Organização Mundial da Saúde
Região Africana

AFR/RC75/8
25 de Julho de 2025

Comité Regional para a África **Versão original: Inglês**

Septuagésima quinta sessão
Lusaca, República da Zâmbia, 25–27 de Agosto de 2025

Ponto 11 da ordem do dia provisória

Abordagem das ameaças e galvanização da acção colectiva para atingir as metas de eliminação do paludismo de 2030

Documento técnico

Índice

Parágrafos

Contexto 1–6

Problemas e desafios 7–14

Medidas propostas 15–17

Anexo

Página

Eficácia e custos das intervenções contra o paludismo 6

Contexto

1. Os Estados-Membros da Região Africana da OMS continuam a combater o paludismo através da implementação do Quadro para o controlo, a eliminação e a erradicação integrados das doenças tropicais e de transmissão vectorial na Região Africana 2022–2030. O Quadro (AFR/RC72/7) foi adoptado na septuagésima segunda sessão do Comité Regional para a África e está alinhado com a Estratégia técnica mundial (ETM) para o paludismo 2016–2030[1] e com os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável.

2. Este documento técnico foi elaborado em resposta às preocupações expressas pelos Estados-Membros no septuagésimo quarto Comité Regional, onde apelaram a uma acção urgente para acelerar a prevenção e o controlo do paludismo (AFR/RC74/INF.DOC/8). Realça o estado dos progressos em direcção aos marcos da ETM,[2] os principais desafios e as recomendações para revigorar os esforços actuais com vista a acelerar os progressos para atingir as metas da Estratégia técnica mundial até 2030.

3. Os Relatórios Mundiais sobre o Paludismo para o período 2016–2023 têm indicado sistematicamente uma estagnação dos progressos no controlo do paludismo.[3] Entre 2015 e 2023, a incidência do paludismo foi reduzida em 5%[4] e a mortalidade por paludismo em 16%.[5] No entanto, estas reduções ficaram aquém das metas regionais e mundiais para 2020, que estipulavam uma redução de 40% na incidência do paludismo e das mortes causadas pela doença em relação aos valores de referência de 2015. Sem uma mudança significativa nas estratégias de resposta, os marcos de 2025 e as metas de 2030 não serão atingidos.

4. No entanto, existem grandes disparidades nas tendências da doença entre os países. Na Região Africana da OMS, apenas o Ruanda está no bom caminho para atingir a meta da Estratégia técnica mundial 2025 de redução da incidência de casos de paludismo, e apenas São Tomé e Príncipe está no bom caminho para atingir a meta da ETM 2025 de redução da mortalidade. Em 2024, Cabo Verde tornou-se o segundo Estado-Membro da Região a obter o certificado de país livre de paludismo desde 2015, após a certificação da Argélia em 2019.

5. Registou-se um aumento da cobertura das intervenções. As taxas de utilização de redes mosquiteiras tratadas com insecticida (RMTI) na população em geral aumentaram de 46% em 2021 para 59% em 2023; o número de crianças com acesso à quimioprevenção sazonal do paludismo aumentou de 0,2 milhões em 2012 para 53 milhões em 2023 em 18 Estados-Membros; [6]e cerca de 5 milhões de crianças receberam vacinas antipalúdicas até Dezembro de 2024 em 17 países.[7]

---

1 Global technical strategy for malaria 2016–2030, 2021 update. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

2 Metas da Estratégia técnica mundial para 2025: Reduzir a incidência de casos e mortes por paludismo em pelo menos 75% em relação a 2015, eliminar o paludismo em pelo menos dois Estados-Membros, e impedir o seu ressurgimento em países anteriormente endémicos; para 2030: Reduzir a incidência de casos e mortes por paludismo em pelo menos 90% em relação a 2015, eliminar o paludismo em pelo menos seis países, e impedir o seu ressurgimento em países anteriormente endémicos.

3 OMS, Relatório Mundial sobre o Paludismo 2024

4 226,8 por 1000 habitantes em 2023, em comparação com a incidência de casos de 238,9 por 1000 habitantes em 2015

5 52,4 por 100 000 habitantes em 2023, em comparação com 62,5 por 100 000 habitantes em 2015

6 Benim, Burquina Faso, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Senegal, Sudão do Sul, Togo e Uganda.

7 Benim, Burquina Faso, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Gana, Libéria, Maláui, Moçambique, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Serra Leoa, Sudão do Sul e Sudão.

6. A OMS e os seus parceiros lançaram a iniciativa «grande impacto em países de fardo elevado» (HBHI)[8],[9] em 2018. Esta foi reactivada em 2024, através da assinatura da Declaração de Yaoundé para acabar com as mortes por paludismo e acelerar os esforços de eliminação para colocar os Estados-Membros no bom caminho.

Problemas e desafios

7. A Região Africana da OMS continua a acarretar o maior fardo do paludismo, representando 95% das 597 000 mortes a nível mundial e 94% dos 263 milhões de casos de paludismo em 2023. A estagnação dos progressos na redução da incidência do paludismo é atribuída a uma convergência de desafios.

8. **Deficiências nos sistemas de saúde:** Sistemas de saúde frágeis nos Estados-Membros, caracterizados por um acesso limitado e tardio a serviços de saúde de qualidade, por défices a nível do pessoal da saúde e por rupturas de *stock* de produtos que salvam vidas, dificultam a prestação eficaz de intervenções no domínio dos cuidados de saúde primários. Melhorias no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde, sobretudo ao nível dos cuidados de saúde primários, têm um impacto mais significativo nos países com elevado fardo.[10] Além disso, menos de 5% das pessoas que sofrem de paludismo têm acesso a serviços de tratamento através dos agentes comunitários de saúde, apesar do seu contributo significativo para o declínio dos casos graves de paludismo e de mortes em países como a Etiópia, o Gana e o Ruanda.[11]

9. **Crises humanitárias:** Os conflitos sociopolíticos e as catástrofes naturais provocaram migrações e deslocações de populações, aumentando a exposição ao paludismo e conduzindo a epidemias e a picos significativos de casos e mortes. Os exemplos incluem surtos na Etiópia[12] e no Sudão do Sul.[13] A Etiópia, a Nigéria e o Uganda contaram com 64%[14] dos 5 milhões de casos adicionais observados entre 2021 e 2022 a nível mundial. Em 2023, cerca de 80 milhões de pessoas em países onde o paludismo é endémico eram pessoas deslocadas internamente ou refugiados, dos quais 70% foram desalojados por conflitos ou catástrofes naturais, com pouco acesso a serviços de combate ao paludismo.

10. **Demonstração insuficiente de vontade política, evidenciada por um financiamento interno e uma mobilização de recursos** inadequados: O nível limitado de compromissos e medidas para além de declarações e de financiamento interno insuficiente minam os esforços sustentáveis de controlo do paludismo, deixando os programas fortemente dependentes de apoio externo. Apesar de várias declarações sobre o aumento dos recursos internos para a saúde, muito poucos governos africanos cumpriram os seus compromissos devido a limitações no ambiente económico e a prioridades nacionais divergentes.[15] Em 2023, foi investido um total de 4 mil milhões de dólares a nível mundial

---

[8] A iniciativa HBHI envolve campanhas de sensibilização para reforçar o compromisso político, aumentar os investimentos em sistemas de dados e a utilização de informação estratégica para a acção, e melhorar a orientação técnica para os países, bem como a coordenação multissectorial.

[9] Relatório Mundial da OMS sobre o Paludismo (2023); (ver Capítulo 4). (Relatório Mundial da OMS sobre o Paludismo 2023)

[10] Sahu M, Tediosi F, Noor AM et al. Health systems and global progress towards malaria elimination, 2000–2016. *Malar J* **19**, 141 (2020). (https://doi.org/10.1186/s12936-020-03208-6)

[11] OMS, Relatório Mundial sobre o Paludismo 2024

[12] Disease Outbreak News. (https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON542)

[13] (https://www.afro.who.int/countries/south-sudan/news/south-sudan-marks-malaria-day-calls-robust-multisectoral-actions-reduce-malaria-burden)

[14] Etiópia e Nigéria (mais de 1,3 milhões cada), Uganda (mais de 597 000).

[15] Região Africana da OMS, Atlas das Despesas de Saúde, 2023

na resposta ao paludismo, em comparação com uma necessidade total de 8,3 mil milhões de dólares, o que representa um défice de 4,3 mil milhões de dólares. Cerca de 63% do financiamento para combate ao paludismo provém de fontes internacionais. Para resolver este desequilíbrio, foram lançadas iniciativas nacionais para mobilizar recursos, incluindo os Conselhos de Combate ao Paludismo, com oito Estados-Membros[16] a mobilizarem cerca de 125 milhões de dólares desde 2018, ao mesmo tempo que foram realizadas campanhas nacionais de eliminação do paludismo para aumentar o compromisso político e promover a colaboração multissectorial e a participação das comunidades.[17]

11. **Factores ambientais, incluindo as alterações climáticas:** As mudanças climáticas tiveram efeitos directos e indirectos na transmissão e no fardo do paludismo. Fenómenos meteorológicos extremos de curto prazo podem levar não só à deslocação de populações e à devastação socioeconómica, mas também a grandes epidemias de doenças como o paludismo. Exemplos dignos de nota incluem ciclones recorrentes e correlacionados, e inundações ao longo da costa de Moçambique, levando a aumentos transitórios de casos de paludismo.

12. **Resistência aos insecticidas:** A resistência generalizada a insecticidas, especialmente aos piretróides, confirmada em 34 dos 47 países[18] da Região Africana, reduziu a eficácia das intervenções baseadas em insecticidas. Além disso, o novo vector invasivo, *Anopheles stephensi*, que causa aumentos no paludismo no meio urbano na Região do Corno de África, propagou-se para cinco Estados-Membros,[19] exigindo novas intervenções de controlo de vectores. A implementação de estratégias de resistência aos insecticidas, a adopção de redes mosquiteiras tratadas com insecticida de duplo ingrediente activo, novos produtos químicos para a pulverização residual intradomiciliária, a gestão das fontes de larvas e outras ferramentas inovadoras, como os mosquitos geneticamente modificados, podem ser eficazes para enfrentar este desafio. Em 2024, o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo aumentou a percentagem de redes mosquiteiras com duplo ingrediente activo para 60%, com base em dados sobre a resistência aos insecticidas. Além disso, o Escritório Regional da OMS está a implementar uma iniciativa lançada em 2022 para travar a propagação do *Anopheles stephensi* em África.[20]

13. **Resistência aos meios de diagnóstico e aos medicamentos antipalúdicos:** As mutações genéticas do parasita resultaram numa diminuição da sensibilidade dos testes de diagnóstico, ao mesmo tempo que a resistência parcial à artemisinina, confirmada na Eritreia, República Unida da Tanzânia, Ruanda e Uganda, e suspeita na Etiópia, Namíbia, Sudão e Zâmbia, está a reduzir a eficácia dos antipalúdicos. Para enfrentar esta ameaça, a OMS lançou uma estratégia de resposta à resistência a medicamentos antipalúdicos na África e está a divulgar um guia sobre a implementação de múltiplas terapêuticas de primeira linha para desacelerar a propagação da farmacorresistência. Pelo menos 10 países[21] estão a receber apoio na avaliação dos factores que contribuem para a resistência e a adoptar políticas para dar resposta à ameaça.

---

16 Essuatíni, Guiné-Bissau, Moçambique, Nigéria, Quénia, República Unida da Tanzânia, Uganda e Zâmbia.

17 Relatório de progresso da União Africana sobre o Paludismo (2024)

18 (https://cdn-auth-cms.who.int/media-aut/docs/default-source/malaria/world-malaria-reports/countries-reporting-confirmed-pyrethroid-resistance.pdf)

19 Eritreia, Etiópia, Gana, Nigéria e Quénia

20 Iniciativa da OMS para travar a propagação do *Anopheles stephensi* em África. (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UCN-GMP-2022.06)

21 Angola, Burquina Faso, Camarões, Eritreia, Moçambique, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Serra Leoa e Uganda

14. **Insuficiente coordenação intersectorial e intra-sectorial entre os parceiros:** Processos de financiamento fragmentados e complexos, a falta de alinhamento das funções dos parceiros e a concorrência entre as prioridades de financiamento nacionais e mundiais conduziram a ineficiências na utilização dos recursos. Por conseguinte, muitos parceiros reconhecem a necessidade de uma mudança radical na forma como operam, por forma a revigorar os progressos e adoptar uma nova narrativa positiva em torno do controlo do paludismo, e mobilizar um aumento do financiamento nos próximos anos.

Medidas propostas

15. Os Estados-Membros devem implementar as seguintes medidas para galvanizar a acção contra o paludismo:

Medidas melhoradas de reforço dos sistemas para garantir a resiliência dos programas

a) Reforçar os sistemas de saúde, apoiando o reforço global das capacidades e a retenção de profissionais de saúde qualificados, incluindo os agentes comunitários de saúde, a fim de garantir um acesso contínuo aos serviços de diagnóstico e de tratamento a todos os níveis, no âmbito de serviços de saúde integrados e de qualidade, centrados nas pessoas.

b) Reforçar as cadeias de abastecimento de produtos de base para o paludismo através de sistemas de aquisição conjunta, estabelecer sistemas digitais de gestão logística integrada e descentralizar os sistemas de gestão da cadeia de abastecimento para garantir o abastecimento adequado e atempado de produtos de base essenciais.

c) Investir na implantação de sistemas nacionais de informação sanitária eficientes e fiáveis, incluindo tecnologias analíticas e de sistemas de informação geográfica, para apoiar a adaptação e a orientação das intervenções com base em dados, por forma a aumentar o impacto e a relação custo-eficácia.

d) Reforçar as capacidades dos institutos nacionais de saúde pública existentes, aproveitando as capacidades locais e os mecanismos de resposta a emergências de saúde pública para detectar, investigar e responder rapidamente aos surtos de paludismo.

e) Adoptar e aplicar estratégias e orientações de gestão da resistência aos insecticidas para dar resposta à resistência a medicamentos antipalúdicos, incluindo o reforço da capacidade institucional para efectuar a vigilância e a expansão de redes mosquiteiras tratadas com insecticida de duplo ingrediente activo e de insecticidas alternativos para a pulverização residual intradomiciliária em regiões propensas à resistência.

f) Adoptar e aplicar estratégias e orientações para dar resposta à resistência aos medicamentos antipalúdicos, tais como o reforço da capacidade institucional para realizar a vigilância da farmacorresistência, a expansão dos serviços preventivos, a diversificação dos medicamentos antipalúdicos recomendados e a colaboração transfronteiriça e regional.

g) Manter e expandir a implementação da vacinação contra o paludismo em populações vulneráveis elegíveis e apoiar o envolvimento contínuo da comunidade na luta contra o paludismo.

h) Reforçar a liderança dos países na coordenação e mobilização de recursos para o controlo do paludismo, aproveitando a dinâmica da Conferência Ministerial sobre o Paludismo, que teve lugar nos Camarões, e que levou à assinatura da Declaração de Yaoundé, bem como outras iniciativas de vários intervenientes, como o "Big Push", que visa revigorar o controlo mundial do paludismo melhorando a coordenação e assegurando o alinhamento dos parceiros para apoiar as prioridades nacionais, de acordo com a Agenda de Lusaca.

i) Acelerar a mobilização de recursos internos através da promoção de iniciativas nacionais de sensibilização, como os Conselhos e Fundos da iniciativa Pôr Fim ao Paludismo, que envolvem o sector privado, para colmatar as lacunas financeiras e garantir a utilização eficiente e eficaz dos fundos.
j) Aumentar a vigilância para prevenir o ressurgimento do paludismo em zonas onde poderá ter sido interrompida a transmissão da doença.

Aumentar a implementação de iniciativas multissectoriais emblemáticas

a) Tirar partido das iniciativas e dos projectos emblemáticos existentes, tais como a iniciativa «grande impacto em países de fardo elevado», a E-2025, a *Elimination* 8 e a Iniciativa para a Eliminação do Paludismo no Sahel,[22] reforçar a vigilância do paludismo, a colaboração transfronteiriça, o empenhamento político para eliminar o paludismo, o reforço das capacidades institucionais e a mobilização de recursos para a resposta ao paludismo.
b) Proporcionar uma liderança forte para a acção multissectorial, assegurando o planeamento conjunto, a execução eficaz, a monitorização, a avaliação e a responsabilização em todos os sectores da luta contra o paludismo, garantindo que todas as populações em risco recebem sistematicamente as ferramentas adequadas, incluindo as populações que vivem em zonas de difícil acesso e em contextos humanitários afectados por conflitos.
c) Aproveitar o enorme potencial da modelização de dados sobre o paludismo, socioambientais e climáticos, para antecipar os surtos de paludismo e tirar partido dos sistemas de resposta à pandemia de COVID-19 para reforçar a prevenção, a preparação e a resposta aos surtos.

16. A OMS e os parceiros devem:

Reforçar a mobilização de recursos, e a assistência e o apoio técnicos

a) Realizar uma avaliação rigorosa das actuais estratégias para garantir que as intervenções proporcionem o maior impacto possível na saúde em relação ao seu custo e para determinar com precisão os recursos necessários para alcançar as metas da luta contra o paludismo.
b) Mobilizar recursos suficientes, conforme necessário, para cumprir o mandato da OMS de liderar e coordenar as partes interessadas no âmbito do paludismo, divulgar orientações normativas e técnicas, ferramentas técnicas e serviços a nível mundial e regional e prestar apoio aos países.
c) Prestar assistência técnica para o reforço global das capacidades do pessoal da saúde em matéria de gestão de programas de luta contra o paludismo, de prestação de serviços de saúde de qualidade, integrados e centrados nas pessoas, e de utilização de estratégias e ferramentas inovadoras.
d) Facilitar o desenvolvimento e a adopção de orientações da OMS, incluindo quadros regionais, manuais e outros produtos técnicos.
e) Apoiar o fabrico local de medicamentos antipalúdicos e as iniciativas regionais de aquisição conjunta, a fim de assegurar uma maior oferta de medicamentos antipalúdicos a preços acessíveis e com garantia de qualidade.
f) Apoiar a criação de redes sub-regionais de monitorização da resistência para acompanhar e actuar contra as ameaças emergentes.
g) Colaborar com as unidades competentes da OMS para acelerar a pré-qualificação de novos produtos de controlo de vectores e antipalúdicos.

[22] OMS; Relatório Mundial sobre o Paludismo 2023: Acompanha os progressos rumo à eliminação nos países E2025 (ver Capítulo 5).

h) Explorar a aplicação de ferramentas novas, como a Inteligência Artificial (IA), para aprimorar a previsão dos riscos de surtos de paludismo.

Maior apoio à coordenação

a) Promover o intercâmbio sistemático das melhores práticas entre os Estados-Membros, aproveitando as que demonstram favorecer progressos excepcionais.

b) Reforçar a coordenação externa com os parceiros humanitários, como a UNICEF, o ACNUR e o PAM, e colocar previamente produtos de combate ao paludismo em zonas propensas a conflitos e afectadas por catástrofes, assegurando a integração dos serviços de combate ao paludismo nos sistemas de resposta a emergências.

c) Mobilizar recursos de emergência e coordenar, em estreita colaboração com o Programa de Emergências Sanitárias da OMS, as respostas transfronteiriças prestadas às comunidades deslocadas afectadas por conflitos e catástrofes, e promover acordos intersectoriais para fazer face às crises humanitárias e aos factores relacionados com o clima que contribuem para o paludismo.

d) Apoiar a investigação e a inovação, reforçando a coordenação e criando parcerias em matéria de investigação e desenvolvimento de ferramentas de controlo de vectores, meios de diagnóstico, medicamentos antipalúdicos e vacinas da próxima geração.

17. Convida-se o Comité Regional a apreciar o documento técnico e a tomar nota das acções propostas.

Anexo: Eficácia e custos das intervenções contra o paludismo

Principais mensagens

1. Os ganhos obtidos no controlo e eliminação do paludismo nas últimas duas décadas, em que foram evitados cerca de 2,2 mil milhões de casos e 12,7 milhões de mortes, resultaram da expansão de várias intervenções. Estas incluem a utilização de redes mosquiteiras tratadas com insecticida, pulverização residual intradomiciliária, tratamento preventivo intermitente do paludismo na gravidez, quimioprevenção sazonal do paludismo, administração em massa de medicamentos em contextos de eliminação, gestão dos casos e vigilância.

2. A OMS disponibiliza orientações para a elaboração de estratégias de prevenção e tratamento do paludismo. Estas orientações baseiam-se numa avaliação rigorosa das intervenções, que analisa a sua eficácia na redução da morbilidade e da mortalidade causada pelo paludismo, bem como sua viabilidade, aceitabilidade e relação custo-benefício. O quadro mostra os custos médios obtidos através de avaliações sistemáticas, embora os custos reais possam variar entre os países, em função das diferenças nas estratégias de implementação e nos custos locais.

3. As informações principais são as seguintes:

a) **Redes mosquiteiras tratadas com insecticida continuam a ser a estratégia com melhor relação custo-benefício** para a prevenção do paludismo na **população geral.**

b) **A pulverização residual intradomiciliária tem uma eficácia maior** na redução de casos de paludismo em comparação com as redes mosquiteiras tratadas com insecticida; no entanto, o seu custo relativamente alto requer uma implementação direccionada em zonas seleccionadas de elevado fardo, com base na disponibilidade de recursos e em situações de emergência.

c) Em zonas com elevada transmissão sazonal de paludismo, a **quimioprevenção sazonal do paludismo** pode reduzir significativamente tanto os casos da doença quanto as mortes.

d) O impacto das vacinas antipalúdicas é maior em contextos de transmissão média a alta e diminui em contextos de baixa transmissão. Actualmente, **as duas vacinas antipalúdicas aprovadas são recomendadas apenas para crianças com menos de cinco anos** de idade, onde seu impacto e a relação custo-benefício são mais altos.

e) O custo inicial da vacina R21 é inferior ao da RTS,S. No entanto, a Gavi estabeleceu uma política de co-financiamento para as vacinas antipalúdicas com vista a aumentar a acessibilidade económica de ambas as vacinas. Muitos países apoiados pela Gavi pagarão apenas 0,20 dólares americanos por dose de qualquer uma das vacinas**.**

f) O diagnóstico e tratamento precoces dos casos de paludismo são componentes essenciais dos cuidados de saúde, uma vez que previnem o paludismo grave e a morte, ao mesmo tempo que permitem reduzir substancialmente os custos económicos. Por outro lado, o tratamento do paludismo grave continua muito caro tanto para as populações afectadas como para os serviços de saúde.

4. Combinar diferentes ferramentas e estratégias aumenta a eficácia e o impacto nos resultados do paludismo, mas a escolha da combinação de intervenções deve ser informada por dados locais e recursos disponíveis.

Quadro 1. Eficácia e custos das intervenções contra o paludismo

Intervenção	Efeito na morbilidade	Efeito na mortalidade	População protegida	Custo unitário (USD)	Pressuposto para impacto	Referências
Utilização de rede mosquiteira tratada com insecticida (controlo de vectores)	45% de redução nos casos simples de paludismo 44% de redução nos casos graves de paludismo	17% contra a mortalidade geral nas crianças menores de 5 anos	Toda a população coberta por redes mosquiteiras tratadas com insecticida	7,03 por rede mosquiteira tratada com insecticidas distribuída (protege 2 pessoas por 2-3 anos)	Utilização consistente e tipo de rede mosquiteira tratada com insecticida adaptada ao perfil de resistência a insecticidas	Pryce J et al. Insecticide-treated mosquito nets for malaria prevention. Cochrane Database Syst Rev. 2018;11:CD000363. Lengeler C et al. Insecticide-treated mosquito nets and curtains for malaria prevention. Cochrane Database Syst Rev. 2004;2:CD000363.
Pulverização residual intradomiciliária (controlo de vectores)	65% de redução na incidência do paludismo	N/D	População-alvo coberta pela pulverização residual intradomiciliária	5,41 – 8,26 por pessoa protegida (anualmente)	Qualidade, *timing* e escolha de insecticida	Zhou Y et al. Effectiveness of indoor residual spraying on malaria control: a systematic review and meta-analysis. Infect Dis Poverty 11, 83 (2022). https://doi.org/10.1186/s40249-022-01005-8 PMI AIRS Project
Gestão de fontes de larvas (controlo de vectores)	18% de redução nos casos de paludismo em zonas onde os *habitats* aquáticos dos mosquitos são inferiores a 1 km^2	N/D	População em *habitats* inferiores a 1 km^2		Os locais de reprodução devem ser poucos, fixos e localizáveis	WHO Malaria Guidelines, 16 October 2023. Section 4.2.3: Chemoprevention of seasonal malaria. Geneva: World Health Organization
Quimioprevenção sazonal do paludismo	88% de eficácia na protecção contra o paludismo clínico nos primeiros 28 dias de tratamento.	42% – 56% de redução na mortalidade por paludismo durante a época de elevada transmissão	Crianças com menos de cinco anos em regiões onde é implementada a quimioprevenção sazonal do paludismo	6,6 por criança para 4 rondas	Qualidade da implementação, *timing*, conformidade na administração dos medicamentos	Cairns M et al. Effectiveness of seasonal malaria chemoprevention (SMC) treatments when SMC is implemented at scale: Case-control studies in 5 countries. PLOS Medicine. 2021;18(9):e1003727. WHO Malaria Guidelines, 16 October 2023. Section 4.2.3: Chemoprevention of seasonal malaria. Geneva: World Health Organization
Tratamento preventivo intermitente em mulheres grávidas	14% de redução na insuficiência ponderal à nascença em	Efeitos positivos indirectos na mortalidade materna	Mulheres grávidas e recém-nascidos	2,76 por administração de tratamento preventivo	Qualidade da implementação, *timing*, conformidade na	Paintain L et al. Cost-effectiveness of intermittent preventive treatment with dihydroartemisinin-piperaquine versus single screening and treatment for the control of malaria in pregnancy in Papua, Indonesia: a

Intervenção	Efeito na morbilidade	Efeito na mortalidade	População protegida	Custo unitário (USD)	Pressuposto para impacto	Referências
	zonas de elevado fardo			intermitente por mulher	administração dos medicamentos	provider perspective analysis from a cluster-randomised trial The Lancet Global Health, Volume 8, Issue 12, e1524 - e1533
Tratamento preventivo intermitente / Quimioprevenção perene do paludismo	30% de redução nos casos clínicos de paludismo durante o primeiro ano de vida	Incerto	Crianças com menos de 2 anos de idade	0,68–2,27 para a distribuição de doses de tratamento preventivo intermitente até aos 12 meses	Escolha do antipalúdico, SP é o com melhor relação custo-benefício	Multiply and Plus project Reports, 2025 Conteh L, Sicuri E, Manzi F, Hutton G, Obonyo B, Tediosi F, et al. (2010) The Cost-Effectiveness of Intermittent Preventive Treatment for Malaria in Infants in Sub-Saharan Africa. PLoS ONE 5(6): e10313. doi:10.1371/journal.pone.001031
Tratamento preventivo intermitente nas crianças em idade escolar	68% de redução nas readmissões hospitalares devido a paludismo grave	77% de redução na mortalidade	Crianças em idade escolar nas regiões-alvo	Pode variar dependendo da escolha do antipalúdico	Número adequado de doses administradas	WHO Malaria Guidelines, 16 October 2023. Section 4.2.4. Intermittent preventive treatment of malaria in school-aged children (IPTc). Geneva: World Health Organization; 2023.
Vacina antipalúdica (RTSS)	75% de redução nos casos clínicos quando administrada sazonalmente 22% de redução nos casos de hospitalização por paludismo grave	13% de redução na mortalidade geral	Crianças com menos de 5 anos de idade	9,3 por dose	Pontualidade e número de doses administradas	WHO Guide for introducing a malaria vaccine into national immunization programmes 2025 https://www.technet-21.org/en/resources/guidance/guide-for-introducing-a-malaria-vaccine-into-national-immunization-programmes
Vacina antipalúdica (R21)	75% de redução nos casos clínicos quando administrada sazonalmente	Poderá ser semelhante à RTSS	Crianças com menos de 5 anos de idade	3,9 por dose	Pontualidade e número de doses administradas	WHO Guide for introducing a malaria vaccine into national immunization programmes 2025 https://www.technet-21.org/en/resources/guidance/guide-for-introducing-a-malaria-vaccine-into-national-immunization-programmes
Tratamento do paludismo sem complicações	As ACT usadas para o tratamento podem reduzir a transmissão do	> 95%	Toda a população	2,59 por pessoa (teste e tratamento)	Pontualidade do tratamento, eficácia do	WHO Malaria Guidelines, 16 October 2023. Section 4.2.4. Intermittent preventive treatment of malaria in school-aged children

Intervenção	Efeito na morbilidade	Efeito na mortalidade	População protegida	Custo unitário (USD)	Pressuposto para impacto	Referências
	paludismo e a morbilidade geral.				medicamento, adesão do doente	(IPTc). Geneva: World Health Organization; 2023.
Tratamento do paludismo grave	Incerto	> 95% (variável)	Toda a população	33,54 por pessoa (teste e tratamento)	O impacto na mortalidade depende da pontualidade do tratamento e da gravidade das complicações.	WHO Malaria Guidelines, 16 October 2023. Section 4.2.4. Intermittent preventive treatment of malaria in school-aged children (IPTc). Geneva: World Health Organization; 2023.