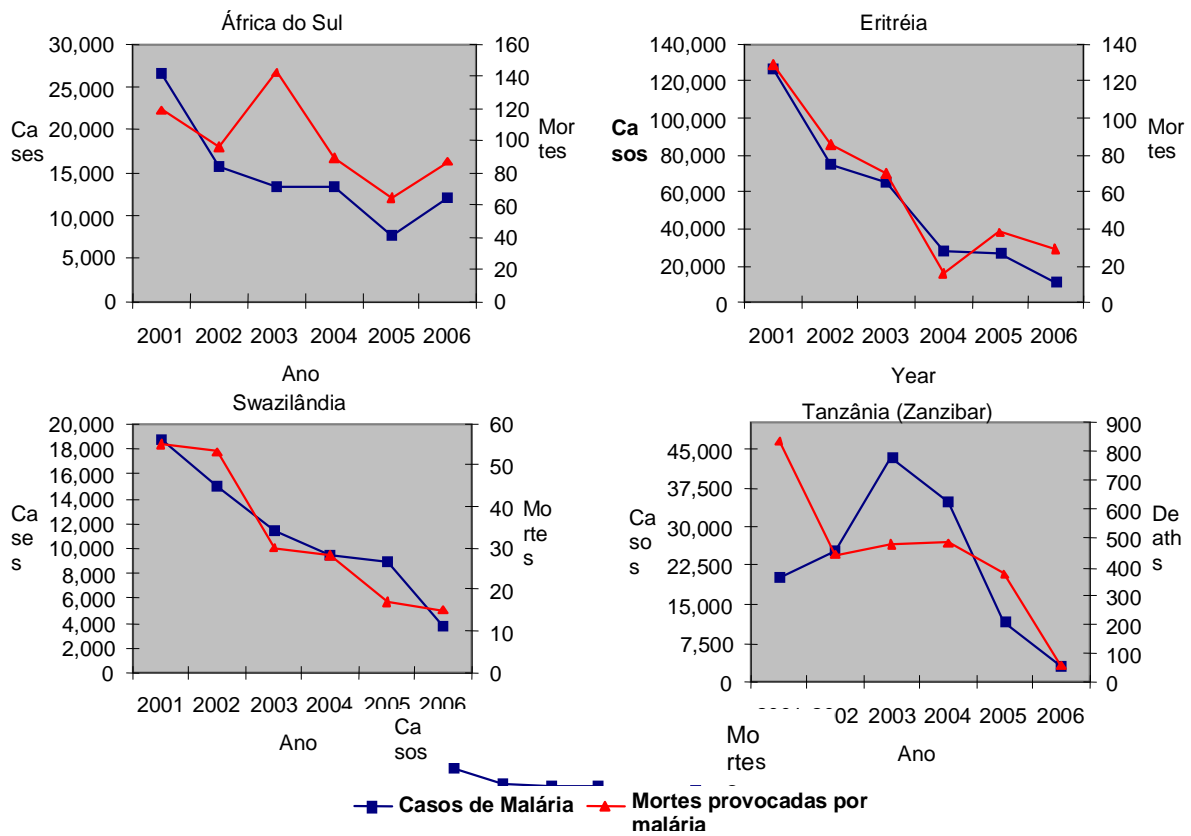
As NMCPs necessitam de sistemas precisos, relevantes e efectivos de monitorização e avaliação para demonstrar o progresso realizado na prossecução dos objectivos estabelecidos. Todos os países na sub-região têm um HMIS funcional; alguns estão a implementar o IDSR e têm levantamentos DHS, MICS ou MIS regularmente que providenciam informação sobre a cobertura das intervenções ao nível do agregado familiar. Dados de mais de 25 levantamentos efectuados a agregados familiares levados a cabo em 2005-2007, foram debatidos noutras secções deste relatório.

Dados de HMIS e IDSR embora disponíveis a nível de país, não são sempre apresentados atempadamente ou mesmo usados. Está claro que existe a necessidade de se melhorar em termos de cumprimento de prazos e informação completa, bem como saber utilizá-la para acção. Por exemplo, um relatório completo sobre a morbidade e mortalidade da malária continua a ser um desafio em África. Os Relatórios recebidos dos países em 2005 mostram uma variação de 40% a 99% com uma média de 68%. Este nível de plenitude, tem de ser equacionado na interpretação dos resultados.¹² Por exemplo, o número de países que informam sobre casos participados de malária à OMS baixou dramaticamente excepto nos anos quando os dados eram solicitados aos países por regiões para se compilarem relatórios periódicos

A interpretação das tendências na incidência da malária e mortes usando dados disponíveis é difícil devido à questão dos relatórios incompletos, relatórios não padronizados e confiança depositada maioritariamente em diagnósticos clínicos. Contudo, em países seleccionados que aumentaram proporcionalmente as intervenções, mas também tem uma apresentação de relatórios mais consistente e completa tais como a Eritreia, o Quênia, o Ruanda, São Tomé e Príncipe, a África do Sul, a Swazilândia e a Ilha de Zanzibar na República Unida da Tanzânia notou-se uma redução substancial nos casos de malária e mortes ao nível da facilidade de saúde, como pode ser visto na fig 6.

¹² OMS/AFRO 2007 Relatório Africano sobre a Malária

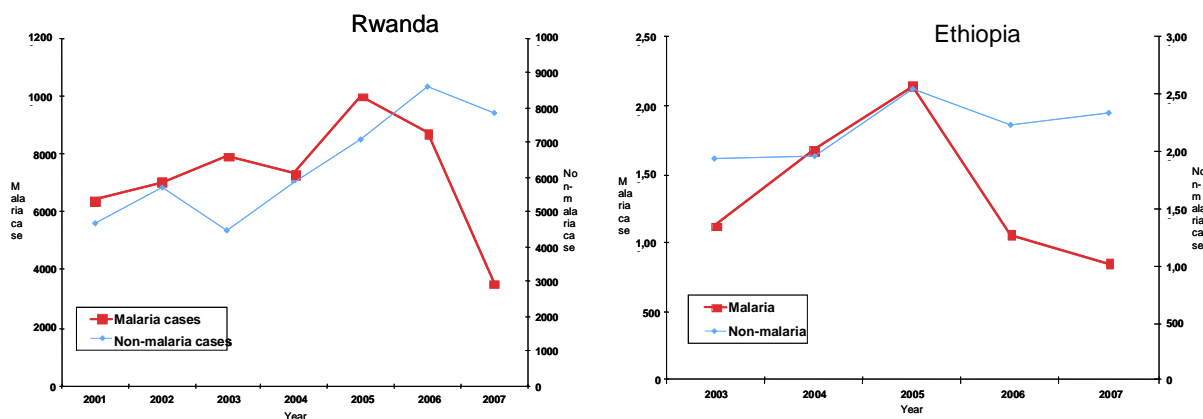
Fig 6: Exemplos de países cujos casos de malária estão a reduzir ao nível da facilidade de saúde



Fonte: Relatório dos Países dirigidos à OMS

De forma a avaliar o impacto das actividades do Fundo Global, avaliações numa amostra de facilidades de saúde na Etiópia, e no Ruanda mostram uma redução significativa nos casos de malária e mortes que poderiam ser atribuídas ao aumento proporcional de ITNs e ACTs como pode ser visto na fig 7.

Fig 7: Casos de Malária comparados a outros casos diferentes da malária em instalações/facilidades seleccionadas no Ruanda e na Etiópia



Fonte: OMS/ GMP Histórias de Sucesso do Fundo Global 2007

2.9 Implementação a nível nacional

A maior parte dos países na região estão em transição para acesso universal à prevenção e controlo da malária, entre todos os que estão em risco devido à malária. Os países implementam cada vez mais pacotes de intervenções na mesma área geográfica devido à questão do impacto.

A eliminação da malária foi debatida em várias sessões da UA. Muito precisa ainda de ser feito, antes de mais países estarem na fase de eliminação.

O princípio dos “três um” foi adoptado em vários países. Embora todos os países tenham planos estratégicos de malária actualizados e mecanismos de coordenação do país, menos de 5 países têm um plano abrangente de Malária M & E.

3.0 Conclusões e Recomendações

3.1 Conclusões

Os Estados Membros realizaram um progresso modesto visando alcançar as metas estabelecidas em Abuja 2000, 2001 e 2006, RBM, ODM. Um grande empenho político, adopção de melhores políticas bem como o aumento do financiamento para o controlo da malária por parte dos governos, agências de desenvolvimento, e iniciativas de financiamento. Contudo poucos governos alcançaram a meta de alocar pelo menos 15% das despesas do governo na saúde. A cobertura de intervenções chave de controlo da malária aumentou em vários países. Apesar destas realizações louváveis, necessita-se de muito mais para que se atinjam as metas. Actualmente poucos países aqui nomeados serão capazes de alcançar o RBM, Abuja, ou as metas do ODM. Um

constrangimento importante para que se atinjam as metas tem sido os maus sistemas caracterizados por recursos humanos inadequados, má infra-estrutura bem como a incapacidade de se implementar um pacote abrangente de intervenções na mesma área geográfica para impacto. Deve-se realçar o facto de que alguns países em África não têm o ónus da malária. Contudo, eles necessitam de estar vigilantes, na medida em que a Malária pode ser facilmente reintroduzida ou importada.

3.2 Recomendações

As seguintes recomendações são feitas para que sejam postas em acção ao nível dos Estados Membros:

- i) Os países devem aumentar o financiamento para o sector da saúde e em particular para a prevenção e eliminação da malária.
- ii) As parcerias a nível dos países devem ser reforçadas e adequadamente coordenadas por forma a otimizar-se a utilização dos recursos, ao mesmo tempo que se evita a duplicação
- iii) Deve-se fazer um investimento para se reforçarem os sistemas de saúde sem os quais o aumento proporcional do controlo da malária não irá ocorrer.
- iv) A expansão do acesso aos ACTs, ITNs e outras intervenções de controlo da malária devem ser levadas a cabo para todos em risco de contrair malária
- v) O aprovisionamento e a infra-estrutura de gestão de cadeia de distribuição devem ser reforçados para melhorar o acesso aos serviços de controlo e prevenção
- vi) Vigilância, monitorização e Avaliação e elaboração de relatórios devem ser garantidas de modo a que se monitorize o progresso e se previna a reintrodução.

A União Africana

- Implementar de forma eficaz o Plano Estratégico do VIH/SIDA e o Quadro Estratégico AWA para o período 2005-2007 da Comissão da União Africana;
- Promover a integração regional e a colaboração nas áreas do Controlo da Doença;
- Assegurar que o VIH e SIDA, a Tuberculose e a Malária sejam incluídas na Estratégia da Saúde da NEPAD;
- Assegurar a celeridade da prevenção e controlo da malária com o objectivo de eliminar a Malária em África até 2010, através da utilização de todas as estratégias de controlo disponíveis.

- Coordenar com a Sociedade Civil e o sector privado na base de uma parceria alargada a implementação efectiva do Apelo de Abuja e informar anualmente à Conferência da UA.

Solicita-se às Comunidades Económicas e Regionais e às Organizações de Saúde Regionais que levem a cabo o seguinte:

- Intensificar a implementação das iniciativas de saúde transfronteiriças e entre países.
- Coordenar os esforços entre países e providenciar apoio aos Estados Membros
- Mobilizar recursos para os Programas de VIH e SIDA, Tuberculose e Malária nas suas respectivas regiões.
- Prestar-nos contas através da Comissão da UA sobre o progresso alcançado na implementação deste apelo;
- Acelerar a prevenção e o controlo da Malária, aprendendo das melhores práticas do continente, com o objectivo de eliminar a malária em África utilizando todas as estratégias de controlo disponíveis incluindo o Pulverização residual interna, o uso de redes tratadas com insecticidas, a terapia de combinação ACT, e a terapia preventiva intermitente

As Agências das NU e os Parceiros de Desenvolvimento são instados a:

- Desenvolver ainda mais bem como apoiar os quadros e mecanismos abrangentes de parcerias bem coordenadas, particularmente parcerias públicas, privadas, com a sociedade civil regional e internacional, incluindo doadores, de modo a promover o acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio relacionados com o VIH e SIDA, TB e Malária.

**ANNEX I: CURRENT STATUS IN AND GAP ANALYSIS OF AFRICAN COUNTRIES VIS-À-VIS KEY
MALARIA CONTROL INDICATORS AND TARGETS²²**

No.	Country/Intervention	Percentage of Households with at least one insecticide treated net			Percentage of febrile children receiving antimalarial medicines on the same or next day			Percentage of Pregnant Women receiving Intermittent Preventive Treatment		
		2003-2006	Gap to 2005 Target (Abuja) (60% coverage)	Gap to 2010 Target (80% coverage)	2003-2006	Gap to 2005 Target (Abuja) (60% coverage)	Gap to 2010 Target (80% coverage)	2003-2006	Gap to 2005 Target (Abuja) (60% coverage)	Gap to 2010 Target (80% coverage)
1	Algeria	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Angola	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	Benin	25%	-35%	-55%	25%	-35%	-55%	3%	-57%	-77%
4	Botswana	-	-	-	41%	-19%	-39%	-	-	-
5	Burkina Faso	23%	-37%	-57%	19%	-41%	-61%	1%	-59%	-79%
6	Burundi	8%	-52%	-72%	-	-	-	3%	-57%	-77%
7	Cameroon	20%	-40%	-60%	38%	-22%	-42%	6%	-54%	-74%
8	Central African Republic	17%	-43%	-63%	42%	-18%	-38%	9%	-51%	-71%
9	Chad	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	Comoros	8%	-52%	-72%	-	-	-	-	-	-
11	Congo	-	-	-	22%	-38%	-58%	-	-	-
12	Congo, Dem. Rep. of the	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	Cote d'Ivoire	6%	-54%	-74%	26%	-34%	-54%	8%	-52%	-72%
14	Djibouti	18%	-42%	-62%	3%	-57%	-77%	-	-	-
15	Equatorial Guinea	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	Eritrea	-	-	-	2%	-58%	-78%	-	-	-
17	Ethiopia	3%	-57%	-77%	1%	-58%	-78%	-	-	-
18	Gabon	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	Gambia, The	50%	-10%	-30%	52%	-8%	-28%	33%	-27%	-47%
20	Ghana	19%	-41%	-61%	48%	-12%	-32%	27%	-33%	-53%
21	Guinea	1%	-59%	-79%	14%	-46%	-66%	3%	-57%	-77%
22	Guinea-Bissau	44%	-16%	-36%	27%	-33%	-53%	7%	-53%	-73%
23	Kenya	6%	-54%	-74%	11%	-49%	-69%	4%	-56%	-76%
24	Lesotho	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	Liberia	6%	-54%	-74%	-	-	-	-	-	-
26	Madagascar	-	-	-	-	-	-	-	-	-
27	Malawi	36%	-24%	-44%	20%	-40%	-60%	45%	-15%	-35%
28	Mali	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29	Mauritania	1%	-59%	-79%	12%	-48%	-68%	-	-	-
30	Mozambique	-	-	-	8%	-52%	-72%	-	-	-
31	Namibia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32	Niger	43%	-17%	-37%	25%	-35%	-55%	0%	-60%	-80%
33	Nigeria	2%	-58%	-78%	25%	-35%	-55%	1%	-59%	-79%
34	Rwanda	15%	-45%	-65%	3%	-57%	-77%	0%	-60%	-80%
35	Sao Tome and Principe	36%	-24%	-44%	17%	-43%	-63%	-	-	-
36	Senegal	20%	-40%	-60%	12%	-48%	-68%	9%	-51%	-71%
37	Sierra Leone	5%	-55%	-75%	45%	-15%	-35%	2%	-58%	-78%
38	Somalia	12%	-48%	-68%	3%	-57%	-77%	1%	-59%	-79%
39	South Africa	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40	Sudan	-	-	-	-	-	-	-	-	-
41	Swaziland	-	-	-	-	-	-	-	-	-
42	Tanzania, United Rep. of	23%	-37%	-57%	51%	-9%	-29%	22%	-38%	-58%
43	Togo	40%	-20%	-40%	38%	-22%	-42%	18%	-42%	-62%
44	Uganda	16%	-44%	-64%	29%	-31%	-51%	17%	-43%	-63%
45	Zambia	44%	-16%	-36%	37%	-23%	-43%	61%	1%	-19%
46	Zimbabwe	9%	-51%	-71%	3%	-57%	-77%	6%	-54%	-74%

UNICEF & RBM, Malaria & Children, Progress in Intervention Coverage, 2007, pp. 51-55.

Figure

**ANNEX I: CURRENT STATUS IN AND GAP ANALYSIS OF AFRICAN COUNTRIES VIS-À-VIS KEY
MALARIA CONTROL INDICATORS AND TARGETS²²**

No.	Country/Intervention	Percentage of Households with at least one insecticide treated net			Percentage of febrile children receiving antimalarial medicines on the same or next day			Percentage of Pregnant Women receiving Intermittent Preventive Treatment		
		2003-2006	Gap to 2005 Target (Abuja) (60% coverage)	Gap to 2010 Target (80% coverage)	2003-2006	Gap to 2005 Target (Abuja) (60% coverage)	Gap to 2010 Target (80% coverage)	2003-2006	Gap to 2005 Target (Abuja) (60% coverage)	Gap to 2010 Target (80% coverage)
1	Algeria	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Angola	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	Benin	25%	-35%	-55%	25%	-35%	-55%	3%	-57%	-77%
4	Botswana	-	-	-	41%	-19%	-39%	-	-	-
5	Burkina Faso	23%	-37%	-57%	19%	-41%	-61%	1%	-59%	-79%
6	Burundi	8%	-52%	-72%	-	-	-	3%	-57%	-77%
7	Cameroon	20%	-40%	-60%	38%	-22%	-42%	6%	-54%	-74%
8	Central African Republic	17%	-43%	-63%	42%	-18%	-38%	9%	-51%	-71%
9	Chad	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	Comoros	8%	-52%	-72%	-	-	-	-	-	-
11	Congo	-	-	-	22%	-38%	-58%	-	-	-
12	Congo, Dem. Rep. of the	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	Cote d'Ivoire	6%	-54%	-74%	26%	-34%	-54%	8%	-52%	-72%
14	Djibouti	18%	-42%	-62%	3%	-57%	-77%	-	-	-
15	Equatorial Guinea	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	Eritrea	-	-	-	2%	-58%	-78%	-	-	-
17	Ethiopia	3%	-57%	-77%	1%	-59%	-79%	-	-	-
18	Gabon	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	Gambia, The	50%	-10%	-30%	52%	-8%	-28%	33%	-27%	-47%
20	Ghana	19%	-41%	-61%	48%	-12%	-32%	27%	-33%	-53%
21	Guinea	1%	-59%	-79%	14%	-46%	-66%	3%	-57%	-77%
22	Guinea-Bissau	44%	-16%	-36%	27%	-33%	-53%	7%	-53%	-73%
23	Kenya	6%	-54%	-74%	11%	-49%	-69%	4%	-56%	-76%
24	Lesotho	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	Liberia	6%	-54%	-74%	-	-	-	-	-	-
26	Madagascar	-	-	-	-	-	-	-	-	-
27	Malawi	36%	-24%	-44%	20%	-40%	-60%	45%	-15%	-35%
28	Mali	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29	Mauritania	1%	-59%	-79%	12%	-48%	-68%	-	-	-
30	Mozambique	-	-	-	8%	-52%	-72%	-	-	-
31	Namibia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32	Niger	43%	-17%	-37%	25%	-35%	-55%	0%	-60%	-80%
33	Nigeria	2%	-58%	-78%	25%	-35%	-55%	1%	-59%	-79%
34	Rwanda	15%	-45%	-65%	3%	-57%	-77%	0%	-60%	-80%
35	Sao Tome and Principe	36%	-24%	-44%	17%	-43%	-63%	-	-	-
36	Senegal	20%	-40%	-60%	12%	-48%	-68%	9%	-51%	-71%
37	Sierra Leone	5%	-55%	-75%	45%	-15%	-35%	2%	-58%	-78%
38	Somalia	12%	-48%	-68%	3%	-57%	-77%	1%	-59%	-79%
39	South Africa	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40	Sudan	-	-	-	-	-	-	-	-	-
41	Swaziland	-	-	-	-	-	-	-	-	-
42	Tanzania, United Rep. of	23%	-37%	-57%	51%	-9%	-29%	22%	-38%	-58%
43	Togo	40%	-20%	-40%	38%	-22%	-42%	18%	-42%	-62%
44	Uganda	16%	-44%	-64%	29%	-31%	-51%	17%	-43%	-63%
45	Zambia	44%	-16%	-36%	37%	-23%	-43%	61%	1%	-19%
46	Zimbabwe	9%	-51%	-71%	3%	-57%	-77%	6%	-54%	-74%

UNICEF & RBM, Malaria & Children, Progress in Intervention Coverage, 2007, pp. 51-55.

País	Anexo 2 Indicadores-chave da Malária																			
	Proporção de família possuidoras de pelo menos uma Rede Mosquiteira		Proporção de Crianças que dormem sob Redes Mosquiteiras		Proporção de mulheres grávidas que dormem sob Redes Mosquiteiras		Proporção de crianças menores de cinco anos com febre que receberam anti-maláricos		Proporção de crianças menores de cinco anos com febre que receberam anti-maláricos nas 24 horas do início da febre		Proporção de mulheres grávidas que receberam dozes de IPT na última gravidade		Informações da Malária (casos clínicos ou confirmados)		Casos confirmados das informações da Malária		Informações da Malária (mortes prováveis ou confirmadas)		Casos de morte confirmados das informações da Malária	
	%	Anor	%	Ano	%	Ano	%	Ano	%	Ano	%	Ano	Número	Ano	Número	Ano	Número	Ano	Número	Ano
AFRO																				
Ocidental																				
Argélia													293	2005			0	2005		
Benin	25	2006	20	2006	20	2006	54	2006	25	2006	3	2006	861,847	2006			1,392	2006		
Burkina Faso	23	2006	10	2006	3	2003	48	2006	41	2006	1	2006	2,060,867	2006			8,083	2006		
Cbo Verde													70	2006			8	2006		
Côte d'Ivoire	6	2006	6	2006			36	2006	26	2006	8	2006	1,075,017	2006			136,862	2006		
Gâmbia	50	2006	49	2006			63	2006	52	2006	33	2006	266,188	2006						
Gana	19	2006	22	2006	3	2003	61	2006	48	2006	27	2006	3,511,452	2006	460,965	2006	2,832	2006	293	2006
Guiné	1	2005	0	2005	0	2005	44	2005	14	2005	3	2005	834,835	2006	12,416	2006	490	2006		
Guiné-Bissau	44	2006	39	2006			46	2006	27	2006	7	2006	148,720	2006			507	2006		
Libéria	6	2005	3	2005									1,105,272	2006			877	2006		
Mali			<u>8</u>	<u>2003</u>	<u>19</u>	<u>2003</u>			<u>36</u>	<u>2003</u>			1,022,592	2006			1,914	2006		
Mauritânia	1	2003/4	2	2003/4			33	2003/4	12	2003/4			188,025	2006			10,736	2006		
Niger	43	2006	7	2006	7	2006	33	2006	25	2006	0	2006	622,127	2006			1,150	2006		
Nigéria	2	2003	1	2003	1	2003	34	2003	25	2003	1	2003	2,734,459	2006			4,556	2006		
Senegal	20	2005	7	2005	9	2005	27	2005	12	2005	9	2005	1,555,310	2006	49,366	2006	1,678	2006	1,678	2006
Sierra Leone	5	2005	5	2005			52	2005	45	2005	2	2005	160,666	2006	8,620	2006	70	2006	20	2006
Togo	40	2006	38	2006			48	2006	38	2006	18	2006	566,450	2006		2006	819	2006		2006
Central																				
Angola													2,283,097	2006	1,029,198	2006	10,220	2006	6,634	2006
Burundi	8	2005	8	2005			30	2005	19	2005			1,334,944	2006			1,178	2006		
Camarões	20	2006	13	2006	1	2004	58	2006	38	2006	6	2006	634,507	2006	280,496	2006	930	2006		
República Centro-Africana	17	2006	15	2006			57	2006	42	2006	9	2006	114,403	2006			865	2006		
Chade			1	2000			32	2000					46,233	2006			815	2006		
Congo	8	2005	6	2005	4	2005	48	2005	22	2005			157,757	2006			253	2006		

RDC			1	2001			52	2001				5,008,956	2006			24,347	2006		
Guiné Equatorial			1	2000			49	2000											
Gabão												118,104	2006	29,250	2006	79	2006	50	2006
Ruanda	50	2007	56	2007	60	2007	18	2007	11	2007	28	2007	1,418,762	2006	648,955	2006	2,347	2006	
São Tomé e Príncipe	36	2006	42	2006			25	2006	17	2006			7,293	2006	5,146	2006	26	2006	16
Oriental e Austral																			
Botswana	<u>9</u>	<u>2007</u>	<u>7</u>	<u>2007</u>	<u>6</u>	<u>2007</u>	<u>10</u>	<u>2007</u>	<u>4</u>	<u>2007</u>			23,514	2006	4,615	2006	125	2006	
Comores			9	2000			63	2000					54,830	2006	14,360	2006	56	2006	0
Eritreia	<u>73</u>	<u>2004</u>	<u>48</u>	<u>2004</u>	<u>50</u>	<u>2004</u>	4	2002	<u>8</u>	<u>2004</u>			20,203	2006	6,547	2006	42	2006	25
Etiópia			2	2005	1	2005	3	2005	1	2005			3,759,960	2006	589,619	2006	1,357	2006	
Quênia	50	2006	51	2006	37	2006	27	2003	11	2003	4	2003	7,958,704	2006			337	2006	
Lesoto																			
Madagáscar			0	2000			34	2003/4					1,003,766	2006			409	2006	
Malawi			23	2006	15	2004	24	2006	20	2006	45	2006	4,204,468	2006			7,132	2006	
Maurícias													16	2005			0	2005	
Moçambique							15	2003	8	2003			6,269,434	2006			5,026	2006	
Naiíbia							14	2000					293,224	2006			1,252	2006	
Seychelles																			
África do Sul													12,098	2006	12,098	2006	87	2006	87
Suazilândia			0	2000			26	2000					3,757	2006	3,757	2006	15	2006	15
Tanzânia	23	2004/5	16	2004/5	16	2004/5	58	2004/5	51	2004/5	22	2004/5	10,566,201	2006	2,981	2006	20,835	2006	43
Uganda	16	2006	10	2006	10	2006	62	2006	29	2006	17	2006	573,963	2006			435	2006	
Zâmbia	44	2006	23	2006	24	2006	58	2006	37	2006	61	2006	4,731,338	2006			6,484	2006	
Zimbabwe	9	2005/6	3	2005/6	3	2005/6	5	2005/6	3	2005/6	6	2005/6	1,535,877	2006			488	2006	

Fontes: Grupo de Estudos de Indicadores Múltiplos do UNICEF (MICS); Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS); Pesquisa dos Indicadores da Malária ; Pesquisa Pós-campanha de distribuição de Redes Mosquiteiras; Ministério da Saúde

Outras pesquisas ao nível sub-nacional

Nota: (Em branco) Informação não disponível

2008

Status report on malaria prepared in
framework of progress report on the
implementation of the commitments of
the May 2006 Abuja special summit on
HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria (ATM)

African Union

African Union

<http://archives.au.int/handle/123456789/442>

Downloaded from African Union Common Repository