



## COMITÉ REGIONAL PARA A ÁFRICA

Sexagésima sexta sessão

Adis Abeba, República Federal Democrática da Etiópia, 19 a 23 de Agosto de 2016

Ponto 15 da ordem do dia provisória

### QUADRO DE IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA TÉCNICA MUNDIAL PARA O PALUDISMO 2016 – 2030 NA REGIÃO AFRICANA

#### Relatório do Secretariado

##### RESUMO

1. O controlo do paludismo na Região Africana da OMS registou progressos, tendo-se verificado uma regressão de 42% da incidência e de 66% da taxa de mortalidade entre 2000 e 2015. Este resultado decorre de uma utilização alargada de serviços de prevenção e uma gestão eficiente dos casos, inclusive numa perspectiva económica. Não obstante, o paludismo continua a ser uma prioridade tanto a nível mundial como regional, conforme consta, aliás, dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável e da Estratégia Técnica Mundial (ETM) para o paludismo (2016-2030) aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde em Maio de 2015. Além de se focar na visão de “Um mundo livre do paludismo”, a ETM tem 4 objectivos, bem como metas conexas, que deverão ser alcançados até 2030. As intervenções ao abrigo da ETM assentam em 3 pilares e 2 elementos de suporte. Os pilares são: a) assegurar o acesso universal à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento do paludismo; b) acelerar os esforços com vista à eliminação do paludismo e à consecução do estatuto de país livre paludismo e c) transformar a vigilância do paludismo numa intervenção central. Os elementos de suporte são: a) tirar partido da inovação e expandir a investigação; e b) reforçar o ambiente propiciador.

2. Vários desafios continuam a dificultar os esforços com vista ao controlo do paludismo e à sua eliminação na Região. Nomeadamente no que diz respeito à fragilidade dos sistemas de saúde, às lacunas na execução de intervenções disponíveis, ao baixo investimento *per capita* no domínio do paludismo e à ameaça decorrente da resistência a medicamentos e insecticidas.

3. Este quadro foi desenvolvido para apoiar a implementação da ETM na Região Africana, que assenta na visão de “uma Região Africana livre do paludismo” e tem por objectivos: a) reduzir as taxas de mortalidade causada pelo paludismo em pelo menos 90% até 2030 comparativamente a 2015; b) reduzir a incidência de casos de paludismo em pelo menos 90% até 2030, comparativamente a 2015; c) eliminar o paludismo em pelo menos 20 países endémicos; e d) prevenir o reaparecimento do paludismo em todos os Estados-Membros livres da doença. Por conseguinte, o quadro visa fornecer aos Estados-Membros e aos parceiros uma orientação sobre as medidas prioritárias específicas à Região para que sejam alcançados os objectivos, as metas e os marcos da ETM.

4. O quadro propõe medidas específicas bem como intervenções prioritárias a implementar pelos Estados-Membros. Os países e distritos estão estratificados em quatro fases de acordo com a sua prevalência parasitária ou o Índice Parasitário Anual (IPA). Na 1.<sup>a</sup> fase, os programas encontram-se em modo de controlo e caracterizam-se por uma prevalência parasitária superior a 5% ou um IPA igual ou superior a 5 por mil habitantes. A 2.<sup>a</sup> fase engloba programas de pré-eliminação e caracteriza-se por uma prevalência parasitária inferior a 5% qualquer que seja a faixa etária ou um IPA de 2 a 4 por mil habitantes, com transmissão focalizada e sazonal. Na 3.<sup>a</sup> fase, os programas caracterizam-se por um IPA igual ou inferior a 1 por mil indivíduos. Os programas da 4.<sup>a</sup> fase visam prevenir o reaparecimento da transmissão do paludismo a nível local; caracteriza-se pela inexistência de casos da doença durante três anos consecutivos ou inclui países que já foram reconhecidos como estando livres do paludismo pela OMS ou foram classificados livres do paludismo ao abrigo do sistema de classificação referente a 2015, ou então aqueles que se livraram naturalmente do paludismo.

5. Solicita-se ao Comité Regional que analise e aprove as medidas e intervenções prioritárias propostas no presente Quadro.

## ÍNDICE

	<b>Parágrafos</b>
ACRÓNIMOS .....	iv
INTRODUÇÃO .....	1–3
SITUAÇÃO ACTUAL .....	4–7
PROBLEMAS E DESAFIOS .....	8–15
QUADRO DE IMPLEMENTAÇÃO REGIONAL .....	16–22
MEDIDAS PROPOSTAS .....	23

## ANEXOS

	<b>Página</b>
1. Estratégia técnica mundial para o paludismo: visão geral (Fonte: Estratégia técnica mundial para o paludismo 2016-2030 da OMS).....	9
2. Indicadores de desempenho, marcos e metas relativamente ao paludismo na Região Africana em cada fase do programa .....	10
3. Quadro de implementação regional contra o paludismo: Medidas prioritárias por objectivo, pilar e fase do programa.....	11

## ACRÓNIMOS

ACT	Terapêutica de associação à base de artemisinina
AGNU	Assembleia Geral das Nações Unidas
AMS	Assembleia Mundial da Saúde
AMM	Administração em massa de medicamentos
CER	Comunidade(s) económica(s) regional(ais)
ETM	Estratégia Técnica Mundial para o Paludismo
IPA	Índice Parasitário Anual
GCA	Gestão das compras e abastecimento
GFL	Gestão das fontes larvares
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PRI	Pulverização residual intradomiciliária
QPSP	Quimioterapia preventiva sazonal do paludismo
LLIN	Mosquiteiros tratados com insecticida de longa duração
ITN	Mosquiteiros tratados com insecticida
SIDA	Síndrome da imunodeficiência adquirida
TPIMC	Tratamento preventivo intermitente do paludismo em crianças
TPIPG	Tratamento preventivo intermitente do paludismo durante a gravidez
TPT	Taxa de positividade dos testes
WHA	Assembleia Mundial da Saúde

## INTRODUÇÃO

1. Realizaram-se avanços significativos no controlo do paludismo na Região Africana da OMS. A incidência do paludismo e as taxas de mortalidade diminuíram 42% e 66%, respectivamente, entre 2000 e 2015<sup>1</sup>. Essa evolução resulta da utilização alargada de serviços de prevenção e de gestão de casos com boa relação custo-eficácia. Apesar destes progressos, o paludismo permanece um grave problema de saúde e do desenvolvimento em África. Continua a existir mais de 800 milhões de pessoas na Região que correm o risco de contrair o paludismo, 82% apresentando um elevado risco de doença<sup>2</sup>. Segundo as estimativas, aproximadamente 190 milhões de casos (89% do total mundial) e 400 mil óbitos (91% do total mundial) terão ocorrido na Região em 2015<sup>2</sup>.

2. O paludismo constitui uma prioridade tanto a nível mundial como regional, devidamente identificada na meta 3.3 dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que se compromete “a pôr cobro às epidemias de SIDA, tuberculose e paludismo” até 2030<sup>3</sup>. Em Maio de 2015, a 68.ª Assembleia Mundial da Saúde adoptou a Estratégia Técnica Mundial (ETM) para o Paludismo 2016-2030. A visão da ETM aponta para um mundo livre do paludismo e dela constam quatro objectivos e metas conexas a serem alcançados até 2020, 2025 e 2030.

3. Este quadro é elaborado para orientar os países na sua implementação da ETM na Região Africana. Nele se descrevem medidas e intervenções prioritárias destinadas aos Estados-Membros. Essas acções foram organizadas em função de estratos epidemiológicos programáticos, de modo a possibilitar intervenções direccionadas com base em dados comprovados.

## SITUAÇÃO ACTUAL

4. Na Região Africana da OMS, registou-se uma queda de 52% da prevalência do paludismo em crianças com idades dos 2 aos 10 anos, tendo descido de 33% em 2000 para 16% em 2015. Este decréscimo foi mais acentuado nas regiões de transmissão estável<sup>4</sup>. Seis países da Região têm potencial para eliminar a transmissão do paludismo até 2020.<sup>5</sup> Treze dos 15 países que em 2015 representaram 80% dos casos estimados de paludismo pertencem ao continente africano<sup>2</sup> tal como acontece em relação a 14 dos 15 países responsáveis por 78% dos óbitos estimados por paludismo a nível mundial, com a grande maioria dos óbitos a ocorrer em crianças com idade inferior aos 5 anos. Além disso, a República Democrática do Congo e a Nigéria por si só representam mais de 35% dos óbitos estimados a nível mundial devido ao paludismo<sup>1</sup>. O paludismo também é responsável por uma redução média anual de 1,3% do crescimento económico nos países de África altamente endémicos<sup>6</sup>.

5. Em 2015, cerca de 67% da população geral na Região tinha acesso a mosquiteiros tratados com insecticida (ITN). A percentagem de crianças com idade inferior a 5 anos que dorme debaixo desses ITN passou de 2% em 2000 para 68% em 2015. A par da pulverização residual intradomiciliária (PRI), outras intervenções de controlo do vector são também utilizadas para proteger cerca de 75% das crianças com menos de 5 anos de idade. Além disso, a proporção de

---

<sup>1</sup> WHO, World Malaria Report 2015, Geneva, World Health Organization, 2015.

<sup>2</sup> WHO: Achieving the malaria MDG target: reversing the incidence of malaria 2000-2015, 2015, Geneva, World Health Organization, 2015.

<sup>3</sup> UN General Assembly, 69th session, agenda 13a and 115. September 2015.

<sup>4</sup> WHO, World Malaria Report 2014, Geneva, World Health Organization, 2014.

<sup>5</sup> Argélia, Botsuana, Cabo Verde, Comores, África do Sul, Suazilândia. Em WHO, Eliminating malaria, World Health Organization 2016

<sup>6</sup> Sachs J, Malaney P. *The economic and social burden of malaria*, Nature, 415, (6872), 680-5, 2002.

casos presumíveis de paludismo abrangidos por testes de diagnóstico antes do tratamento aumentou de 41% em 2010 para 65% em 2014<sup>1</sup>.

6. Tem havido um aumento do financiamento dos programas. O financiamento internacional destinado ao controlo do paludismo aumentou, tendo passado de menos de 100 milhões para 1640 milhões de dólares americanos em 2013<sup>1,7</sup>. Em 2013, a Região Africana representou 72% do financiamento total do paludismo à escala mundial em vez dos 50% em 2005. Na Região, esses investimentos cresceram a uma taxa média anual de 22% entre 2005 e 2013, por comparação com os 15% em todas as outras Regiões da OMS. Além disso, os investimentos internos registaram uma taxa de crescimento anual de 4% na Região, comparativamente a 2% nas demais Regiões da OMS.

7. Uma liderança reforçada do programa nacional, um maior empenhamento político e uma parceria e coordenação mais forte a nível mundial têm sido essenciais para os avanços registados, o que fica patente nas inúmeras declarações, resoluções e apelos em prol do controlo do paludismo e da sua eliminação no âmbito dos encontros de alto nível, sejam eles mundiais ou regionais. Neles se incluem a Declaração de Abuja de 2000 para fazer recuar o paludismo em África e o respectivo plano de acção, a Declaração de Abuja de 2001 e o respectivo plano de acção para a luta contra o VIH/SIDA, a tuberculose e outras doenças infecciosas correlacionadas, e o apelo de 2006 da União Africana a favor do “Acesso universal aos serviços para o VIH e da SIDA, da tuberculose e do paludismo até 2010”. Além disso, os seguintes compromissos também contribuíram para fazer progredir o controlo do paludismo: a) a Cimeira especial dos Chefes de Estado Africanos sobre o VIH e a SIDA, tuberculose e paludismo em 2013, b) a resolução do CR50 (AFR/RC50/R6) para fazer recuar o paludismo e o seu quadro de implementação, c) a resolução do CR59 (AFR/RC59/R3) relativa a um controlo acelerado do paludismo: com vista à sua eliminação na Região Africana, d) o apelo da Assembleia Mundial da Saúde de 2011 no sentido de envidar esforços redobrados para controlar a resistência emergente aos antipalúdicos e insecticidas e d), em 2015, a aprovação dos ODS pela AGNU.

## PROBLEMAS E DESAFIOS

8. A implementação da ETM na Região pressupõe que se abordem os principais desafios seguintes: a debilidade dos sistemas de saúde no controlo do paludismo e sua eliminação, as lacunas na execução das intervenções disponíveis, o baixo investimento *per capita* em intervenções contra o paludismo e a ameaça da resistência a medicamentos e insecticidas actualmente usados, e os efeitos adversos das variáveis e das alterações climáticas.

9. **Fragilidade dos sistemas de saúde no controlo e eliminação do paludismo:** a prevalente fragilidade dos sistemas de saúde constitui um risco elevado para o controlo do paludismo e a sua eliminação em África. Existem pontos fracos específicos, como o abastecimento de produtos, a vigilância das doenças e os recursos humanos do sector da saúde, fraquezas tanto mais exacerbadas nos períodos em que ocorrem situações de instabilidade política, alterações climáticas extremas, emergências de saúde, deslocação de populações e migrações. Essas situações sobrecarregam facilmente os sistemas de saúde, já de si precários, e perturbam a prestação de serviços. Essa realidade ficou bem patente em relação à epidemia causada pela Doença por Vírus Ébola (DVE) que assolou a África Ocidental em 2014 e 2015.

---

<sup>7</sup> WHO, World Malaria Report 2014, Geneva, World Health Organization, 2013.

Nessa altura, os ganhos obtidos no controlo do paludismo perderam-se nos países mais duramente afectados, ou seja a Libéria, a Serra Leoa e a República da Guiné.

10. **Lacunas no acesso às intervenções disponíveis:** continua a existir uma lacuna importante quanto à cobertura de intervenções e serviços. Em 2014, um terço dos agregados familiares em África não dispunham de nenhuma ITN, enquanto apenas 29% dos agregados tinham um número suficiente de ITN para todos os seus membros. A comunicação destinada a mudar os comportamentos em relação ao uso de ITN deverá ser reforçada. Em 2015, cerca de 41 em 163 milhões (ou seja 25%) de crianças com menos de 5 anos de idade em África Subsariana careciam de acesso quer a uma ITN ou à PRI e, conseqüentemente, viviam sem protecção contra o paludismo. Acresce que cerca de 38% dos casos presumíveis de paludismo não eram alvo de qualquer teste de diagnóstico<sup>1</sup>. Além disso, apenas 17% das mulheres grávidas receberam 3 doses ou mais de tratamento preventivo intermitente do paludismo durante a gravidez (TPIPG) em 2014<sup>8</sup>.

11. **Fraco investimento *per capita* no paludismo:** no cerne do acesso limitado às intervenções disponíveis encontra-se o investimento baixo e imprevisível *per capita* no paludismo. Embora o financiamento do paludismo em África tenha registado um aumento substancial na ordem de 410% entre 2005 e 2013, o investimento anual por pessoa em risco permanece baixo, cifrando-se em 2 dólares americanos no ano de 2013<sup>6</sup>. Esse valor é menos de metade da média do financiamento *per capita* necessário para uma implementação bem-sucedida da ETM para o paludismo em África. Impende sobre a situação do financiamento uma ameaça adicional em virtude do baixo financiamento interno. Com base nas estimativas de custos da ETM e numa população em risco de contrair paludismo, fixada em 830 milhões de dólares americanos, em 2013, o custo total da eliminação do paludismo em África, até 2030 ascende a 66 mil milhões de dólares; por esse motivo, estima-se que o investimento anual *per capita* aumente, de 3 dólares em 2016 para 7 dólares até 2030 (uma média de 5 dólares *per capita* por ano entre 2016 e 2030). No período de 2005 a 2013, a percentagem com que os governos nacionais de África contribuíram para o financiamento do paludismo estagnou abaixo dos 10%. Esta situação insustentável em termos de recursos deve-se a uma dependência excessiva relativamente ao financiamento externo por parte da maioria dos Estados-Membros.

12. **Resistência crescente aos medicamentos e insecticidas bem como ausência de tecnologias inovadoras:** a resistência à terapêutica de associação à base de artemisinina (ACT) foi confirmada no vale do Mekong, no Sudeste Asiático<sup>7</sup>. A ameaça de vir a surgir em África é real, tal como a resistência à cloroquina, que se alastrou por toda a região depois de ter sido documentada na Sudeste Asiático. A crescente circulação nos países de produtos sem garantia de qualidade, bem como de medicamentos de qualidade inferior e contrafeitos, aumenta o risco do desenvolvimento de resistências. Além disso, a resistência crescente aos insecticidas disponíveis foi documentada em África e compromete os programas de controlo do vector na Região.

13. **Variedade limitada de intervenções:** Infelizmente, a gama actual de medicamentos e insecticidas eficazes no mercado é limitada. Para além disso, os esforços de eliminação estão a ser dificultados pela falta de ferramentas inovadoras, como sejam meios de diagnóstico utilizáveis no terreno, capazes de detectar infecções de baixa intensidade. Além disso, não existem novos medicamentos nem vacinas que consigam efectivamente visar os reservatórios de parasitas em indivíduos portadores de infecções assintomáticas, os hipnozoítos, os gametócitos e as fases parasitárias do mosquito *Plasmodium vivax*. Tudo isso impede que a eliminação do paludismo progrida em África.

14. **Inexistência de uma vacina contra o paludismo:** apesar dos investimentos no sentido de desenvolver vacinas contra o paludismo, os progressos realizados até à data têm sido inadequados. A vacina contra o paludismo mais avançada é a RTS, S/AS01 que foi desenvolvida contra o *Plasmodium falciparum*. A fase III dos ensaios clínicos da RTS, S/AS01 abrangeu lactentes e crianças jovens de sete países da África Subariana representando uma variedade de contextos diferentes de transmissão de paludismo. De entre as crianças às quais se administraram quatro doses, a vacina em crianças com 5 a 17 meses de idade, qualquer que fosse a forma de paludismo e para o paludismo agudo, apresentou uma eficácia de 39% e 31,5%, respectivamente. Em crianças com 6 a 12 semanas de vida, a eficácia foi de 27% para todas as formas de paludismo, porém sem eficácia significativa contra o paludismo grave.<sup>8</sup> A Agência Europeia do Medicamento (EMA) emitiu um “parecer científico europeu” positivo numa perspectiva regulamentar<sup>9</sup>, o que significa que a Agência Europeia do Medicamento é susceptível de facilitar o acesso da nova vacina a pessoas que vivem fora da União Europeia. Contudo, a vacina não se encontra licenciada e a sua aplicação comporta desafios, nomeadamente a fraca eficácia, a viabilidade do plano de toma das doses, o seu valor em função do contexto e de outras medidas de controlo do paludismo. Por conseguinte, independentemente de vir a ser introduzida uma vacina de primeira geração contra o paludismo, não deixará de ser necessário contar com medicamentos de alta qualidade, eficazes e seguros para tratar a doença. Com base nos dados da eficácia dos ensaios de Fase 3, a OMS não recomenda o uso da vacina RTS,S na faixa etária mais nova (6 a 12 semanas), uma vez que se verificou que a eficácia da vacina é baixa nesta faixa etária. A OMS recomenda que se leve a cabo uma implementação-piloto da vacina RTS, S/AS01 usando quatro doses em 3 a 5 contextos epidemiológicos distintos da África Subariana, a nível subnacional, abrangendo contextos onde a transmissão é moderada a alta.<sup>8</sup>

15. As alterações climáticas representam ameaças imediatas e a longo prazo para a saúde e a sobrevivência humana em todo o planeta.<sup>10</sup> Prevê-se que o maior impacto ocorra em África, onde as condições sociais, políticas, ambientais e económicas são já frágeis e criam graves vulnerabilidade sanitárias para muitas comunidades em todo o continente. O paludismo é uma doença sensível ao clima, cuja distribuição mundial e regional e a sazonalidade estão intimamente ligadas à temperatura, à pluviosidade, à humidade e ao desenvolvimento socioeconómico<sup>11</sup>. Espera-se que as alterações climáticas provoquem um aumento do risco da doença.<sup>12</sup>

## QUADRO DE IMPLEMENTAÇÃO REGIONAL

### Visão, objectivos, metas e marcos

16. A visão aponta para uma Região Africana livre do paludismo. As metas e os marcos por objectivo estabelecidos neste âmbito constam no Quadro 1 infra.

---

<sup>8</sup> WHO, Malaria vaccine: WHO position paper – January 2016, *Weekly Epidemiological Record*, Geneva, World Health Organization, 2016.

<sup>9</sup> European Medicines Agency. Assessment report: Mosquirix™, 2015 ([http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Other/2015/10/WC500194576.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Other/2015/10/WC500194576.pdf), acedido em Maio de 2016)

<sup>10</sup> The Lancet. A Commission on climate change. *Lancet* (London, England) 373, 1659 (2009)

<sup>11</sup> Githeko, A K., Lindsay, S. W., Confalonieri, U. E. & Patz, J. a. Climate change and vector-borne diseases: a regional analysis. *Bull. World Health Organ.* 78, 1136–1147 (2000).

<sup>12</sup> IPCC. Climate Change, Adaptation, and Vulnerability. *Organ. Environ.* 24, 1–44 (2014).

Quadro 1: Objectivos, marcos e metas no quadro da Região Africana

Objectivos	Marcos		Metas
	2020	2025	2030
Reduzir as taxas de mortalidade causada pelo paludismo comparativamente a 2015	Pelo menos 40%	Pelo menos 75%	Pelo menos 90%
Reduzir a incidência de casos de paludismo comparativamente a 2015	Pelo menos 40%	Pelo menos 75%	Pelo menos 90%
Eliminar o paludismo dos países onde ainda era transmitido em 2015	Pelo menos em 8 países	Pelo menos em 13 países	Pelo menos em 20 países
Prevenir/impedir o reaparecimento do paludismo em todos os países de África que conseguiram livrar-se dessa doença	Reaparecimento evitado nos países livres do paludismo	Reaparecimento evitado nos países livres do paludismo	Reaparecimento evitado nos países livres do paludismo

### Princípios orientadores

17. Os seguintes princípios orientam a implementação da ETM na Região:

- a) **Apropriação e liderança nacional no contexto de uma abordagem multisectorial:** mobilizar e trabalhar com outros sectores no controlo do paludismo e da sua eliminação.
- b) **Equidade no acesso a serviços de saúde de qualidade:** identificar subgrupos da população e comunidades mais propensos a serem afectados pelo paludismo e dirigir-lhes intervenções e serviços apropriados no domínio do paludismo. O planeamento, a afectação de recursos e a implementação devem adoptar mecanismos inovadores para alcançar as populações desfavorecidas, altamente vulneráveis, dificilmente acessíveis e deslocadas ou migrantes.
- c) **Parceria abrangente e coordenada:** sob a liderança do ministério da saúde, para melhor harmonizar e alinhar as partes interessadas.
- d) **Colaboração com as comunidades económicas regionais:** incorporação da eliminação do paludismo na Agenda do Desenvolvimento para África através de plataformas políticas e económicas regionais.

### Medidas e intervenções prioritárias

18. As acções prioritárias da ETM definem-se em torno de 3 pilares e 2 elementos de suporte (ver dados pormenorizados nos Anexos 1, 2 e 3):

- a) **1.º Pilar: assegurar o acesso universal à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento do paludismo,** cujos componentes estratégicos são (descritos no Anexo 3):
  - i) *Controlo do vector com garantia de qualidade:* o que engloba a utilização de ITN e PRI, a manutenção de uma adequada vigilância e monitorização entomológica e a gestão da resistência a insecticidas e da transmissão residual. Do mesmo modo, é necessário reforçar as capacidades de controlar o vector

com base em evidências e de implementar o controlo do paludismo no contexto de uma gestão integrada do vector. Para maximizar o impacto do controlo do vector do paludismo, os países deverão aplicar os princípios integrados de gestão vectorial. A gestão vectorial integrada constitui o processo de tomada racional de decisões para otimizar o uso dos recursos para o controlo vectorial, com o objectivo final de prevenir a transmissão das doenças de transmissão vectorial.

- ii) *Quimioterapia de prevenção*: alargar o tratamento preventivo nos grupos mais vulneráveis, o que inclui o tratamento preventivo intermitente do paludismo durante a gravidez (TPIMG), o tratamento preventivo intermitente do paludismo em crianças (TPIMC) e a quimioterapia de prevenção sazonal do paludismo (QPSP).
  - iii) *Teste de diagnóstico e tratamento*: assegurar a realização do teste universal a todos os casos presumíveis de paludismo e dispensar um tratamento com garantia de qualidade a todos os doentes. É também necessário expandir, ao nível da comunidade, os testes de diagnóstico e o tratamento, bem como monitorizar a segurança e eficácia dos medicamentos contra o paludismo e gerir a resistência aos antipalúdicos.
- b) **2.º Pilar: Acelerar os esforços com vista à eliminação e à concretização do estatuto de país livre do paludismo.** Isto permite a detecção de cada infecção, a implementação de medidas direccionadas para combater tanto os parasitas como os vectores por forma a interromper a transmissão local, eliminar todos os parasitas de origem humana e gerir o risco de reaparecimento através de paludismo importado. Isso requer a promulgação de legislação apropriada, maior empenhamento político e colaboração regional, e ainda uma coordenação mais intensa entre agências e serviços públicos, privados e a nível comunitário.

Responder efectivamente a todos os casos de paludismo pressupõe que se crie um sistema de notificação centralizado para proceder à vigilância epidemiológica do paludismo, recolher dados sobre o controlo do vector, reportar surtos e trabalhar na preparação e resposta. Outras intervenções podem abarcar a utilização de medicamentos que interrompem a transmissão em contextos de transmissão elevada e a administração maciça de medicamentos em situações específicas conforme recomendado pela OMS. Prevenir o reaparecimento da transmissão local do paludismo implicará o controlo do vector do paludismo, a implantação de quimioterapia bloqueando a transmissão nas zonas onde a transmissão é baixa, a detecção de todas as infecções, a utilização de medicamentos para reduzir a quantidade de parasitas, o desenvolvimento de estratégias próprias visando o *Plasmodium vivax* e o recurso à vigilância enquanto intervenção.

- c) **3.º Pilar: Transformar a vigilância do paludismo numa intervenção central nas zonas de alta e baixa transmissão e nas zonas alvo identificadas para a sua eliminação.** Investimentos consideráveis em sistemas de informação de rotina permitirão a recolha de dados necessários para compreender as tendências da doença e do desempenho geral do programa. Além disso, os planos nacionais devem levar em consideração a epidemiologia e a heterogeneidade do paludismo num dado país.
- d) **1.º Elemento de suporte: tirar partido da inovação e expandir a investigação.** Inclui novas ferramentas e abordagens destinadas a controlar o vector, novas ferramentas para efectuar testes de diagnóstico que possam detectar mais prontamente baixos níveis de parasitemia, novos regimes de tratamento e vacinas contra o paludismo, bem como abordagens de vigilância.

- e) **2.º Elemento de suporte: reforçar o ambiente propiciador.** Isto inclui aumentar o financiamento tanto internacional como interno, garantir uma resposta firme por parte do sector da saúde e reforçar o pessoal de saúde e a base de peritos em paludismo. Os Estados-Membros também deverão assegurar repostas duradouras perante o paludismo e melhorar a tutela dos governos. Do mesmo modo, seria conveniente apostar na colaboração transfronteiriça dos programas de combate ao paludismo e intensificar a colaboração multisectorial e fomentar a participação do sector privado, assim como aumentar o envolvimento de organizações não-governamentais.

19. **Fases do programa de controlo do paludismo:** para conceber intervenções específicas perante a epidemiologia prevalecente do paludismo, foram adoptadas quatro fases programáticas específicas à Região:

- a) *1.ª Fase*, programas de controlo caracterizados por uma intensa transmissão do paludismo e uma elevada taxa de prevalência parasitária (superior a 5%) ou apresentando um Índice Parasitário Anual (IPA) igual ou superior a cinco por 1000 habitantes<sup>13</sup>;
- b) *2.ª Fase*, programas de pré-eliminação caracterizados por uma prevalência parasitária inferior a 5% em todas as faixas etárias, ou apresentando um IPA de 2 a 4 por 1000 habitantes, com padrões de transmissão focalizada e sazonal;
- c) *3.ª Fase*, programas de eliminação caracterizados por pouco casos ou apresentando um IPA igual ou inferior a 1 por 1000 habitantes, com uma transmissão extremamente focalizada; e
- d) *4.ª Fase*, programas para prevenção do reaparecimento da transmissão local do paludismo caracterizados pela inexistência de casos de paludismo durante três anos consecutivos e abrangendo países que já tenham sido certificados livres do paludismo pela OMS ou classificados livres do paludismo no sistema de classificação de referência de 2015, ou ainda aqueles que se livraram naturalmente do paludismo.

20. **Medidas e intervenções prioritárias dos programas na fase de controlo:**

- a) Assegurar o acesso universal à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento do paludismo.
- b) Transformar a vigilância do paludismo numa intervenção central mediante um processo de vigilância, monitorização e avaliação efectivo e um reforço dos sistemas e da capacidade de previsão, detecção, prontidão e resposta epidémica.
- c) Tirar partido da inovação e expandir a investigação reforçando o apoio à investigação e inovação para controlar o paludismo, desenvolver e implantar novas tecnologias e ferramentas assim como desenvolver e adoptar orientações e instrumentos apropriados da OMS.

---

<sup>13</sup> Desde que a Taxa Anual de Exame Sanguíneo (ABER) seja superior a 10.

**21. Medidas e intervenções prioritárias do programa nas fases de pré-eliminação e eliminação:**

- a) Acelerar os esforços com vista à eliminação do paludismo pela adopção e implementação de estruturas e sistemas organizacionais adequados. É necessário proceder a uma revisão regular do programa, assim como criar comités para a eliminação do paludismo, descentralizar a vigilância e os sistemas de resposta, transferindo-os para o nível distrital, e realizar intervenções com qualidade de gestão dos casos, quer no sector público quer no sector privado. De igual modo, o programa de controlo dos vectores também precisa de ser intensificado.
- b) Transformar a vigilância do paludismo numa intervenção central mediante um processo de vigilância, monitorização e avaliação efectivo e um fortalecimento dos sistemas e da capacidade de previsão, detecção, prontidão e resposta epidémica
- c) Proporcionar um ambiente propiciador, consolidando os sistemas a favor de uma efectiva gestão do programa de combate ao paludismo e a colaboração transfronteiriça com os países limítrofes.

**22. Medidas e intervenções prioritárias relativas a todos os programas de combate ao paludismo:**

- a) Reforçar as actuais plataformas de coordenação e planeamento dentro dos países.
- b) Melhorar os recursos humanos e a capacidade financeira do Secretariado Regional da OMS para a África, criando e administrando uma plataforma responsável pelo paludismo a nível regional. Isto incluiria um Grupo de Trabalho para o Paludismo em África, um órgão técnico encarregue de supervisionar e avaliar a implementação do quadro.
- c) Organizar anualmente o Fórum Africano do Paludismo, ou seja uma plataforma de prestação de contas técnica e financeira, mútua, entre Estados-Membros e parceiros, sobre os compromissos e investimentos com vista a um futuro sem paludismo.
- d) Encarregar o Comité para a Erradicação do Paludismo a dar apoio aos países na fase de eliminação a preparar-se para a erradicação, o que significa preparar a documentação para o processo de certificação da eliminação e prestar aconselhamento ao Grupo de Trabalho para o Paludismo em África acerca do estado de preparação para certificar a eliminação.

**MEDIDAS PROPOSTAS**

23. Convida-se o Comité Regional a analisar e aprovar as medidas e as intervenções prioritárias propostas neste quadro operacional.

**ANEXO 1: ESTRATÉGIA TÉCNICA MUNDIAL PARA O PALUDISMO: VISÃO GERAL**  
**(Fonte: Estratégia Técnica Mundial da OMS para o Paludismo 2016-2030)**

<b>VISÃO – Um mundo livre do paludismo</b>			
<b>OBJECTIVOS</b>	<b>MARCOS</b>		<b>METAS</b>
	<b>2020</b>	<b>2025</b>	<b>2030</b>
1. Reduzir as taxas de mortalidade por paludismo no mundo comparativamente a 2015	Pelo menos 40%	Pelo menos 75%	Pelo menos 90%
2. Reduzir a incidência de casos de paludismo no mundo comparativamente a 2015	Pelo menos 40%	Pelo menos 75%	Pelo menos 90%
3. Eliminar o paludismo dos países onde a sua transmissão ainda se verificou em 2015	Pelo menos 10 países	Pelo menos 20 países	Pelo menos 35 países
4. Prevenir o reaparecimento do paludismo em todos os países que dele se livraram	Reaparecimento impedido	Reaparecimento impedido	Reaparecimento impedido
<b>PRINCÍPIOS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos os países podem acelerar os seus esforços com vista à eliminação, combinando intervenções em função de cada contexto local.</li> <li>• Apropriação e liderança nacional com o envolvimento e a participação das comunidades, algo essencial para acelerar o progresso através de uma abordagem multisectorial.</li> <li>• É imprescindível incrementar a vigilância, a supervisão e a avaliação, assim como a estratificação de acordo com o fardo do paludismo para otimizar a implementação das intervenções no campo do paludismo.</li> <li>• É essencial a equidade no acesso aos serviços de saúde, em particular no que diz respeito às populações mais vulneráveis e de difícil acesso.</li> <li>• A inovação em ferramentas e abordagens de implementação permitirá aos países maximizar a sua progressão ao longo do seu processo de eliminação.</li> </ul>			
<b>QUADRO ESTRATÉGICO</b>			
Comporta 3 pilares principais, a par de 2 elementos de suporte: 1) inovação e investigação e 2) um ambiente propiciador sólido			
<b>Maximizar o impacto dos meios destinados a salvar vidas existentes actualmente</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>1.º Pilar.</b> Assegurar o acesso universal à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento do paludismo</li> <li>• <b>2.º Pilar.</b> Acelerar os esforços com vista à eliminação do paludismo e à consecução do estatuto de país livre do paludismo</li> <li>• <b>3.º Pilar.</b> Transformar a vigilância do paludismo numa intervenção central</li> </ul>			
<b>1º Elemento de suporte. Tirar partido da inovação e expandir a investigação</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigação fundamental para promover a inovação e o desenvolvimento de novos e melhores instrumentos</li> <li>• Implementação da investigação para otimizar o impacto e a rendibilidade dos instrumentos e estratégias existentes</li> <li>• Medidas para facilitar a rápida adopção de novas ferramentas, intervenções e estratégias</li> </ul>			
<b>2.º Elemento de suporte. Reforçar o ambiente propiciador</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortes compromissos políticos e financeiros</li> <li>• Abordagens multisectoriais e colaboração transfronteiriça e regional</li> <li>• Tutela do sistema de saúde na sua globalidade, incluindo o sector privado, contando com um enquadramento regulamentar</li> <li>• Desenvolvimento de capacidades para a eficaz gestão programática e a investigação</li> </ul>			

**ANEXO 2: INDICADORES DE DESEMPENHO, MARCOS E METAS RELATIVAMENTE AO PALUDISMO NA REGIÃO AFRICANA EM CADA FASE DO PROGRAMA**

Categorias	Indicadores	Fases do programa				Monitorização dos progressos			
		(1)	(2)	(3)	(4)	Base de referência/Marcos/ Metas			
						2015	2020	2025	2030
<b>Impacto</b>									
Morbilidade	Incidência Parasitária Anual	X	X	X	-	235 <sup>2</sup>	<140	<60	<24
Mortalidade	Taxa de morte associada ao paludismo	X	X	X	-	49 <sup>2</sup>	<30	<10	<5
<b>Resultado</b>									
	Percentagem da população que dormiu protegida por mosquiteiros tratados com insecticida de longa duração	X	X	X (focos)	-	68%	80%	85%	100%
	Percentagem de mulheres grávidas que receberam pelo menos 3 doses de tratamento preventivo intermitente do paludismo durante a gravidez	X	-	-	-	7% (2013)	80%	85%	100%
	Percentagem de casos suspeitos submetidos a teste	X	X	X	X	62% (2013)	90%	95%	100%
	Percentagem de países que dispõem de base de dados (repositório) com informação actualizada abrangendo todas as zonas <sup>14</sup>	X	XX	XX	XX		60%	80%	100%
	Percentagem de relatórios das unidades de saúde esperados e recebidos completados (com indicadores essenciais) <sup>15</sup>	X	X	X	X		80%	90%	100%
	Percentagem de focos analisados	-	X	X	X		90%	95%	100%
	Percentagem de casos analisados e classificados		X	X	X		90%	95%	100%

**Legenda:** X = aplicável; XX = ainda mais aplicável

<sup>14</sup> Vigilância, entomologia, intervenções, resultados de inquéritos, controlo de qualidade, financiamento, recursos humanos, lista geral de unidade de saúde, população, meteorologia, etc.

<sup>15</sup> Contemplando casos de paludismo em ambulatório, em regime de internamento e óbitos comunicados a nível nacional.

**ANEXO 3: QUADRO DE IMPLEMENTAÇÃO REGIONAL CONTRA O PALUDISMO – MEDIDAS PRIORITÁRIAS POR OBJECTIVOS, PILARES E FASES DO PROGRAMA**

OBJECTIVOS, PILARES E MEDIDAS PRIORITÁRIAS	FASES DO PROGRAMA			
	Controlo	Pré-eliminação	Eliminação	Prevenção do reaparecimento
<i>1.º Objectivo: Reduzir a taxa de mortalidade causada pelo paludismo em pelo menos 90% em África até 2030</i>				
<i>2.º Objectivo: Reduzir a taxa de incidência de casos de paludismo em pelo menos 90% em África</i>				
<i>1.º Pilar: Assegurar o acesso universal à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento do paludismo</i>				
– Reforçar os sistemas para um controlo efectivo do vector do paludismo na prestação de serviços: a) acesso e cobertura universal de alta qualidade em termos de LLIN para toda a população de risco, b) cobertura universal de alta qualidade em termos de PRI para todas as zonas-alvo e todas as populações de risco, c) gestão das fontes larvares (GFL) incluindo a utilização de larvicidas, a intervenção e gestão ambiental em complemento das LLIN e PRI, e d) monitorização da vigilância entomológica e da resistência aos insecticidas e respectiva gestão.	X	X		
– Reforçar os sistemas para um diagnóstico e uma prestação de serviços eficientes no domínio do paludismo através do alargamento do acesso a pontos onde os serviços são prestados com: a) pessoal de saúde devidamente formado e dotado de meios para uma efectiva prestação de serviços de diagnóstico e tratamento, incluindo o destacamento de pessoal de saúde comunitária ou de extensões de saúde, b) acesso a diagnósticos e medicamentos garantia de qualidade destinados realização de testes de diagnóstico apropriados a todos os casos presumíveis de paludismo e ao tratamento de todos os casos de testes positivos com antipalúdicos adequados e eficazes, c) supervisionar e conter a resistência à artemisinina e d) monitorizar e melhorar a qualidade dos serviços curativos relativos ao paludismo.	X	X		
– Reforçar os sistemas para uma quimioterapia preventiva eficaz de todos os grupos populacionais visados através de: a) uma cobertura universal com TPIPG, b) uma cobertura universal com TPIPC, c) uma cobertura universal com QPSP e d) uma cobertura universal com outro tipo de quimioterapia preventiva inovadora, incluindo vacinas contra o paludismo quando estiverem disponíveis.	X	X		
– Reforçar os sistemas para uma alteração concreta do comportamento em relação ao paludismo e à forma como são prestados os serviços nesta área: a) estudos socioculturais e comportamentais permitem sustentar a concepção de estratégias mais adaptadas ao contexto local, b) uma cobertura universal de alta qualidade, levando em conta as especificidades culturais, e assente em estratégias e ferramentas de Informação, Educação e Comunicação/Comunicação para a Mudança de Comportamento (IEC/BCC) e c) monitorizar o impacto da IEC/BCC centrando-se no controlo do vector, na quimioterapia preventiva e nos serviços de diagnóstico e tratamento como forma indirecta de medir o impacto dos serviços de IEC/BCC.	X	X		
– Reforçando os mecanismos de modo a reforçar o apoio à investigação operacional para programar o planeamento, a implementação e a inovação no combate ao paludismo: a) constituição e operacionalização de uma plataforma (ou grupo de trabalho técnico) para fomentar a colaboração entre instituições de investigação e programas de combate ao paludismo, b) promover uma agenda de investigação operacional, o financiamento e o desenvolvimento institucional e c) investigação para fóruns políticos, no intuito de partilhar dados que orientem as políticas e estratégias dos programas nacionais de combate ao paludismo.	X	X		
– Visar e intensificar o acesso e a cobertura das intervenções contra o paludismo através de envolvimento comunitário - habilitando as comunidades e os grupos populacionais a encarregarem-se de controlar eles próprios o paludismo enquanto iniciativa de		X	X	X

OBJECTIVOS, PILARES E MEDIDAS PRIORITÁRIAS	FASES DO PROGRAMA			
	Controlo	Pré-eliminação	Eliminação	Prevenção do reaparecimento
desenvolvimento comunitário: a) promoção da causa junto de comunidades e grupos populacionais alvo e b) reforço das capacidades para uma participação comunitária intensificada junto de comunidades e grupos populacionais específicos.				
- Reforçar/institucionalizar a estratificação do fardo do paludismo para direccionar com mais rigor as intervenções destinadas a melhorar o impacto em distritos ou localidades com elevada carga da doença, usando parâmetros epidemiológicos padrão (incidência, entomologia, factores socioeconómicos, etc.): a) reforçar as capacidades a nível nacional e distrital para investir no impacto e b) fazer o acompanhamento do impacto e adaptar as intervenções específicas em função desses resultados.		X	X	X
<b>3.º Pilar: Transformar a vigilância do paludismo numa intervenção central</b>				
- Reforçar os sistemas para uma efectiva vigilância, monitorização e avaliação do paludismo: a) seguir os resultados dos testes e serviços de tratamento do paludismo com documentação adequada e comunicar os resultados dos testes do paludismo e a situação relativa aos casos, b) desenvolver as capacidades para usar dados sobre paludismo de qualidade comprovada no sentido de definir os focos e sobretudo visá-los com intervenções específicas (que irá fornecer melhores informações sobre a situação do paludismo para a tomada de decisões, destinadas a reduzir ainda mais o peso do paludismo), c) monitorizar a qualidade e acompanhar o impacto das intervenções de controlo do vector e d) monitorizar e avaliar o desempenho do programa.	X	XX	X	X
- Reforçar/criar sistemas e capacidades para prever, detectar e reagir em termos de prontidão e de resposta às epidemias através de: a) planeamento da prontidão e resposta às epidemias de paludismo, b) monitorização temporal e espacial da distribuição de casos incluindo o desenvolvimento e a distribuição de ferramentas de supervisão das epidemias, c) investigação epidemiológica e entomológica de todos os casos com vista a acções adequadas, d) reservas de emergência de medicamentos, pré-posicionamento e financiamento da resposta às epidemias de paludismo, e) mecanismos de coordenação das partes interessadas e f) adequada implementação das intervenções, incluindo PRI e AMM específicas.	X	X	XX	X
<b>1.º Elemento de suporte: Tirar partido da inovação e expandir a investigação</b>				
- Reforçar os mecanismos para melhorar o apoio à investigação e inovação dos programas de combate ao paludismo através de: a) mecanismos de colaboração que tirem partido da inovação e expandam a capacidade de investigação nos programas nacionais de combate ao paludismo, b) investigação e desenvolvimento de novas ferramentas e tecnologias - controlo do vector, teste de diagnóstico e tratamento, e vacinas contra o paludismo.	X	X	X	X
- Reforçar os sistemas para desenvolver e implantar novas ferramentas e tecnologias através de: a) melhoria das capacidades das autoridades reguladoras nacionais e da promoção de um registo e licenciamento agilizado das novas tecnologias, incluindo a sua valorização política e a formação em prol da adopção de novas tecnologias, b) monitorização e avaliação da implantação e do impacto das novas tecnologias e c) parcerias público-privadas para a transferência Norte-Sul de tecnologias e da produção local de novas ferramentas e tecnologias.	X	X		
- Desenvolver e tirar partido das orientações e ferramentas através de: a) actualização das orientações e ferramentas técnicas existentes e b) elaboração de novas orientações e ferramentas em função das necessidades.			X	
<b>2.º Elemento de suporte: Reforçar o ambiente propiciador</b>				
- Reforçar os sistemas para uma gestão efectiva do programa de combate ao paludismo através de: a) reforço das capacidades dos recursos humanos e das infra-estruturas a todos os níveis, b) gestão das compras e abastecimento (PSM), c) envolvimento multisectorial e comunitário, d) financiamento nacional e internacional específico para o paludismo e e) revisão programática, planeamento, coordenação e prestação de contas.	XX	X	X	XXX
- Reforçar os sistemas para uma colaboração transfronteiriça com os países limítrofes: a) proporcionar um ambiente político, administrativo e logístico e directrizes harmonizadas, b) mecanismos de coordenação nos distritos fronteiriços, c) serviços de	X	X	XX	XXX

OBJECTIVOS, PILARES E MEDIDAS PRIORITÁRIAS	FASES DO PROGRAMA			
	Controlo	Pré-eliminação	Eliminação	Prevenção do reaparecimento
saúde nos distritos fronteiriços e monitorização dos fluxos de doentes, d) determinar o perfil do paludismo em todos os distritos fronteiriços, e e) monitorizar o paludismo e as estratégias de controlo/eliminação nos pontos de entrada.				
<b>3.º Objectivo: Eliminar o paludismo em pelo menos 20 países africanos onde houve transmissão de paludismo em 2015</b>				
<b>2.º Pilar: Acelerar os esforços com vista à eliminação do paludismo</b>				
- Adoptar e implementando estruturas e sistemas programáticos apropriados o processo de eliminação através de: a) descentralização e destacamento de equipas operacionais de terreno a nível distrital (equipas distritais para a eliminação do paludismo, equipas abrangentes de vigilância e resposta em cada distrito para combate do paludismo), b) actualização de directrizes e orientações, c) quadro legislativo relativo à eliminação do paludismo e d) reforço das capacidades dos recursos humanos e do financiamento com vista à eliminação do paludismo a todos os níveis.			XX	X
- Reforçar os sistemas para proceder a uma análise regular do programa, incluindo a criação de um Comité de Peritos para a Eliminação do Paludismo em África <sup>16</sup> : a) estudos de viabilidade sobre a eliminação do paludismo recorrendo a quadros e instrumentos acordados, b) auditorias anuais sobre a qualidade dos dados, c) reuniões anuais de revisão e planeamento e reorientação do programa com base em evidências, e d) desenvolvimento de bases de dados sobre eliminação que reúnam e preservem toda a informação relativa à eliminação do paludismo.			X	X
- Interromper a transmissão local através da descentralização e operacionalização dos sistemas de vigilância e resposta recorrendo a: a) uma notificação completa de todos os casos (locais e importados) nas unidades de saúde públicas e privadas, b) investigação no terreno de todos os casos notificados, incluindo o rastreio de todas as pessoas em contacto com o caso primário, e detecção e mapeamento de todos os locais de reprodução do vector num raio definido, c) determinação dos factores de risco ou factores de transmissão associados a cada caso primário, d) implementação das actividades de resposta, incluindo o tratamento de todos os casos positivos, implementação adequada das intervenções de controlo do vector, incluindo a gestão dos locais de reprodução e o estabelecimento de intervenções de protecção pessoal e actividades de IEC/BCC, e e) missão de reconhecimento de cada foco de transmissão após a resposta.			X	XX
- Reforçar os sistemas para fornecerem intervenções de qualidade comprovada na gestão dos casos tanto no sector público como privado em contextos de eliminação, ou seja: a) testar todos os casos de febre recorrendo a diagnósticos de verificação de qualidade comprovada e controlada, b) tratar todos os casos e aplicar um tratamento sobre os gametócitos no <i>p. falciparum</i> e radical no <i>P. Vivax</i> , c) monitorizar a eficácia terapêutica, d) implementar a profilaxia química para populações alvo e e) otimizar o rastreio e tratamento.		X	XX	XXX
- Reforçar os programas de controlo do vector para reduzir o contacto entre pessoas e vectores, e a capacidade de transmissão dos			XX	XXX

<sup>16</sup> Caberá ao Comité de Peritos para a Eliminação do Paludismo em África: supervisionar regularmente os avanços da implementação e prosseguir na adaptação de metas e marcos em consonância com as nossas capacidades, que esperamos serem crescentes ao longo do tempo; realizar um acompanhamento e uma auditoria anual independente aos sistemas nacionais de eliminação; apoiar os países na preparação da documentação para o processo de certificação da eliminação; e aconselhar o Grupo de Trabalho para o Paludismo em África e os países respectivos acerca da preparação com vista à certificação da eliminação.

OBJECTIVOS, PILARES E MEDIDAS PRIORITÁRIAS	FASES DO PROGRAMA			
	Controlo	Pré- eliminação	Eliminação	Prevenção do reaparecimento
vectores locais nos contextos de eliminação através de: a) reconhecimento geográfico de todos os focos activos, b) melhoria da capacidade na implementação das intervenções visadas para controlo do vector, c) cobertura eficaz com recurso a LLIN e/ou PRI em focos de transmissão; d) gestão das fontes larvares (GFL), incluindo iniciativas de gestão ambiental quando se justifique, e) protecção pessoal em complemento de PRI, LLIN e GFL, e f) monitorização e gestão da resistência aos insecticidas.				
- Reduzir a vulnerabilidade e receptividade nas zonas de risco do paludismo através de: a) avaliação regular da vulnerabilidade e receptividade e mapeamento e b) atenuar e gerir a vulnerabilidade e a receptividade.			X	XXX
<b>4.º Objectivo: Prevenir o reaparecimento do paludismo em todos os países livres da doença</b>				
- Manter o estatuto de país livre do paludismo através de: a) uma adequada manutenção das capacidades para detectar e responder à reintrodução, e b) realização de uma auditoria semestral, externa e independente, dos processos sistémicos de eliminação e reforço dos sistemas de eliminação, com vista à certificação de país livre do paludismo pela OMS.				XXX
- Preservar as capacidades adequadas para manter o estatuto de país livre do paludismo através de: a) investigação de todos os casos e da colaboração transfronteiriça e b) intervenções apropriadas, como sejam PRI e AMM específicas.				XXX

**Legenda:** X = adequada; XX = ainda mais adequada; XXX = a mais adequada