Relatório sobre o Paludismo na África

2003

Organização Mundial da Saúde

unicef

© Organização Mundial da Saúde/UNICEF 2003

WHO/CDS/MAL/2003.1093

Todos os direitos reservados

As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou zona, nem de suas autoridades, nem tampouco questões de demarcação de suas fronteiras. As linhas ponteadas nos mapas representam fronteiras aproximativas sobre as quais pode ainda não existir acordo completo.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Com excepção de erros ou omissões, os nomes de especialidades farmacêuticas distinguem-se pela letra maiúscula inicial.

A Organização Mundial da Saúde não garante que as informações contidas nesta publicação sejam completas e correctas e não pode ser responsável por qualquer dano resultante da sua utilização.

Sumário

Acrónimos e siglas		5
Prefácio		9
Síntese		13
Introdução		13
1	**O fardo do paludismo na África**	**17**
1.1	O fardo do paludismo sobre a saúde na África	19
1.2	O fardo do paludismo nos sistemas de saúde africanos	19
1.3	O fardo do paludismo nos pobres	19
1.4	Tendências recentes no fardo do paludismo	20
1.5	Perspectivas futuras	22
2	**Mosquiteiros tratados com insecticida**	**24**
2.1	Evidência	24
2.2	Progresso: planos de estratégia com MTI	25
2.3	Progresso: taxas e impostos	25
2.4	Progresso: mosquiteiros tratados com insecticidas de longa duração	26
2.5	Progresso: cobertura	26
2.6	Desafios: aumento de cobertura	27
2.7	Desafios: superar as disparidades em cobertura por MTI	27
2.8	Expansão	27
3	**Tratamento imediato e efectivo**	**31**
3.1	Evidência	31
3.2	Resistência a medicamentos	32
3.3	Progresso: políticas sobre medicamentos	32
3.4	Progresso: cobertura terapêutica	33
3.5	Desafios: aumento de cobertura	34
3.6	Desafios: disparidades em utilização	35
3.7	Expansão	36
4	**Paludismo durante a gravidez**	**38**
4.1	Evidência	39
4.2	Progresso	41
4.3	Desafios	41
4.4	Oportunidades	53
5.	**Resposta a epidemias e urgências complexas**	**46**
5.1	Importância do problema	46
5.2	Prevenção e controlo de epidemias	48
5.3	Progresso e desafios	48
5.4	Estratégias para o futuro	51

6. Mobilização de recursos e financiamento 53

6.1 Recursos necessários para fazer recuar o paludismo 53

6.2 Recursos nacionais 54

6.3 Recursos internacionais 58

6.4 Próximas medidas para financiar a luta contra o paludismo na África 60

Notas sobre as fontes de dados 63

- Quadro 1: Disponibilidade de dados segundo a fonte 65
- Quadro 2: Fontes de dados para analisar o fardo e o controlo do paludismo 66

Descrição geral da caracterização de países 67

Caracterização dos países 70–112

- Quadro 3: Percentagem de crianças menores de cinco anos que dormiram sob um mosquiteiro (de qualquer tipo) na noite anterior ao inquérito, segundo características do contexto 114
- Quadro 4: Percentagem de crianças menores de cinco anos que dormiram sob um mosquiteiro tratado com insecticida na noite anterior ao inquérito, segundo características do contexto 115
- Quadro 5: Percentagem de crianças menores de cinco anos com febre que foram tratadas com um medicamento antipalúdico, segundo características do contexto 116
- Quadro 6: Percentagem de população vivendo em zonas a risco de transmissão do paludismo 117
- Quadro 7: Objectivos de Desenvolvimento do Milénio 118

Acrónimos e siglas

ACT	combinação terapêutica baseada em artemisina
ANC	cuidados pré-natais
AQ	amodiaquina
AS	artemisina
CFR	taxa de casos fatais
CQ	cloroquina
DHS	estudos demográficos e de saúde
DITIDI	Diagnóstico e Tratamento Integrados das Doenças da Infância
DSS	Sistemas de Vigilância Demográfica
ETF	fracasso de tratamento precoce
FRP	Fazer Recuar o Paludismo
GFATM	Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e o Paludismo
HBMF	tratamento a domicílio de casos de febre
HIPC	Países Pobres Muito Individados
HIS	Sistema de Informações de Saúde
INDEPTH	Rede Internacional de postos no terreno com Avaliação Demográfica contínua de Populações e sua Saúde em países em desenvolvimento
IRS	pulverização residual do interior das casas
IVA	imposto de valor acrescentado
LBW	baixo peso à nascença
LCF	fracasso clínico tardio
LLIN	mosquiteiro tratado com insecticida de longa duração
LPF	fracasso parasitológico tardio
MARA	Cartografia do Risco de Paludismo na África
MEWS	sistemas de detecção precoce do paludismo
MICS	Estudos agrupados de indicadores múltiplos
MS	Ministério da Saúde
MTI	mosquiteiros tratados com insecticida
n.a.	não apropriado

NGO	organização não-governamental
NMCP	programa nacional de luta contra o paludismo
OMS	Organização Mundial da Saúde
PRSC	créditos para apoio à redução da pobreza
PRSP	documento de estratégia para redução da pobreza
PTD	parto prematuro
SAMC	Programa da África Austral de Luta contra o Paludismo
SGA	pequeno para a idade de gestação
SP	sulfadoxina-pirimetamina
SWAPs	abordagens a nível de sector
TB	tuberculose
TPI	tratamento preventivo intermitente
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIH/SIDA	vírus da imunodeficiência humana/ síndroma da imunodeficiência adquirida

■ Quando em certos quadros o espaço é limitado, utilizaram-se as seguintes abreviaturas para nomes de países:

RCA	República Central Africana
RDC	República Democrática do Congo
Tanzânia	República Unida da Tanzânia

Prefácio

Em Outubro de 1998, juntamente com o Presidente do Banco Mundial e o Administrador do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, lançámos Fazer Recuar o Paludismo como um impulso para um empenho mundial renovado destinado a enfrentar uma doença que o mundo ignorou durante demasiado tempo – uma única doença que trava o desenvolvimento, especialmente na África.

Este relatório do UNICEF e OMS sugere que, em 2003, o paludismo continua a ser a maior causa única de mortalidade em crianças pequenas na África e uma das ameaças mais importantes para a saúde de mulheres grávidas e seus bebés recém-nascidos. Contudo, há sinais evidentes do impacto que está a ter o movimento Fazer Recuar o Paludismo. As estratégias combinadas sugeridas em 1998 para reduzir o fardo do paludismo (mosquiteiros tratados com insecticida, acesso imediato a tratamento, e prevenção do paludismo na gravidez) são agora aceites em toda a parte; a sua aplicação numa grande escala em toda a África está em curso.

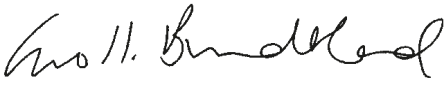
Embora a cobertura de intervenções individuais, tais como mosquiteiros tratados com insecticida, ainda seja demasiado pequena, a boa novidade é a tendência evidente que existe para o seu aumento, e outras iniciativas encorajantes – por exemplo, uma alteração em políticas governamentais de taxação sobre mosquiteiros e materiais de rede e o desenvolvimento da produção industrial de redes na África – que ajudarão a manter esta tendência.

A resistência do parasita a medicamentos baratos previamente eficazes é um problema enorme e crescente, mas os governos estão agora totalmente empenhados neste desafio, controlando o desenvolvimento da resistência e explorando energicamente as opções mais prometedoras para tratamento mais efectivo.

Os recursos financeiros para lutar contra o paludismo estão a aumentar. O Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e o Paludismo está a fornecer novas subvenções importantes para ajudar os países a acelerar a implementação dos seus planos para Fazer Recuar o Paludismo. Além disso, os fundos postos à disposição para melhorar a saúde no contexto de iniciativas de remissão de dívidas estão a ser utilizados para financiar intervenções antipalúdicas em certos países.

As nossas duas organizações continuam firmemente empenhadas em trabalhar em conjunto, com os nossos outros parceiros e com a África, para atingir os objectivos ambiciosos estabelecidos em Abuja a 25 de Abril de 2000 e aprovados por chefes de estado africanos para Fazer Recuar o Paludismo. É nossa intenção que este relatório seja o primeiro duma série regular, acompanhando a situação rumo à realização destes objectivos e do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio para o paludismo.

Carol Bellamy
Directora Executiva
Fundo das Nações Unidas para a Infância



Dra. Gro Harlem Brundtland
Directora-Geral
Organização Mundial da Saúde

Resumo

Este relatório - o primeiro do género - faz um inventário da situação do paludismo e dos esforços contínuos para enfrentar a doença na África; baseia-se numa análise das melhores informações, desde sondagens a relatórios de rotina, à disposição da OMS e do UNICEF nos fins de 2002.

O paludismo continua a ser um impedimento importante à saúde na África a sul do Sara, onde cobra frequentemente o maior tributo em crianças muito pequenas e mulheres grávidas. Como o paludismo é uma doença vulgar, e como muitas das pessoas que ficam doentes não consultam os serviços de saúde, avaliar a amplitude do problema e compreender como se modifica com o decorrer do tempo é um desafio enorme.

Novas análises confirmam que o paludismo é uma causa principal de pelo menos um quinto de todas as mortes infantis na África. Os últimos dados disponíveis sobre consultas externas, internamentos e mortes causadas por paludismo, mostram as pressões importantes que esta doença exerce sobre a frágil infra-estrutura sanitária da África. Em países endémicos, um terço de todas as consultas a postos de saúde e pelo menos um quarto de todos os internamentos em hospitais são devidos ao paludismo. Em certos países, estes dados sugerem o aumento de casos da doença durante a última década; em outros, o problema manteve-se constante. Entre os países dispondo de dados, nenhum mostra um declínio importante.

Existem outras informações sobre tendências em mortalidade por paludismo provenientes dum número crescente de países com "sistemas de vigilância demográfica". Estas fontes indicam que o número de crianças que morrem devido a paludismo aumentou de maneira importante na África oriental e austral durante a primeira metade da última década em comparação com os anos 1980. Durante o mesmo período, na África ocidental, a taxa global de mortalidade por paludismo em crianças sofreu pouca alteração.

Em resumo, o fardo de doença e morte devido a paludismo manteve-se pesado na África a sul do Sara durante os anos 1990 e aumentou na maioria dos países nas zonas orientais e austrais do continente. Os sistemas de controlo ainda não podem traçar de maneira segura alterações nos indicadores do fardo do paludismo, especialmente mortalidade, numa base anual.

O facto do fardo do paludismo ser grande na África e crescente durante os anos 1990 em certas partes do continente, não é uma indicação de que os esforços intensificados para controlar a doença desenvolvidos durante os últimos anos não tiveram qualquer impacto. O impacto total sobre a mortalidade e morbilidade por paludismo resultante dos esforços recentes para acelerar a luta contra a doença descritos neste relatório só poderá ser avaliado anos depois de se ter conseguido uma grande cobertura de intervenções. É possível que o início dos esforços intensificados tenha coincidido com crescente mortalidade, o que significa que, sem tais esforços, a situação poderia ter sido muito pior do que é actualmente. O reforço da vigilância e do controlo deve ser prioritário paralelamente a esforços para lutar contra a doença.

A Cimeira de 2000 sobre Fazer Recuar o Paludismo, realizada em Abuja, aprovou "uma pequena lista" de intervenções relativamente baratas, já disponíveis e conhecidas como eficazes. A introdução de tais intervenções tem sido apoiada pelos parceiros de Fazer Recuar o Paludismo os quais incluem governos de países onde o paludismo é endémico, governos doadores, organizações internacionais, o sector privado e organismos da sociedade civil.

Os mosquiteiros tratados com insecticida são uma maneira muito eficaz e económica de reduzir a incidência do paludismo em seus utilizadores e, numa série de experiências,

Foto: OMS/RBM

A cimeira em Abuja, 2000 estabeleceu prioridades para o controle e os objetivos.

Foto: OMS AFRO

Mosquiteiros tratados com insecticidas são muito eficazes na redução de malaria em crianças pequenas.

mostraram de maneira convincente reduzir a mortalidade infantil em zonas endémicas da África. Evitando o paludismo, os mosquiteiros tratados com insecticida diminuem a necessidade de tratamento e a pressão sobre os serviços de saúde, o que é especialmente importante atendendo ao aumento da resistência aos medicamentos dos parasitas do paludismo por *falciparum*. Embora não se possam fazer comparações devido à falta de dados precisos sobre os anos 1980, é verdade que agora na África há mais crianças que dormem sob mosquiteiros e uma maior utilização de mosquiteiros tratados com insecticida do que antes. Dados recentes provenientes de inquéritos mostraram que cerca de 15% de crianças pequenas dormiam sob um mosquiteiro, mas unicamente cerca de 2% dos mosquiteiros utilizados eram tratados com insecticida. Mosquiteiros não tratados fornecem uma certa protecção contra o paludismo, mas só podem fornecer benefícios totais se forem tratados regularmente com insecticida.

Como resultado de maior procura, maior competição entre produtores e reduções em taxas e impostos e em outros obstáculos comerciais que muitos países africanos aplicaram depois da Cimeira de Abuja, o preço dos mosquiteiros diminuiu de maneira importante. Em muitos países, tanto as redes como o insecticida para o seu tratamento podem agora ser comprados em lojas e mercados e mesmo na rua; ainda há poucos anos, só eram encontrados em poucas lojas especializadas nas capitais. Actualmente, há pelo menos cinco grandes fábricas na África que produzem mosquiteiros. Quase todos os países africanos endémicos têm agora programas activos para encorajar o uso de mosquiteiros tratados com insecticida, e a maioria apoia vários mecanismos diferentes para aumentar a cobertura. Contudo, o preço das redes e do insecticida (embora em diminuição) ainda deixa esta tecnologia salvadora fora do alcance dos grupos mais pobres da população. Actualmente, estão a ser feitos em pelo menos cinco países africanos esforços importantes para fornecer mosquiteiros tratados com insecticida subsidiados aos grupos mais vulneráveis - crianças pequenas e mulheres grávidas. Novos progressos tecnológicos prometem redes capazes de manter a actividade insecticida durante muitos anos, e novas maneiras de encorajar o tratamento regular dos mosquiteiros devem tornar possível o aumento da proporção de mosquiteiros realmente tratados.

Mosquiteiros tratados e outros meios de redução das picadelas de mosquito não evitarão totalmente a doença. As pessoas que ficam doentes necessitam de tratamento imediato e eficaz para evitar o desenvolvimento de manifestações graves e morte. Desde os anos 1980, a resistência do parasita à cloroquina, o medicamento antipalúdico mais corrente, surgiu como um desafio importante. Na África oriental, central e austral, a cloroquina perdeu a sua eficácia clínica como tratamento antipalúdico. Uma evolução semelhante está a ter lugar, embora anos depois, na África ocidental e há provas indirectas mas convincentes de estar a dar origem a mortalidade crescente. Infelizmente, também surgiu resistência ao medicamento de substituição mais corrente, a sulfadoxina-pirimetamina, especialmente na África oriental e austral.

Durante os últimos anos, 13 países africanos alteraram as suas políticas nacionais para exigir a utilização de tratamentos antipalúdicos mais efectivos. Onde os tratamentos por um único medicamento estão a falhar, a OMS recomenda a terapia multimedicamentosa baseada em artemisina, terapia muito eficaz e que dá esperanças de retardar o aparecimento de resistência. Contudo, a sua utilização tem sido até agora refreada por custos elevados e limitada experiência funcional na África. Até à data, quatro países africanos adoptaram a terapia multimedicamentosa baseada em artemisina como tratamento de primeira linha.

Pode empreender-se uma melhor gestão dos casos de paludismo no âmbito dum reforço geral

dos serviços de saúde pública, por exemplo, como parte da estratégia para Diagnóstico e Tratamento Integrados das Doenças da Infância (DITIDI). Contudo, em muitos países com paludismo endémico, o primeiro tratamento é muitas vezes comprado numa loja. Dados provenientes de estudos representativos indicam que quase metade de todas as crianças menores de cinco anos com febre são tratadas com um medicamento antipalúdico. Embora isto seja animador, é possível que alguns de tais tratamentos tenham utilizado medicamentos fracos ou administrados tarde demais ou com posologia errada. Estudos recentes indicam que o tratamento a domicílio, apoiado por informações e pré-condicionamento do tratamento (como ajuda, para assegurar que os pacientes tomam a dose devida na altura devida), pode ajudar a reduzir a mortalidade por paludismo em crianças. Agora, muitos países concentram-se em dar possibilidade de acesso, perto do lar, a tratamento antipalúdico eficaz, graças a apoio a iniciativas comunitárias e a empenho de vendedores de medicamentos e da indústria farmacêutica. Utilizar todo o potencial de tratamento eficaz como um meio de redução da mortalidade exigirá uma abordagem de sistemas, assegurando que medicamentos eficazes são económicamente acessíveis (o que muitas vezes exigirá subvenções), e apoiados por formação apropriada de agentes formais e informais assim como mães, e por garantia e controlo da qualidade.

O impacto do paludismo sobre mulheres grávidas e recém-nascidos pode ser reduzido de maneira importante com o recentemente recomendado "tratamento preventivo intermitente". Segundo esta estratégia, todas as mulheres grávidas vivendo em zonas a risco de paludismo endémico por *falciparum* na África (estejam ou não realmente infectadas com o paludismo) recebem pelo menos duas doses de tratamento dum antipalúdico eficaz nos postos de cuidados pré-natais. Cerca de dois terços das mulheres grávidas na África a sul do Sara vão às consultas de cuidados pré-natais e por isso a incorporação do tratamento preventivo intermitente nos cuidados de rotina deve ser fácil. O "tratamento preventivo intermitente", agora parte integrante da iniciativa "Tornar a Gravidez mais Segura", foi aprovado como política por seis países para substituir a quimioprofilaxia; a maior parte dos outros países da região estão a estudar as suas políticas atendendo à nova recomendação. Os efeitos benéficos do "tratamento preventivo intermitente" irão provavelmente completar os benefícios comprovados da utilização de mosquiteiros tratados com insecticida por mulheres grávidas. Assim, uma abordagem global

Foto: OMS/MAL

Drogas antimaláricas pre-embaladas podem aumentar a aderência ao treatmento em casa.

da prevenção e tratamento do paludismo durante a gravidez exige uma combinação de tratamento preventivo intermitente, apoio à utilização de mosquiteiros tratados com insecticida, e acesso imediato a tratamento efectivo. Cinco países na África oriental e austral formaram recentemente uma aliança para, graças à aplicação desta abordagem combinada, reduzir o impacto do paludismo na gravidez.

Zonas nas orlas setentrional e austral da faixa de paludismo endémico da África, assim como

Foto: OMS/RBM/L Taylor

Crianças pequenas estão sob maior risco de paludismo na África.

Foto: OMS/TDR

Prevenção de paludismo durante a gravidez resulta em mães e crianças mais saudãveis.

zonas montanhosas em muitos países, correm o risco de paludismo epidémico. Ao contrário da doença endémica, o paludismo epidémico afecta normalmente pessoas de todas as idades e pode ter uma taxa alta de casos fatais. A iniciativa Fazer Recuar o Paludismo tem vindo a apoiar esforços para melhorar o reconhecimento precoce e a resposta eficaz e oportuna a epidemias de paludismo.
A pulverizaçnao das paredes internas com insecticida residual pode desempenhar um papel importabnte na luta contra o vector do paludismo, especialmente no controlo de epidemias. Na África austral foram estabelecidos sistemas de detecção precoce do paludismo para melhorar a detecção e resposta a surtos, sistemas que estão a ser desenvolvidos em outras partes da África propensas a epidemias. Quinze países propensos a epidemias desenvolveram um plano de acção; este relatório apresenta dados sobre a oportunidade e eficácia da resposta a epidemias nestes países.

Lutar eficazmente contra o paludismo exige enormes recursos. Na Cimeira de Abuja, calculou-se haver necessidade de pelo menos mil milhões de dólares que poderiam ser provenientes duma combinação de maiores verbas nacionais e de assistência internacional; o relatório fornece informações sobre movimentos de recursos. Desde o lançamento da iniciativa Fazer Recuar o Paludismo em 1998, as despesas com o paludismo a nível internacional mais do que duplicaram, passando para aproximadamente 200 milhões de dólares por ano. Outros fundos não explorados para lutar contra o paludismo poderão tornar-se acessíveis através de iniciativas para remissão de dívidas. Na maioria dos países africanos, as verbas governamentais para cuidados de saúde são pequenas - normalmente menos de 15 dólares por pessoa por ano - e os custos dos tratamentos antipalúdicos são grandes: os medicamentos baseados em artemisina para tratar o paludismo resistente custam provavelmente 1-3 dólares por tratamento, e os mosquiteiros tratados com insecticida custam cerca de 5 dólares. Hoje em dia, a maior parte dos custos de prevenção e tratamento do paludismo na África são de facto suportados pelas próprias pessoas. Por exemplo, as pessoas compram redes, pulverizadores de insecticida e repelentes para afugentar insectos, e gastam quantias importantes com o tratamento antipalúdico o que pode contribuir para aumentar a miséria. Aumentar a eficiência dos gastos internos 'com perda' é uma prioridade que pode ser alcançada com apoio governamental às intervenções mais efectivas e regulamentação apropriada para assegurar que só são vendidas as intervenções antipalúdicas seguras e eficazes e que o público recebe informações completas sobre a sua utilização e eficácia.

O Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e o Paludismo recentemente estabelecido é uma nova fonte importante de financiamento para lutar contra o paludismo na África. Vinte e cinco países e um grupo de várias nações apresentaram a este Fundo propostas bem sucedidas. Quase todas estas propostas apoiam-se nos planos nacionais de luta contra o paludismo elaborados por estes países com o apoio da Parceria Fazer Recuar o Paludismo durante o período 1999-2001. Foi atribuído aos países, para um período inicial de dois anos, um total de 256 milhões de dólares destinados a expandir as actividades de luta contra o paludismo. Dependendo do êxito, espera-se que haverá disponibilidade de mais fundos para um período total de cinco anos.

Introdução

Este relatório foi elaborado em resposta a uma questão aparentemente muito simples: "Quais são os nossos conhecimentos actuais sobre o paludismo na África?" No passado, a resposta teria sido: "Depende a quem fizer a pergunta." Embora a maioria dos especialistas pudesse concordar sobre os factos fundamentais, incluindo a importância relativa da doença, a sua distribuição geográfica e as principais estratégias de prevenção e tratamento, as opiniões começariam a divergir a nível de detalhes – sugeridas por experiências pessoais na falta de informações autorizadas e recolhidas por rotina sobre a situação mundial do paludismo.

A recolha e a notificação de estatísticas precisas sobre o paludismo na África têm sido difíceis devido à enormidade do problema da doença, à fraqueza dos sistemas de informação sanitária, e ao facto que o tratamento da maioria dos casos de paludismo, assim como muitas mortes devidas à doença, ocorrem fora do sistema sanitário convencional. A seguir ao período de indiferença internacional pelo paludismo, também houve pouco acordo internacional sobre quais as informações necessárias para controlar a luta contra o paludismo e como as recolher. Esta situação está a mudar e existe agora um forte consenso sobre indicadores prioritários e a melhor maneira de recolher informações representativas.

Durante os anos 1950 e 1960, a campanha de erradicação do paludismo eliminou ou controlou com êxito a doença em países com climas temperados e em certos países onde a transmissão era baixa ou moderada. Contudo, o aparecimento de resistência a medicamentos e a insecticidas, juntamente com preocupações sobre a viabilidade e sustentabilidade da luta contra o paludismo em zonas com infra-estruturas fracas e grande transmissão, acabou com a era de erradicação assim como com a maior parte do financiamento internacional para controlo e investimento em investigação no campo do paludismo. Apesar da indiferença internacional dos anos seguintes, a compreensão do problema e as estratégias para o seu controlo continuaram a progredir. Nos princípios dos anos 1990, a comunidade internacional começou a compreender que o fardo do paludismo estava inaceitavelmente alto e agravado, especialmente na África, e que era possível obter verdadeiras reduções em mortalidade e morbilidade com meios e estratégias existentes mas pouco utilizados.

Em 1992, uma Conferência de Ministros da Saúde realizada em Amsterdão, voltou a estabelecer a luta antipalúdica como uma prioridade sanitária mundial. O interesse científico pela doença e seu controlo, o empenho político pela redução do fardo por ela representado, e os recursos financeiros para investigação e controlo começaram a aumentar rapidamente. O projecto para Implementação Acelerada da Luta contra o Paludismo (1997-1998) representou uma contribuição sem precedentes para a luta contra o paludismo na África a sul do Sara, tanto em termos de apoio técnico como de fundos. Calculou-se que os fundos fornecidos para o projecto durante os dois anos eram superiores a 12 vezes mais as contribuições da OMS durante a década anterior.

No ano 2000, tinha-se atingido uma série de objectivos vitais e realizado um compromisso mundial ambicioso:

- 1991-1998: as competências e capacidades de luta contra o paludismo são alargadas e reforçadas, especialmente na África, graças ao projecto para Implementação Acelerada da Luta contra o Paludismo (1997-1998).
- 1997: formam-se novas colaborações em investigação, especialmente a Iniciativa Multilateral sobre Paludismo *(http://min.nih.gov/)*.
- 1998: a Parceria Fazer Recuar o Paludismo *(www.rbm.who.int/)* é lançada e estabelece-se consenso sobre as estratégias técnicas de base para enfrentar o paludismo.
- 2000: as Nações Unidas declaram 2001-2010 a Década para Fazer Recuar o Paludismo em países em desenvolvimento, especialmente na África (Assembleia Geral das Nações Unidas, Resolução 55/284).
- 2000: o paludismo figura de maneira importante nos Objectivos das Nações Unidas de Desenvolvimento do Milénio (registos oficiais da Assembleia Geral: 27ª Sessão Especial: suplemento 3. Documento A/S-27/19/Rev.1).
- 2000: Os Chefes de Estado africanos reúnem-se numa cimeira histórica em Abuja, Nigéria, para exprimir o seu

empenho pessoal em procurar resolver o problema do paludismo e em estabelecer alvos para implementação das estratégias técnicas para Fazer Recuar o Paludismo.

- 2001: os recursos para lutar contra o paludismo recebem um impulso importante com o estabelecimento do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e o Paludismo.

Com o empenho internacional renovado pela luta contra o paludismo, a necessidade de informações regulares e fidedignas sobre a situação mundial é maior do que nunca. A indiferença geral do passado deu lugar a um pedido urgente de informações que possam ser utilizadas para definir e analisar a situação do paludismo e avaliar o progresso conseguido rumo aos objectivos estabelecidos pela comunidade internacional e os programas nacionais de luta contra o paludismo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estão empenhados em satisfazer esta procura.

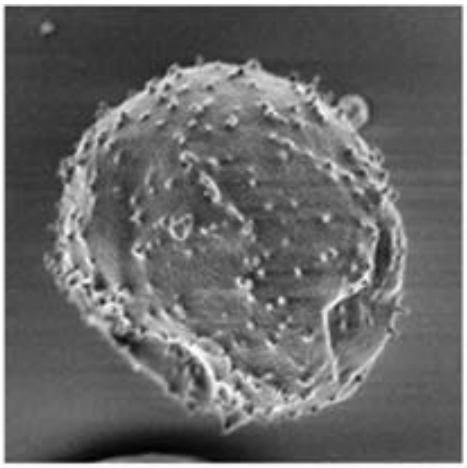
Este relatório é um esforço inicial para recolher, analisar e apresentar informações sobre a situação do paludismo. Concentra-se sobre a África e especialmente sobre os países africanos onde os fardos da doença são maiores. Estes países suportam mais de 90% do fardo mundial do paludismo. Também se dá realce às estratégias técnicas de controlo estabelecidas pela Parceria Fazer Recuar o Paludismo e os objectivos estabelecidas na Cimeira de Abuja. Além disso, considerando a importância de se compreender as exigências em recursos da luta contra o paludismo, inclui um capítulo sobre mobilização de recursos e financiamento.

Os dados contidos neste relatório foram extraídos de várias fontes a fim de fornecer o quadro mais completo da situação do paludismo na África. Os Estudos Agrupados de Indicadores Múltiplos do UNICEF e os Estudos Demográficos e Sanitários, especialmente, são estudos nacionais que representam um progresso importante em recolha de dados de referência para fornecimento de indicadores para avaliação do progresso. Espera-se que o consenso recente sobre necessidades de dados de base, esforços bem coordenados para recolha de dados, e progresso na resolução de problemas de metodologia e outros problemas de recolha de dados darão em conjunto satisfação às novas exigências de informações sobre o paludismo.

O objectivo de Fazer Recuar o Paludismo é reduzir a metade o fardo do paludismo até 2010. Na Cimeira de Abuja, em Abril de 2000, foram estabelecidos os seguintes objectivos para estratégias de intervenção específicas.

Estratégia FRP	Objectivo de Abuja (até 2005)
Acesso imediato a tratamento eficaz	■ 60% das pessoas sofrendo de paludismo devem ter acesso e devem poder beneficiar de tratamento correcto, de custo acessível e apropriado nas 24 horas seguintes ao início dos sintomas
Mosquiteiros tratados com insecticida (MTI)	■ 60% das pessoas a risco de paludismo, especialmente crianças menores de 5 anos e mulheres grávidas, beneficiarão duma associação adequada de medidas de protecção pessoais e comunitárias, tais como MTI
Prevenção e controlo do paludismo em mulheres grávidas	■ 60% de mulheres grávidas a risco de paludismo serão cobertas com associações adequadas de medidas de protecção pessoais e comunitárias, tais como MTI ■ 60% de mulheres grávidas a risco de paludismo terão acesso a tratamento preventivo intermitente (TPI)a
Epidemia de paludismo e resposta de urgência	■ 60% das epidemias são detectadas nas 2 semanas seguintes ao seu início ■ há resposta a 60% das epidemias nas 2 semanas seguintes à sua detecção

[a] A declaração de Abuja original incluía também a recomendação para quimioprofilaxia, mas a actual política da OMS e de FRP recomenda fortemente o TPI – e não a quimioprofilaxia – para prevenção do paludismo durante a gravidez.



À esquerda, um glóbulo vermelho normal, saudável, com uma superfície lisa. A forma flexível e deformável em disco permite-lhe passar facilmente através de vasos capilares estreitos.

À direita, um glóbulo vermelho semelhante infectado há um dia com pararsitas *Plasmodium falciparum*. Tem muitas protuberâncias. A rápida transformação do glóbulo numa forma esférica mais rígida impede a sua passagem através de vasos capilares estreitos. Além disso, as saliências actuam como Velcro, prendendo a célula infectada a receptores específicos tais como os que revestem os vasos sanguíneos. Estas aderências no cérebro e na placenta são em parte responsáveis de paludismo cerebral e placentário.

■ Imagem de scanning com microscópio electrónico : Lirong Shi, Michael Delannoy, David Sullivan, Escola de Saúde Pública Johns Hopkins Bloomberg, Instituto de Investigação sobre o Paludismo.

1. O fardo do paludismo na África

Actualmente, cerca de 90% de todas as mortes por paludismo no mundo ocorrem na África a sul do Sara. A razão é que a maioria das infecções na África são causadas por *Plasmodium falciparum*, o mais perigoso dos quatro parasitas do paludismo humano. E também porque o vector mais eficaz do paludismo – o mosquito *Anopheles gambiae* – é o mais espalhado na África e o mais difícil de controlar. Calcula-se que um milhão de pessoas morre todos os anos na África devido a paludismo e a maioria são crianças menores de 5 anos (*1*).

O paludismo afecta as vidas de quase todas as pessoas vivendo na zona da África delimitada a norte pelas orlas do deserto do Sara e a sul pela latitude de, mais ou menos, 28 graus. A maioria das pessoas a risco da doença vive em zonas de transmissão do paludismo relativamente estável – a infecção é corrente e ocorre com frequência suficiente o que permite o desenvolvimento dum certo nível de imunidade. Uma proporção mais pequena vive em zonas onde o risco de paludismo está mais relacionado com as estações do ano e é menos previsível, devido a padrões de altitude ou de pluviosidade. As pessoas que vivem nas zonas periféricas a norte ou a sul da principal zona endémica (Figura 1.1) ou nos limites de zonas de altitude são vulneráveis a transmissão fortemente relacionada com estações do ano e a epidemias de paludismo.

Em zonas de transmissão estável, as crianças muito pequenas e as mulheres grávidas são os grupos populacionais com maior risco de morbilidade e mortalidade por paludismo. A maioria das crianças têm as primeiras infecções palúdicas durante o primeiro ou segundo ano de vida, quando ainda não adquiriram imunidade clínica adequada – o que torna estes primeiros anos especialmente perigosos. Noventa por cento de todas as mortes por paludismo na África ocorrem em crianças pequenas. Em zonas de transmissão estável, as mulheres têm um nível de imunidade alto, mas isso é comprometido especialmente na primeira gravidez, resultando em aumento do risco de infecção.

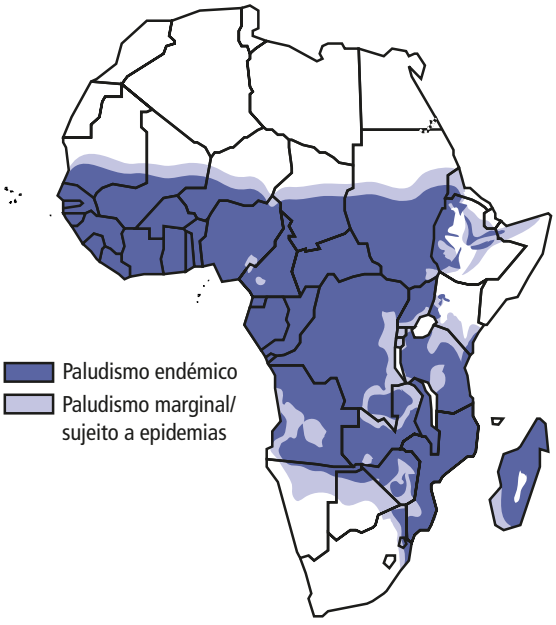
Nos cinco países africanos do extremo norte, Argélia, Egipto, Líbia, Marrocos e Tunísia, o paludismo tem sido bem controlado ou eliminado. Nestes países, a doença era causada predominantemente por *Plasmodium vivax* e transmitida por mosquitos muito mais fáceis de controlar do que os da África a sul do Sara. Na maioria destes países, continuam os esforços de vigilância para evitar tanto uma reintrodução de parasitas do paludismo nas populações de mosquitos locais, como a introdução de outras espécies de mosquitos que possam transmitir o paludismo de maneira mais eficaz (um risco especial no sul do Egipto). A situação do paludismo nestes países não é encarada neste relatório.

O paludismo é endémico em algumas das ilhas da costa ocidental – São Tomé e Príncipe e ilha de São Tiago do arquipélago de Cabo Verde - e na costa oriental na ilha de Madagáscar, nas ilhas Comores (na República Islâmica Federal das Comores e na Colectividade Territorial Francesa de Maiote), e em Pemba e Zanzibar, mas foi eliminado na ilha da Reunião. Na ilha Maurícia, o paludismo tem sido bem controlado desde os anos 1950, mas ocorrem surtos ocasionais de paludismo vivax, o último em associação com

Objectivo da iniciativa Fazer Recuar o Paludismo

O objectivo global de Fazer Recuar o Paludismo é reduzir a metade a morbilidade e mortalidade associadas a paludismo até 2010 em comparação com níveis do ano 2000

Distribuição de paludismo endémico



Fonte: referência 2

Figura 1.1

O paludismo mata crianças de três maneiras diferentes

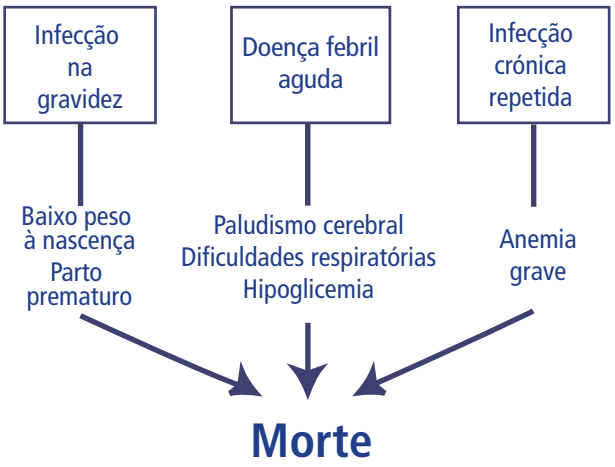
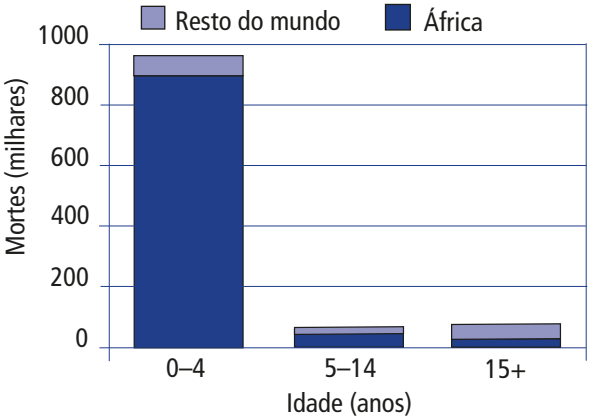


Figura 1.2

A maior parte do fardo do paludismo são mortes de crianças pequenas



Embora os adultos também fiquem infectados com o paludismo, a doença é normalmente menos grave graças à sua imunidade adquirida. As infecções em crianças pequenas são graves e podem ser mortais se não forem tratadas imediatamente.

Fonte: projecto da OMS do Fardo Mundial de Doença, avaliações para 2000, referência 17

Figura 1.3

um ciclone em 1982. Desde esse ano, tem havido uma diminuição constante do número de casos e o risco é agora extremamente baixo.
As Seychelles não têm paludismo desde 1930, e pensa-se que nas ilhas já não existem vectores de paludismo.

1.1 Fardo do paludismo sobre a saúde na África

Mortalidade

O paludismo pode contribuir para a morte de crianças pequenas de três maneiras principais (Figura 1.2). Primeiro, uma infecção aguda, que se apresenta frequentemente como ataques ou coma (paludismo cerebral), pode matar uma criança directa e rapidamente. Segunda, infecções palúdicas repetidas contribuem para o desenvolvimento de anemia grave que aumenta de maneira importante o risco de morte. Terceira, baixo peso à nascença – frequentemente consequência de infecção palúdica da mãe quando grávida – que é o principal factor de risco de mortalidade no primeiro mês de vida (*3*). Além disso, infecções repetidas tornam as crianças mais susceptíveis a outras doenças infantis correntes, tais como diarreia e infecções respiratórias, contribuindo assim indirectamente para a mortalidade (*4*).

Estudos e análises recentes concordam que o paludismo causa pelo menos 20% de todas as mortes em crianças menores de cinco anos na África (Figuras 1.3 e 1.4). Embora as doenças respiratórias causadas por vários agentes infecciosos resultem numa proporção semelhante de mortes, o *P. falciparum* é o mais importante agente infeccioso individual causador de mortalidade entre crianças pequenas.

Morbilidade e deficiência a longo prazo

As crianças que sobrevivem ao paludismo podem sofrer as suas consequências a longo prazo. Episódios repetidos de febre e doença reduzem o apetite e limitam as oportunidades de jogo, comunicação social e educação, contribuindo assim para um desenvolvimento fraco. Calcula-se que cerca de 2% de crianças que recuperam de infecções palúdicas afectando o cérebro (paludismo cerebral) sofrem de problemas para aprender e deficiências devido a dano sofrido pelo cérebro, incluindo epilepsia e espasticidade (*5*)

1.2 Fardo do paludismo sobre os sistemas de saúde da África

Em todos os países africanos com paludismo endémico, 25-40% (média de 30%) de todas as consultas externas são de casos de paludismo (com a maioria dos diagnósticos feitos clinicamente). Nestes mesmos países, entre 20% e 50% de todos os internamentos em hospitais são uma consequência do paludismo (para detalhes, ver caracterização dos países). Com taxas altas de casos fatais devido a procura de tratamento tardia, tratamento inadequado e falta ou esgotamento de medicamentos eficazes, o paludismo contribui também de maneira importante para a mortalidade entre pacientes internados (Figura 1.5).

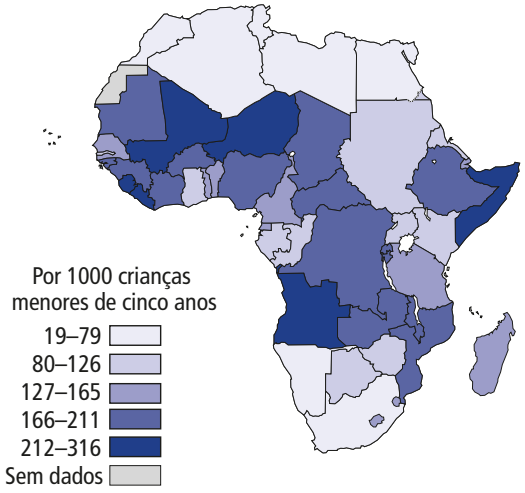
Este grande fardo pode de facto resultar parcialmente de diagnósticos errados pois muitos serviços têm falta de facilidades de laboratório e é muitas vezes difícil distinguir clinicamente o paludismo de outras doenças infecciosas. De qualquer maneira, o paludismo é responsável por uma grande proporção das despesas de saúde pública em tratamento curativo, e reduções importantes na incidência do paludismo libertariam recursos e serviços de saúde assim como tempo dos trabalhadores de saúde, que poderiam ser aplicados a enfrentar outros problemas.

1.3 Fardo do paludismo sobre pessoas pobres

As pessoas pobres correm um risco maior de infecção por paludismo e de infecções mais frequentes. Sabe-se que as taxas de mortalidade infantil são mais altas em lares mais pobres e o paludismo é responsável por uma parte importante de tais mortes. Num sistema de vigilância demográfica em zonas rurais da República Unida da Tanzânia, a mortalidade em menores de cinco anos resultante de febre aguda (muita da qual resulta provavelmente de paludismo) era 39% mais alta no grupo socio-económico mais pobre do que no mais rico (*6*).

Um estudo realizado na Zâmbia também encontrou uma prevalência de infecção palúdica muito mais alta nos grupos mais pobres da população (*7*) (Figura 1.6). As famílias pobres vivem em habitações que oferecem pouca protecção contra mosquitos e têm menos possibilidades de comprar mosquiteiros tratados com insecticida. Também têm menos

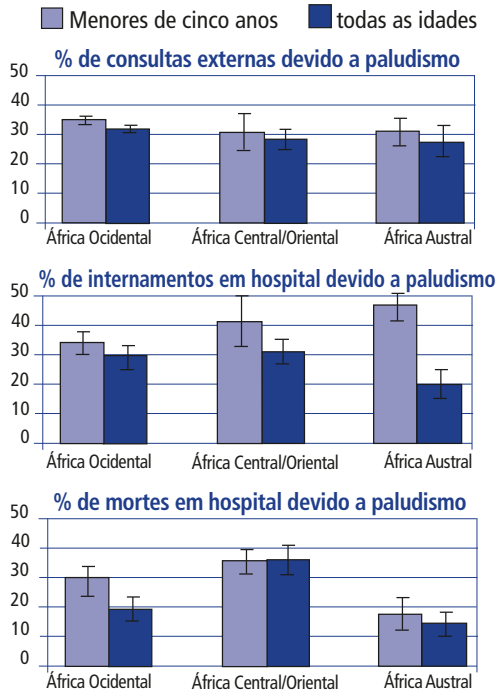
Todas as causas de mortalidade em menores de cinco anos



Fonte: UNICEF, Situação das Crianças no Mundo, 2003

Figura 1.4

Fardo do paludismo nos serviços de saúde

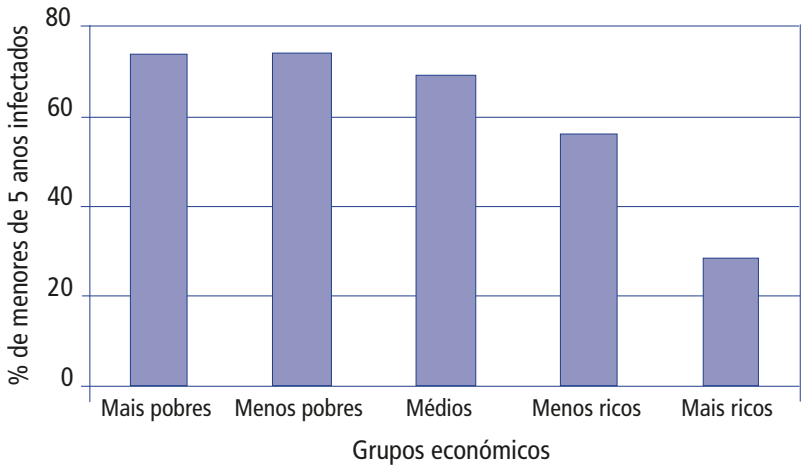


Fonte: Dados do Sistema de Informações Sanitárias de rotina da AFRO
Médias de 1998-2001
As barras de erro dão as margens padrão

Figura 1.5

A prevalência do parasita é mais alta em crianças pobres

A prevalência de infecção palúdica era mais alta em menores de cinco anos das famílias mais pobres em 10 distritos na Zâmbia



Fonte: referência *7*

Figura 1.6

probabilidades de poder pagar tratamento antipalúdico eficaz ou transporte para um serviço de saúde capaz de tratar a doença.

Os custos, directos e indirectos, associados a um episódio de paludismo representam um fardo importante para as famílias mais pobres. Um estudo realizado no norte do Gana determinou que, enquanto o custo de tratamento do paludismo representava só 1% da renda de famílias ricas, era 34% da renda das famílias pobres (*8*).

1.4

Tendências recentes no fardo do paludismo

Detecção e notificação de casos de rotina

Dados provenientes de serviços de saúde são potencialmente úteis para análise de tendências temporais no número de casos e mortes por paludismo mas têm grandes restrições (Figura 1.7). Na África, a maior parte dos casos de paludismo são diagnosticados segundo os sintomas clínicos e o tratamento é presuntivo, em vez de baseado em confirmação laboratorial. Além disso, como a parasitemia é corrente entre pacientes de dispensários em muitas zonas endémicas, um resultado positivo de laboratório não significa necessariamente que o paciente está doente com o paludismo. Os principais sintomas clínicos do paludismo – febre e fraqueza geral – não são específicos e podem muito bem ser devidos a outras infecções correntes.

A notificação de serviços para distritos e de distritos para o ministério da saúde varia em totalidade e oportunidade de um país para outro e muitas vezes não inclui serviços não-governamentais. Assim, os relatórios de rotina do número de casos e mortes por paludismo têm valor limitado para comparações do fardo do paludismo entre países. Estudos demográficos e sanitários (DHS) e outras fontes (*9*) indicam que os serviços de saúde oficiais vêm menos de 40% da morbilidade e mortalidade por paludismo - uma pequena fracção do fardo total. Contudo, os dados recolhidos por rotina são muitas vezes a única informação disponível sobre um período longo e uma zona geográfica vasta. Enquanto estes dados são úteis para planeamento de programas locais, seria necessário um investimento importante para melhorar a qualidade dos sistemas de informação sanitária e o acesso a serviços de saúde, antes de poder avaliar a sua utilidade para análise de alterações em tendências da doença.

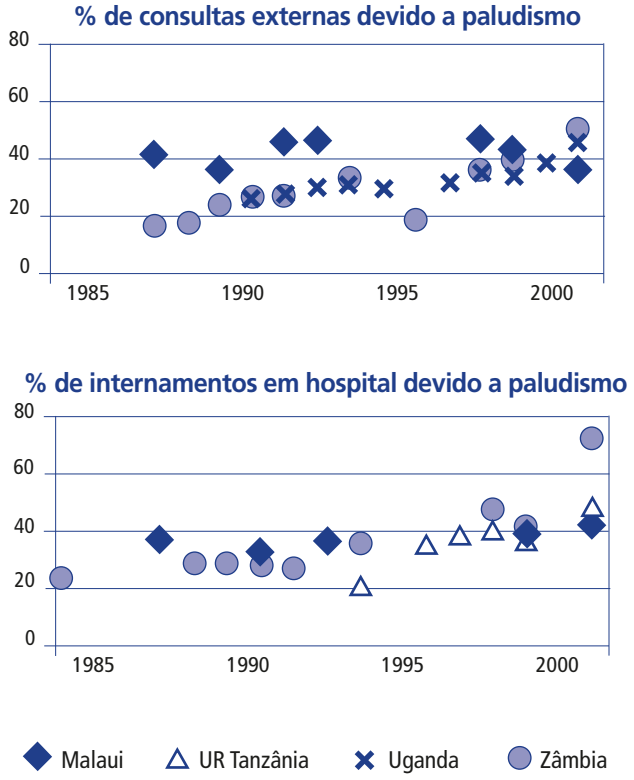
Actualmente, os dados mais fidedignos disponíveis sobre tendências em mortalidade por paludismo em crianças menores de 5 anos são obtidos dos sistemas de vigilância demográfica (DSS), que avaliam mortes e causas possíveis prospectivamente em populações de tamanho e composição conhecidos. O número de tais postos está a aumentar: 24 postos em 13 países africanos estão a colaborar no âmbito da rede INDEPTH (Rede Internacional de postos no terreno com Avaliação Demográfica contínua de Populações e sua Saúde) (*10*). A maior parte destes postos encontram-se na África oriental e austral; existem alguns na parte ocidental do continente, mas nenhum na África central.

Recentemente, foram analisados dados de 1982-1998 em 28 postos de DSS, ajustando para a especificidade e sensibilidade de autópsias verbais que atribuiram mortes ao paludismo (*11*). A mortalidade por paludismo em menores de 5 anos quase que duplicou na África oriental e austral durante o período 1990-1998, em comparação com o período 1982-1989. Sabe-se que nestas mesmas zonas, a prevalência de infecções palúdicas causadas por parasitas resistentes à cloroquina aumentou de maneira importante desde os fins dos anos 1980 (Figura 1.8). Assim, embora a metodologia não possa provar a relação causa-efeito, é muito provável que parte deste aumento da mortalidade infantil esteja relacionado, até certo ponto, com a expansão do paludismo resistente à cloroquina. Na África ocidental a taxa de mortalidade manteve-se igual; contudo, aqui também, o paludismo tornou-se proporcionalmente mais importante (*11*). Análises de dados de mortalidade que estão desde 2000 a ser recolhidos da INDEPTH utilizando questionários uniformizados de autópsia verbal devem brevemente fornecer mais conhecimentos sobre tendências mais recentes de doenças.

Em toda a África a sul do Sara, a diminuição da mortalidade por todas as causas, de menores de cinco anos, que era aparente nos anos 1970 e 1980 parou nos anos 1990 (Figura 1.9), talvez parcialmente como resultado de mortalidade crescente por paludismo. Alguns dos factores importantes que podem ter contribuído para o fardo crescente de paludismo nestes contextos africanos incluem:

- resistência aos medicamentos (*12*)
- exposição mais frequente de populações não imunes

Tendências em consultas externas e internamentos em hospital por causa de paludismo

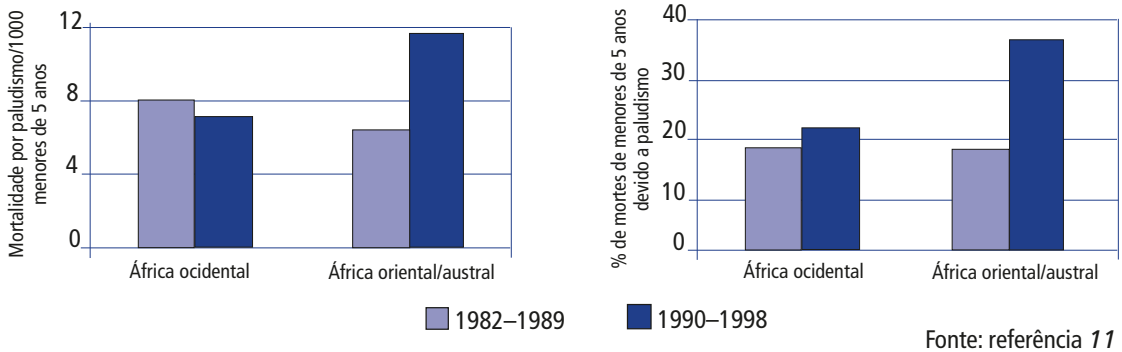


Fonte: Dados do Sistema de Informações Sanitárias de rotina da AFRO para menores de 5 anos

Figura 1.7

Mortalidade por paludismo em postos DSS

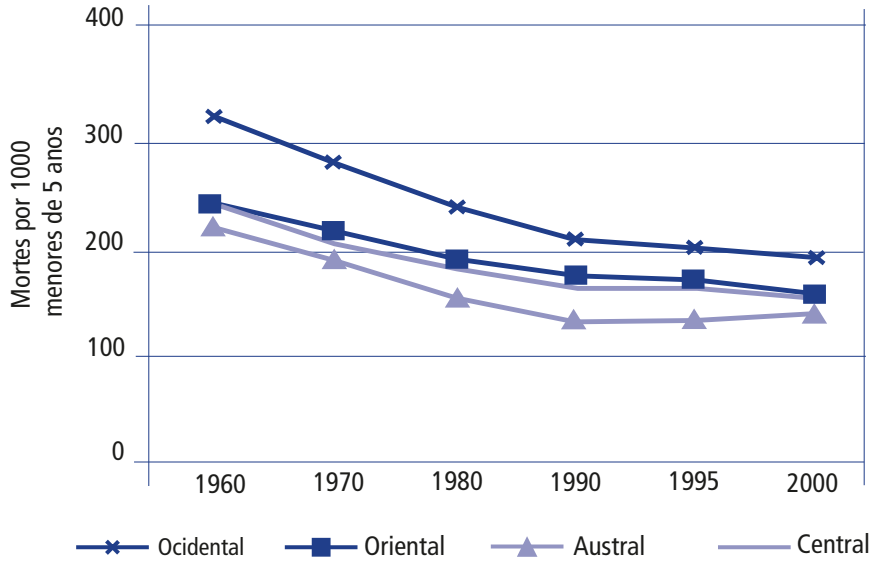
Avaliações para prevalências médias de Plasmodium falciparum de 63% na África ocidental e 39% na África oriental e austral, ajustadas para variações na sensibilidade e especificidade de autópsias verbais



Fonte: referência *11*

Figura 1.8

Tendências em mortalidade de menores de 5 anos por todas as causas na África



Fonte: DHS

Figura 1.9

- aparecimento de VIH/SIDA (*13, 14*)
- alterações climáticas e ambientais (*15*)
- colapso de programas de controlo (*16*).

1.5 Perspectivas futuras

Segundo as tendências temporais apresentadas, parece que FRP está a lutar contra um contexto onde o fardo de paludismo é crescente. Atendendo ao tempo de espera normal de 2-3 anos para acesso aos dados de nível nacional, é ainda muito cedo para avaliar até que ponto FRP conseguiu parar ou reverter a tendência crescente do fardo do paludismo. O nível muito baixo de cobertura com mosquiteiros tratados com insecticida e mosquiteiros não tratados demonstrado em 2000 e 2001 fica muito abaixo dos níveis de cobertura nas experiências com mosquiteiros tratados com insecticida que demonstraram importantes benefícios para a saúde. Assim, não será uma surpresa que se venham a observar reduções importantes em mortalidade infantil. O impacto de níveis de cobertura com tratamento é mais difícil de avaliar devido à falta de informações sobre rapidez e dosagem, e níveis variáveis de eficácia dos medicamentos. Será provavelmente necessário atingir níveis de cobertura próximos do objectivo de Abuja de 60% antes de se poder observar todo o efeito dos mosquiteiros tratados com insecticida e do tratamento eficaz sobre a saúde infantil.

Referências

1. *The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2002.

2. MARA/ARMA collaboration (Mapping Malaria Risk in Africa), July 2002. www.mara.org.za.

3. Steketee RW et al. The burden of malaria in pregnancy in malaria-endemic areas. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2001, 64(1,2 S):28–35.

4. Molineaux L. Malaria and mortality: some epidemiological considerations. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 1997, 91(7):811–825.

5. Murphy SC, Breman JG. Gaps in the childhood malaria burden in Africa: cerebral malaria, neurological sequelae, anemia, respiratory distress, hypoglycemia, and complications of pregnancy. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2001, 64(1,2 S):57–67.

6. Mwageni E et al. Household wealth ranking and risks of malaria mortality in rural Tanzania. In: *Third MIM Pan-African Conference on Malaria, Arusha, Tanzania, 17–22 November 2002*. Bethesda, MD, Multilateral Initiative on Malaria: abstract 12.

7. *Report on the Zambia Roll Back Malaria baseline study undertaken in 10 sentinel districts, July to August 2001*. Zambia, RBM National Secretariat, 2001.

8. Akazili J. Costs to households of seeking malaria care in the Kassena-Nankana District of Northern Ghana. In: *Third MIM Pan-African Conference on Malaria, Arusha, Tanzania, 17–22 November 2002*. Bethesda, MD, Multilateral Initiative on Malaria: abstract 473.

9. Breman JG. The ears of the hippopotamus: manifestations, determinants, and estimates of the malaria burden. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2001, 64(1,2 S):1–11.

10. *Population and health in developing countries. Vol. 1. Population, health and survival at INDEPTH sites*. Ottawa, International Development Research Centre, 2002.

11. Korenromp EL et al. Measuring trends in childhood malaria mortality in Africa: a new assessment of progress toward targets based on verbal autopsy. [*Lancet Infectious Diseases*, conditionally accepted, March 2003].

12. Trape J-F. The public health impact of chloroquine resistance in Africa. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2001, 64(1,2 S):12–17.

13. Grimwade K et al. HIV-infection in adults increases rates of severe and fatal falciparum malaria in regions of unstable transmission. In: *XIVth International AIDS conference 2002, Barcelona, Spain*: abstract ThPeC7604.

14. Nwanyanwu OC et al. Malaria and human immunodeficiency virus infection among male employees of a sugar estate in Malawi. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1997, 91(5):567–569.

15. Mouchet J et al. Evolution of malaria in Africa for the past 40 years: impact of climatic and human factors. *Journal of the American Mosquito Control Association*, 1998, 14(2):121–130.

16. Sharp B et al. Malaria control by residual insecticide spraying in Chingola and Chililabombwe, Copperbelt Province, Zambia. *Tropical Medicine and International Health*, 2002, 7(9):732–736.

17. *The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2001.

2. Mosquiteiros tratados com insecticida

Objectivo de Abuja

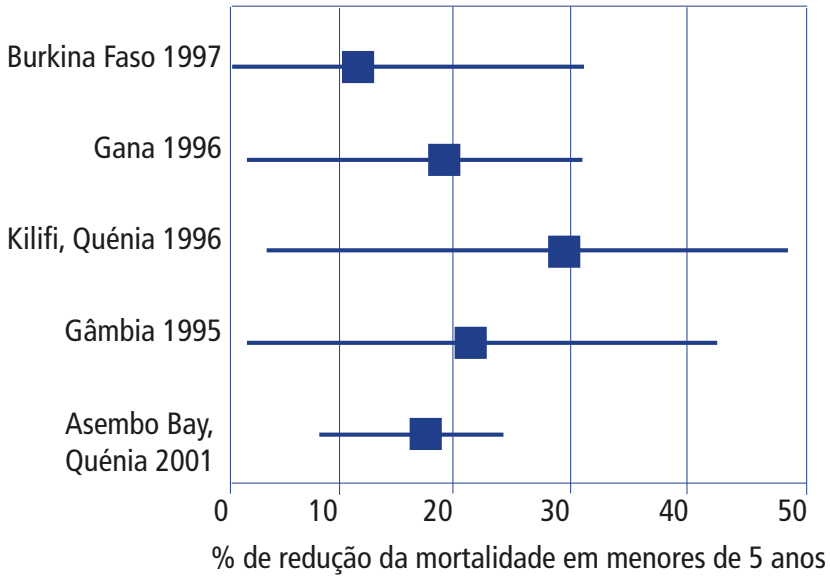
Em Abril de 2000, chefes de estado africanos participando à Cimeira de Abuja concordaram que pelo menos 60% das pessoas a risco de paludismo, especialmente crianças menores de 5 anos e mulheres grávidas, devem beneficiar da associação mais indicada de medidas de protecção pessoal e comunitária tais como MTI até 2005 (4).

Antes do desenvolvimento de mosquiteiros tratados com insecticida (MTI) como uma nova tecnologia nos meados dos anos 1980, as pessoas em muitos países já utilizavam redes, principalmente para se proteger das picadelas de insectos e por razões culturais (*1-3*). Mas foi só recentemente que se compreendeu que uma rede tratada com insecticida oferece uma protecção muito maior contra o paludismo: não só a rede actua como uma barreira para evitar as picadelas de mosquitos como também o insecticida repele, inibe ou mata os mosquitos atraídos para se alimentar. Assim, os MTI fornecem protecção aos seus utilizadores mas também aos outros membros da comunidade. O efeito é tão importante que o uso de MTI é considerado uma das medidas de prevenção do paludismo mais eficazes.

2.1 Evidência

Experiências aleatórias controladas realizadas em contextos africanos com intensidades de transmissão diferentes mostraram que os MTI podem reduzir o número de mortes de menores de 5 anos de cerca de um quinto (*5*), salvando por ano cerca de 6 vidas em cada 1000 crianças de 1-59 meses protegidas (Figura 2.1).

MTI reduzem a mortalidade em menores de 5 anos



Experiências aleatórias controladas mostraram uma redução global da mortalidade em menores de 5 anos de 17% em comunidades providas de MTI, em comparação com comunidades não providas. O impacto era semelhante para uma série de endemicidades. O impacto resulta não só duma redução em mortes por paludismo, mas também de reduções em mortes infantis devidas a outras causas que estão associadas ou que são exacerbadas pelo paludismo, tais como infecção respiratória aguda, baixo peso à nascença e malnutrição.

Fonte: referência *5*, *24*

Figura 2.1

A incidência de episódios clínicos de infecção por *Plasmodium falciparum* é reduzida de 50% em média. Os MTI quando utilizados por mulheres grávidas, também são eficazes para reduzir a anemia materna, a infecção placentária e baixo peso à nascença (*6*).

Isto pode mesmo ser uma subestimação da eficácia dos MTI pois o impacto da redução do fardo de mosquitos estende-se a lares e comunidades sem redes, o que reduz a diferença aparente entre zonas estudadas possuindo redes e zonas estudadas sem redes. A protecção acessível a não utilizadores na vizinhança é difícil de quantificar, mas parece abranger várias centenas de metros. A partir de reduções observadas em prevalência de parasitas, calculou-se recentemente que, a longo prazo, a utilização generalizada de MTI – se tratados regularmente – reduzirá enormemente a transmissão do paludismo (*7*), mas este efeito só será totalmente evidente depois de 2 anos que é a duração normal duma experiência.

As experiências com os MTI atingiram o seu impacto com perto de 100% dos lares possuindo mosquiteiros e 50-75% de menores de 5 anos dormindo protegidos com eles, um nível de utilização semelhante ao objectivo de Abuja de 60%. Onde a cobertura e as taxas de utilização forem inferiores, o impacto sobre a mortalidade será menor.

Programas subsequentes demonstraram a eficácia dos MTI em condições no terreno. Num programa de marketing social em grande escala em dois distritos rurais no sul da República Unida da Tanzânia com grande e constante transmissão do paludismo, a cobertura por MTI de bebés passou de menos de 10% a mais de 50% três anos mais tarde. A utilização dos MTI foi associada a um aumento de 27% na sobrevivência de crianças com 1 mês a 4 anos de idade e a uma redução de 63% em anemia neste mesmo grupo etário (avaliada segundo o método de controlo de casos) (*8*).

Na Gâmbia, o Programa Nacional de Mosquiteiros Impregnados atingiu uma taxa de 83% em tratamento de redes e notificou 77% de menores de 5 anos e 78% de mulheres em idade de reprodução que dormiam sob MTI (*9*). A mortalidade global de menores de 5 anos baixou de 25%, e estudos de controlo de casos sugeriram haver 59% menos de episódios de paludismo sem complicações em utilizadores de MTI (*10, 11*).

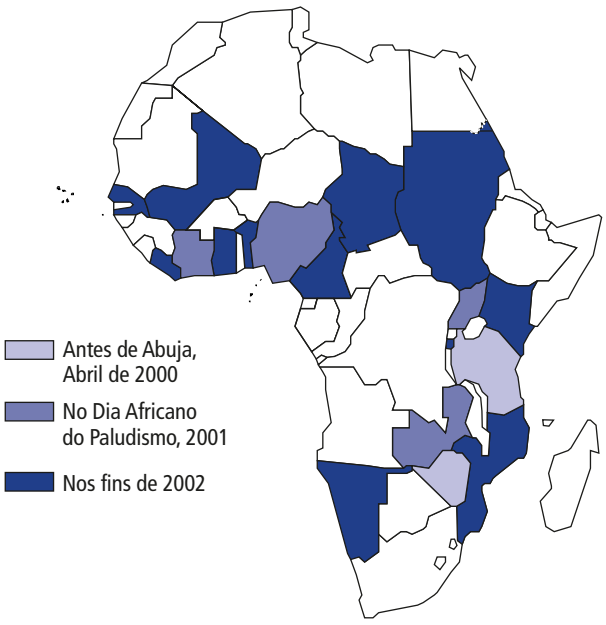
2.2 Progresso: planos de estratégia com MTI

Dos 40 países com paludismo endémico na África possuindo planos estratégicos nacionais para fazer recuar o paludismo, 18 desenvolveram planos estratégicos que incluem acesso crescente a MTI. Vinte e cinco países africanos requereram com êxito financiamento na segunda série de pedidos ao Fundo Mundial.

2.3 Progresso: taxas e impostos

O custo dos MTI é uma barreira à sua utilização generalizada. Como um elemento de redução de preços, a Declaração de Abuja obteve o empenho dos governos para "reduzir ou abolir taxas e impostos sobre mosquiteiros e materiais, insecticidas, medicamentos antipalúdicos e outros artigos e serviços recomendados que são necessários para estratégias de luta contra o paludismo". Até agora, 18 países reduziram ou eliminaram taxas e impostos (Figura 2.2). Alterações de duração limitada em regimes de taxas e impostos podem ser introduzidas graças a acordos informais entre ministérios da saúde e das finanças, mas acordos mais permanentes exigem normalmente regulamentação nacional.

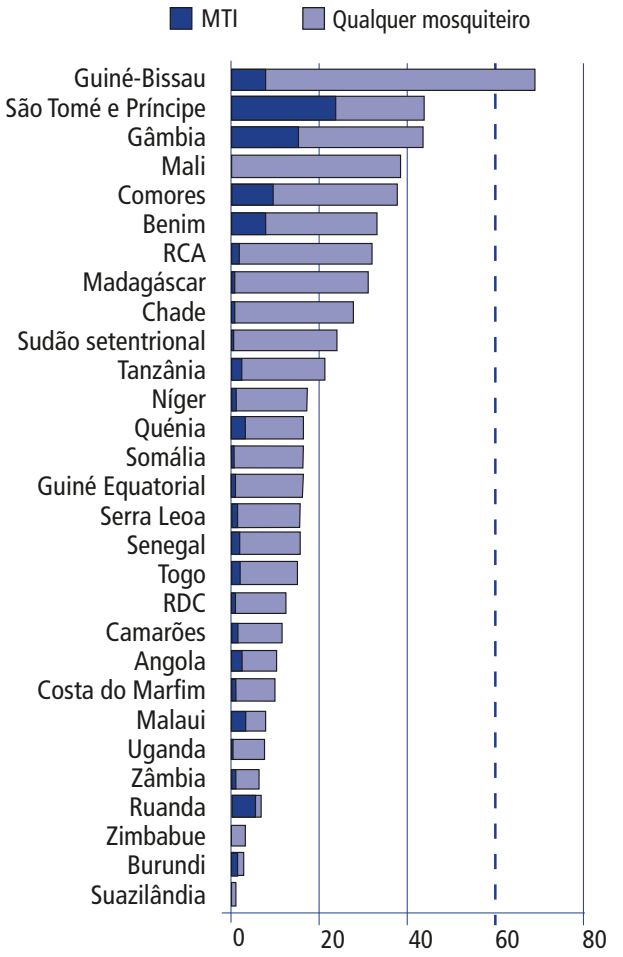
Redução de taxas e impostos



Fonte: Dados de FRP provenientes dos países, 2003

Figura 2.2

Utilização de MTI na África



Observação: *A linha ponteada indica o objectivo de Abuja. Para o Mali e o Zimbabue não havia disponibilidade de dados sobre MTI*

Fonte: MICS e DHS, 1998-2001

Figura 2.3

A maioria dos países aplica o "Sistema Harmonizado de Descrição e Codificação de Mercadorias" para classificar produtos apresentados pelo Escritório Mundial de Direitos Alfandegários (*12*). Neste sistema, atribui-se a cada produto um código de seis algarismos para lançamento de impostos e recolha de estatísticas comerciais. As redes são geralmente classificadas como têxteis e as alfândegas podem não estar de acordo em dar isenção a toda a gama de produtos cobertos pelo código. Acontece que alguns países também são signários de acordos regionais sobre impostos e taxas de imposição, o que pode influenciar a adopção de alteração da orientação. Por exemplo, a União Económica e Monetária da África Ocidental pede a todos os seus oito estados membros para aderir à Resolução Comum sobre Tarifas Externas, que estipula taxas fixas de 20% para direitos de importação e de 18% para imposto de valor acrescentado (IVA). Resumindo, alterações em políticas nacionais seriam grandemente facilitadas por alterações em acordos internacionais.

2.4 Progresso: mosquiteiros tratados com insecticida de longa duração

Em resposta aos baixos níveis de tratamento de manutenção de mosquiteiros tratados com insecticida, especialmente na África, a OMS levou a indústria a desenvolver mosquiteiros tratados com insecticida de longa duração (LLIN) – mosquiteiros prontos a ser utilizados, tratados na fábrica e que não necessitam de tratamento de manutenção durante a sua vida de 4-5 anos. Esta tecnologia evita a necessidade de tratamento de manutenção (ao contrário dos MTI convencionais, os LLIN resistem à lavagem) e reduz tanto a exposição humana (em qualquer altura, a maior parte do insecticida está escondido e não biodisponível) como a contaminação do meio ambiente.

Utilizando as mais recentes tecnologias de fibras, os LLIN são considerados como um importante progresso em prevenção do paludismo. Um LLIN já está disponível no comércio e é recomendado pela OMS. Ao custo actual de cerca de 5 US$ por mosquiteiro, os LLIN já são mais eficazes em relação ao custo do que os mosquiteiros tratados de maneira convencional. Estão a fazer-se esforços para multiplicar a capacidade de produção para satisfazer a procura que já é grande. A parceria FRP está a facilitar a transferência de tecnologias e a estimular a produção local de LLIN na África (*13*).

2.5 Progresso: cobertura

Em nove países estudados entre 1997 e 2001, uma média de 13% de agregados familiares possuiam um ou mais mosquiteiros (escala 1,1-54%). Uma média de 1,3% (escala 0,2-4,9%) de agregados familiares estudados em três países possuiam pelo menos um MTI (*14*). A proporção de menores de 5 anos que dormem sob mosquiteiros é também baixa – cerca de

15% em 28 países estudados. O número de crianças que dormem sob MTI é ainda inferior (menos de 2%). Só dois países, a Gâmbia e São Tomé e Príncipe, notificaram taxas de utilização de MTI superiores a 10% (Figura 2.3).

Embora as taxas actuais de cobertura sejam geralmente baixas, a disponibilidade e utilização de mosquiteiros aumentaram de maneira notável nos últimos 10 anos, especialmente em países onde os mosquiteiros não eram normalmente utilizados. Por exemplo, na República Unida da Tanzânia, os mosquiteiros eram raros nos anos 1980, especialmente em zonas rurais, mas a sua posse aumentou para 63% em cidades e para 29% em zonas rurais (*14*). Tais tendências são encorajantes e sublinham o progresso que está a ser feito.

2.6 Desafios: aumento da cobertura

A maioria dos agregados familiares africanos vivendo em zonas a risco de paludismo não possuem mosquiteiros, tratados ou não com insecticida. Para atingir uma cobertura adequada, a maioria dos países necessitará de muitos mais mosquiteiros; calcula-se que, para cobrir todos os africanos a risco (*16*), seriam necessários uns 260 milhões de mosquiteiros.

Aumentar a disponibilidade de MTI exigirá expansão em grande escala de fornecimento e distribuição. Os obstáculos ao aumento de fornecimentos e distribuição de mosquiteiros e insecticidas incluem taxas e impostos, questões de controlo e sistemas de distribuição inadequados. Os obstáculos à procura de mosquiteiros e insecticidas estão relacionados com o preço, a possibilidade financeira dos agregados familiares, e a promoção e marketing.

Também há oportunidade de aumentar o uso de MTI fornecendo o tratamento com insecticida para qualquer mosquiteiro não tratado já existente na casa. Com base na cobertura comparativa com mosquiteiros tratados e não tratados, isto poderia duplicar a percentagem de famílias com MTI.

As fracas proporções de nova impregnação dos MTI com insecticida são outro desafio. O insecticida para tratamento de mosquiteiros ainda é um artigo pouco corrente na África. Além disso, a motivação das pessoas pela utilização de mosquiteiros é muitas vezes de reduzir o incómodo causado pelos mosquitos e não de repelir ou matar os mosquitos transmissores do paludismo. A crescente disponibilidade na África de preparados de marcas atraentes deve estimular a procura de insecticidas, e o desenvolvimento de LIN é outra solução possível ao problema da baixa proporção de tratamento de manutenção.

Campanha da Eritreia sobre impregnação

Calcula-se actualmente que o número de mosquiteiros em uso na Eritreia é de 533.200, dos quais 226.000 foram adquiridos e distribuídos em 2002. A taxa de tratamento de mosquiteiros aumentou de 20% em 2000 para 58,5% em 2002. A maioria das famílias em zonas endémicas possuem dois mosquiteiros (*17*).

2.7 Desafios: superar as disparidades em cobertura por mosquiteiros

A pobreza é uma barreira importante à posse de mosquiteiros. A razão mais frequentemente citada para justificar a falta de mosquiteiros é a falta de dinheiro: o preço dum mosquiteiro representa uma grande proporção da renda duma família pobre.

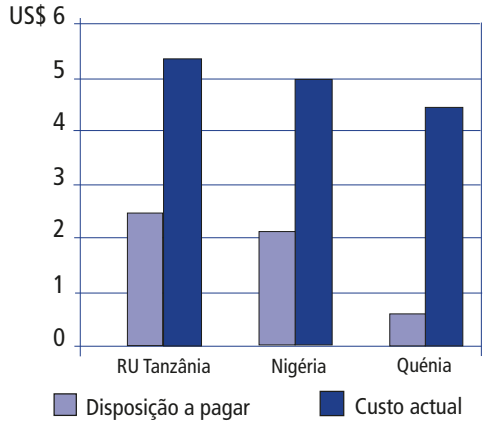
2.8 Expansão

Para reduzir o fosso entre o número de menores de cinco anos que poderiam beneficiar dum mosquiteiro e os que actualmente dormem com um, é preciso que a posse e o uso de mosquiteiros aumente de maneira importante. O problema é encontrar o equilíbrio entre cobrir os custos do aumento da cobertura com MTI e estimular o desenvolvimento de mercados, assegurando ao mesmo tempo que os mais pobres e mais vulneráveis são protegidos (*23*).

Cobertura por MTI na Zâmbia

Um programa comunitário na Zâmbia rural atingiu uma cobertura completa de indivíduos a risco superior a 60%. Com o apoio do UNICEF, o programa provincial de base comunitária de luta contra o paludismo vendeu MTI desde 1995. Segundo um estudo, um terço da população notificou ter dormido sob um mosquiteiro na noite anterior, mais de 80% tinham voltado a tratar os seus mosquiteiros pelo menos uma vez, e mulheres grávidas e menores de cinco anos tinham tido prioridade na utilização de mosquiteiros. A incidência do paludismo era nitidamente inferior entre utilizadores de mosquiteiros a não utilizadores (*18*).

As famílias estão dispostas a pagar os mosquiteiros

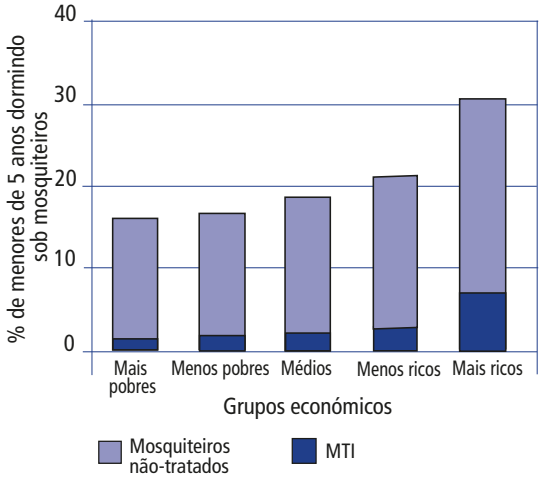


Estudos realizados no Quénia, Nigéria e República Unida da Tanzânia indicam que membros das famílias estão prontos a comprar MTI, mas geralmente a um preço inferior ao actual. Uma abordagem para reduzir desigualdades é o marketing social – subvencionar, até certo ponto, o custo de venda dos MTI. Na RU da Tanzânia, um projecto de marketing social iniciado em 1998 aumentou a cobertura reduzindo as desigualdades socioeconómicas.

Fonte: referências *19*, *20* e *21*

Figura 2.4

A posse e uso de mosquiteiros é menos frequente em famílias pobres

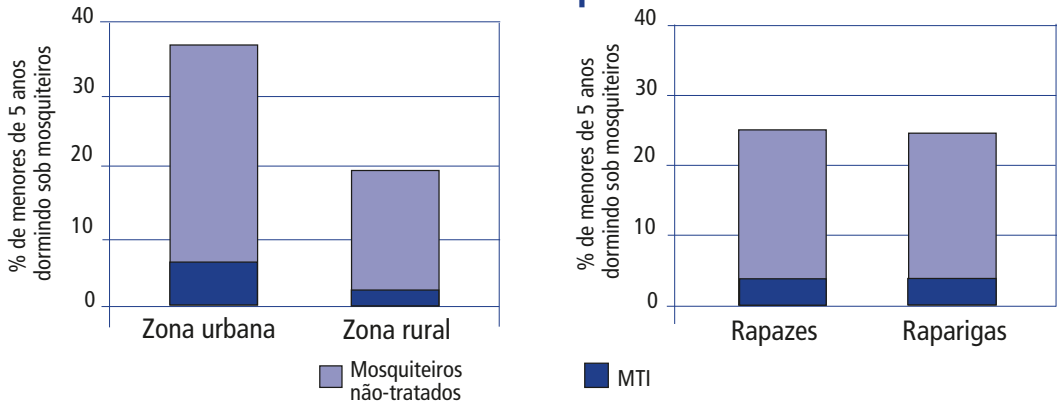


Há poucas probabilidades de famílias pobres terem MTI ou qualquer outro mosquiteiro. A disparidade contrasta com um fardo provavelmente maior de paludismo em famílias mais pobres vivendo em casas e zonas permitindo maior exposição a mosquitos, e que têm menos possibilidades de recursos para tratamento uma vez a infecção contraída.

Fonte: MICS, 1998-2001, média em 22 países

Figura 2.5

As crianças de famílias rurais têm menos probabilidades de usar mosquiteiros



Em zonas rurais, há menos crianças menores de 5 anos a dormir sob mosquiteiros do que em zonas urbanas, mesmo se o paludismo é muitas vezes mais prevalente em zonas rurais. A importância da diferença urbano-rural era maior para MTI do que para outros tipos de mosquiteiros. Agrupando todos os estudos, a proporção entre cobertura urbana para rural era de 1,8 para qualquer mosquiteiro e de 2,8 para MTI. Segundo estes mesmos estudos, a utilização de qualquer mosquiteiro ou de MTI é semelhante para rapazes e raparigas.

Fonte: MICS e DHS, 1998-2001, média em 22 países

Figuras 2.6 e 2.7

Na maior parte dos países africanos com paludismo endémico o sector público não tem a capacidade financeira nem logística para alargar a utilização de mosquiteiros à escala exigida. A maioria dos países gasta com a saúde unicamente 4 US$ per capita por ano – o equivalente ao custo médio dum mosquiteiro não tratado. Assim, o objectivo de Abuja para expandir o uso de MTI na África exigirá sinergia entre actividades dos sectores público e privado.

Para permitir um ambiente propício para multiplicar acções, os governos precisam de se concentrar nas seguintes prioridades:

- Provocar a procura de MTI através de canais de informação sanitária e meios de comunicação social.
- Fornecer subvenções sustidas destinadas aos grupos mais vulneráveis, de preferência através dum sistema utilizando canais públicos (por exemplo, postos pré-natais) para fornecimentos de subvenções mas canais de distribuição comerciais para fornecimento dos artigos.
- Estimular e facilitar o desenvolvimento de mercados comerciais graças a redução de taxas e impostos e racionalização da regulamentação de novos produtos insecticidas. Deve promover-se a competição entre fabricantes e distribuidores para assegurar o acesso a mosquiteiros pela população em geral, ao preço mais baixo possível.
- Vigiar a resistência aos insecticidas.
- Eventualmente, prover o mercado com informações (i.e. aquisição e distribuição temporárias de MTI para reforçar os canais de distribuição comerciais) em zonas onde a procura de mosquiteiros é muito pequena para os fabricantes terem lucro.

Para lutar contra a fraca proporção de tratamento de manutenção, a subvenção da distribuição de insecticida através de canais financiados publicamemte deve ser reforçada. Este é o sistema utilizado pelos programas de MTI mais vastos e mais constantes do mundo, nomeadamente os da China e do Vietname (*23*).

Referências

1. MacCormack CP, Snow RW. Gambian cultural preferences in the use of insecticide-impregnated bed nets. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1986, 89(6):295–302.

2. Robert V, Carnevale P. Influence of deltamethrin treatment of bed nets on malaria transmission in the Kou valley, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 1991, 69(6):735–740.

3. Aikins MK, Pickering H, Greenwood BM. Attitudes to malaria, traditional practices and bednets (mosquito nets) as vector control measures: a comparative study in five west African countries. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1994, 97(2):81–86.

4. *The African summit on Roll Back Malaria. Abuja, Nigeria, 25 April 2000.* Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2000 (document WHO/CDS/RBM/2000.17).

5. Lengeler C. Insecticide-treated bednets and curtains for preventing malaria (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford, Update Software, 2001.

6. Garner P, Gulmezoglu AM. Prevention versus treatment for malaria in pregnant women. In: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford, Update Software, 2000.

7. Smith T et al. Effects of insecticide-treated mosquito nets on malaria transmission. In: *Third European Congress on Tropical Medicine and International Health, Lisbon, Portugal, 8–11 September 2002.*

8. Armstrong Schellenberg JRM et al. Effect of large-scale social marketing of insecticide-treated nets on child survival in rural Tanzania. *Lancet*, 2001, 357:1241–1247.

9. Cham MK et al. Implementing a nationwide insecticide-impregnated bednet programme in The Gambia. *Health Policy Plan*, 1996, 11(3):292–298.

10. D'Alessandro U et al. The Gambian National Impregnated Bed Net Programme: evaluation of effectiveness by means of case-control studies. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1997, 91(6):638–642.

11. D'Alessandro U et al. Mortality and morbidity from malaria in Gambian children after introduction of an impregnated bednet programme. *Lancet*, 1995, 345(8948):479–483.

12. Harmonized Commodity Description And Coding System. http://www.com-law.net/findlaw/customs/hs.htm.

13. Guillet P et al. Long-lasting treated mosquito nets: a breakthrough in malaria prevention. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79(10):998.

14. Demographic and Health Surveys (DHS). Calverton, MD, ORC Macro. http://www.measuredhs.com.

15. *Progress Report Regional Procurement Centre, Pretoria, South Africa.* New York. United Nations Children's Fund, 2002.

16. MARA/ARMA collaboration (Mapping Malaria Risk in Africa), July 2002. www.mara.org.za.

17. *Mission Report on Mass Mosquito Net Impregnation Campaign, Eritrea, 2002.* Brazzaville, Sede Regional Africana da OMS (documento WHO/AFRO/CDS/VBC/2002).

18. Chimumbwa J. *A community-based programme in Zambia. 1999. Luapula Community-based malaria prevention and control programme.* Presentation at Second International Conference on Insecticide Treated Nets, Dar es Salaam, United Republic of Tanzania, 11-14 October 1999.

19. Guyatt HL, Ochola SA, Snow RW. Too poor to pay: charging for insecticide-treated bednets in highland Kenya. *Tropical Medicine and International Health*, 2002, 7(10):846–850.

20. Onwujekwe O et al. Hypothetical and actual willingness to pay for insecticide-treated nets in five Nigerian communities. *Tropical Medicine and International Health*, 2001, 6(7):545–553.

21. Simon JL et al. How will the reduction of tariffs and taxes on insecticide-treated bednets affect household purchases? *Bulletin of the World Health Organization, 2002*, 80(11):892–899.

22. Hanson K et al. Equity and ITNs in Tanzania: evidence from a social marketing project. *Third MIM Pan-African Malaria Conference 2002, Arusha, Tanzania*: abstract no.446.

23. Global Partnership to Roll Back Malaria. *Scaling-up insecticide-treated netting programmes in Africa. A strategic framework for coordinated national action.* Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2002 (documento WHO/CDS/RBM/2002.43.)

24. Phillips-Howard PA et al. The efficacy of permethrin-treated bednets on child mortality and morbidity in western Kenya. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2003 (in press).

3. Tratamento imediato e efectivo

O tratamento imediato e efectivo do paludismo é um elemento vital da luta contra a doença (*1*). Na África a sul do Sara, onde a maior parte do paludismo é causada por *Plasmodium falciparum* e a doença é potencialmente fatal, o tratamento imediato e efectivo pode salvar muitas vidas. É vital que os doentes, especialmente crianças menores de 5 anos, principiem o tratamento nas 24 horas seguintes ao inícios dos sintomas para evitar a progressão – muitas vezes rápida – para paludismo grave e morte (*2*).

Um sistema de saúde sólido deveria fornecer diagnóstico seguro como base para tratamento ideal. Contudo, na maioria das zonas de paludismo endémico, o acesso a serviços de tratamento e diagnóstico é limitado e os medicamentos são comprados através do sector privado, não-convencional (*3, 4*). Além disso, o diagnóstico é complicado pela falta duma indicação clínica específica, ocorrência frequente de várias doenças simultaneamente, e – em zonas de transmissão intensa – infecções palúdicas inaparentes. Assim, em zonas endémicas de grande transmissão, a OMS recomenda que, como parte da estratégia de Diagnóstico e Tratamento Integrados das Doenças da Infância (DITIDI), todas as crianças menores de 5 anos com febre devem ser tratadas presuntivamente com antipalúdicos (*5*). Intervenções a nível comunitário para reforçar o tratamento a domicílio de crianças com febre estão a ganhar importância como parte dos esforços para melhorar o acesso a tratamento imediato, especialmente em zonas rurais isoladas.

3.1 Evidência

O consenso mundial de que o acesso a tratamento imediato e efectivo deve ser um elemento essencial da estratégia FRP, baseia-se no reconhecimento generalizado de que o paludismo por falciparum não-tratado contribui, directa e indirectamente, para a morte de indivíduos não-imunes, algumas vezes horas depois do início dos sintomas (*2*). O tratamento imediato e efectivo do paludismo e a gestão apropriada de complicações clínicas salvarão vidas.

Estudos não controlados realizados em Madagáscar (*7*) e na República Unida da Tanzânia (*8*) revelaram reduções importantes em mortalidade quando equipas de investigação forneciam acesso imediato a tratamento antipalúdico. Contudo, estes estudos tiveram lugar em circunstâncias em que os obstáculos a acesso que caracterizam a maioria dos sistemas de saúde em países endémicos tinham sido eliminados.

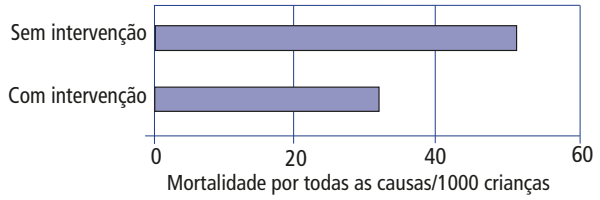
Experiências aleatórias e controladas em tratamento de afecções febris visando a redução de mortalidade estão cheias de problemas metodológicos e éticos e produziram resultados incompatíveis. Num estudo aleatório muito citado, realizado em comunidades numa zona da Etiópia de transmissão de paludismo baixa e ligada às estações do ano, a mortalidade entre menores de 5 anos foi reduzida de 40% depois das mães terem aprendido a prestar em casa tratamento imediato com cloroquina em casos de febre (*9*) (Figura 3.1). Contudo, uma melhoria geral em cuidados infantis pode ter contribuído para este alto nível de impacto.

Outra evidência indirecta atribuiu a baixa mortalidade ligada ao paludismo em Brazzaville ao uso generalizado de cloroquina como auto-tratamento (*10*). Pelo contrário, após o alastramento da resistência à cloroquina, observou-se um aumento de mortalidade infantil num posto de vigilância demográfica numa zona rural do Senegal (*11*) (Figura 3.2). Estudos Demográficos e Sanitários mostraram que a

Objectivo de Abuja

Em Abril de 2000, chefes de estado africanos participando à Cimeira de Abuja corcordaram que no ano 2005, pelo menos 60% das pessoas sofrendo de paludismo deviam ter acesso imediato a tratamento correcto, financeiramente aceitável e apropriado nas 24 horas seguintes ao início dos sintomas (6).

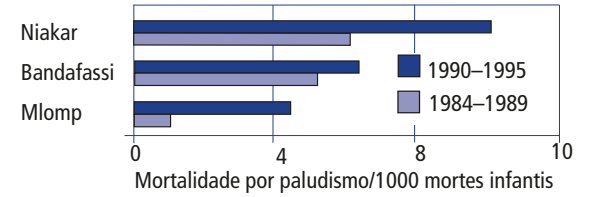
Treino de mães em tratamento por cloroquina reduziu a mortalidade em menores de 5 anos na Etiópia



Fonte: referência *9*

Figura 3.1

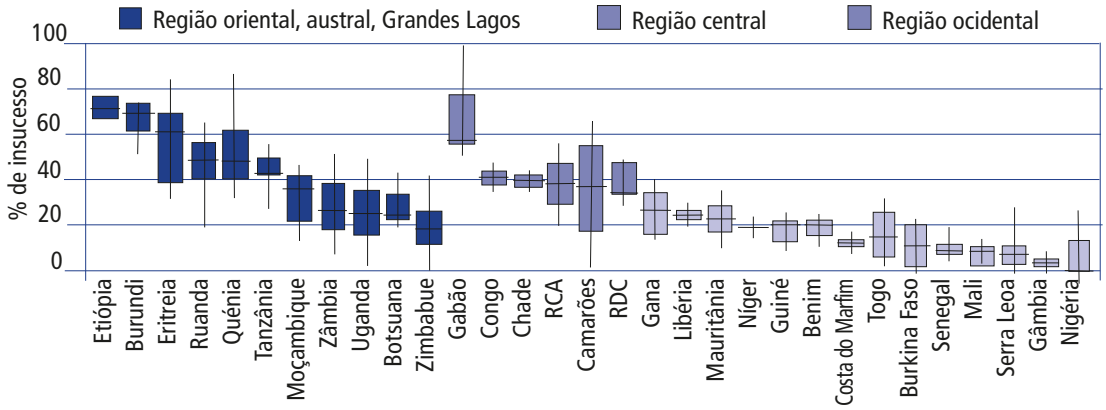
Com o alastramento da resistência à cloroquina, a mortalidade por paludismo em crianças aumentou em três zonas rurais no Senegal



Fonte: referência *11*

Figura 3.2

Insucesso do tratamento com cloroquina na África



A OMS estabeleceu 126 centros piloto de vigilância em 36 países africanos que controlam a eficácia de medicamentos antipalúdicos utilizados localmente, fazendo o seguimento de pacientes em postos. Segundo o protocolo padrão (*13, 14*), os resultados são dados como i) fracasso de tratamento precoce (ETF); fracasso clínico tardio (LCF); no futuro também se entrará em linha de conta com fracasso parasitológico tardio (LPF). Fracasso de tratamento para mudança de política tal como se mostra aqui, consiste na soma de ETF+LCF.

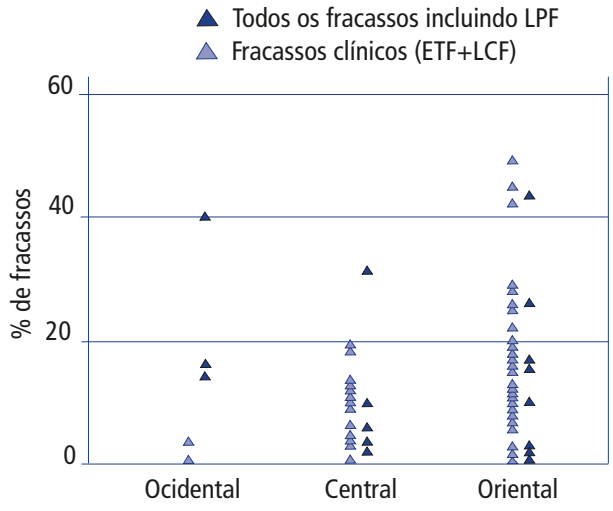
Nota: *A caixa indica a 25a/75a percentis, a linha limita os valores mais baixos/mais altos, e onde as linhas se cruzam, a média.*

Fonte: Sede Regional Africana da OMS, 1997-2002

Figura 3.3

mortalidade entre bebés e crianças no Malaui durante os anos 1990 apresentava uma redução de 15%, enquanto no mesmo tempo no Quénia, Ruanda, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabue as taxas eram crescentes ou estáveis. É provável que a redução excepcional da mortalidade no Malaui seja parcialmente devida à mudança, em 1993, da política de medicamentos que substituiu a cloroquina pela sulfadoxina-pirimetamina (SP).

Fracassos em tratamento com SP na África (1996-2001)



Fonte: Sede Regional Africana da OMS e Sede da OMS

Figura 3.4

3.2 Resistência a medicamentos

A resistência a medicamentos antipalúdicos tornou-se um dos maiores problemas do tratamento do paludismo. A cloroquina, o medicamento antipalúdico mais barato e mais utilizado em toda a parte, tem perdido a sua eficácia clínica na maior parte da África (Figura 3.3). A resistência do *Plasmodium falciparum* aos medicamentos alternativos de custo mais acessível, especialmente sulfadoxina-pirimetamina (SP), é também um problema que está a surgir na África oriental e austral (Figura 3.4).

Vários medicamentos recentemente elaborados podem substituir os que já não são eficazes. Em especial, os tratamentos multi-medicamentosos baseados em artemisina (ACT) têm um enorme potencial para tratamento do paludismo. A combinação de vários medicamentos reforça a eficácia clínica e pode retardar o desenvolvimento de resistência nos parasitas (*12*). Contudo, tais medicamentos ainda não estão disponíveis em toda a parte e o seu custo nem sempre é acessível.

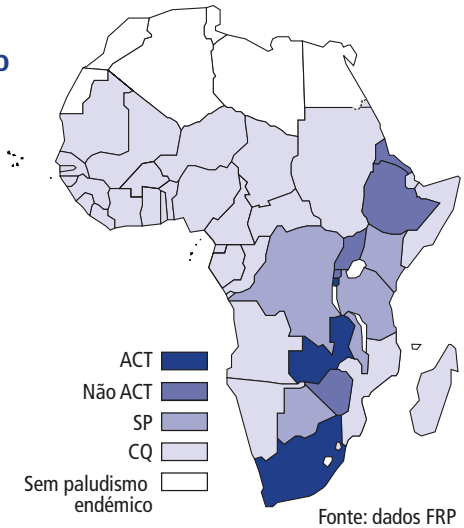
Medicamentos recomendados a nível nacional para tratamento de primeira linha de paludismo sem complicações, Janeiro de 2003

Não ACT: associação CQ+SP ou AQ+SP
ACT: artemisina (AS)+AQ, AS+SP, ou Coartem
Nos Camarões, recomenda-se a amodiaquina.

Países que mudaram a política de primeira linha de CQ para SP:
Malaui (1993), Quénia (1996), Botsuana (1997), RDC e Tanzânia (2001).

Províncias escolhidas na África do Sul onde a alteração para ACT foi totalmente implementada: Coartem em KawZulu-Natal, e artesunato+SP em Mpumalanga (2001).

Países que adoptaram ACT mas que ainda têm de implementar totalmente esta política: Tanzânia (Zanzibar) (2001), Zâmbia (2001), Burundi (2002).



Fonte: dados FRP

Figura 3.5

3.3 Progresso: políticas sobre medicamentos

A resistência a medicamentos levou muitos países na África oriental, austral e central a rever as suas directivas sobre tratamento (Figura 3.5).

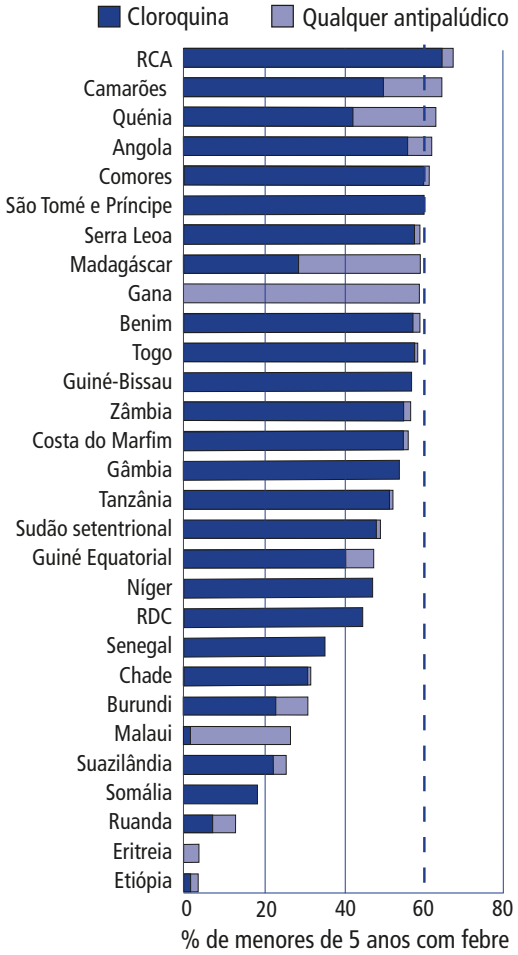
Os níveis variáveis de resistência dentro dos países tornam difícil a alteração das políticas nacionais. Quando se decide rever uma política, é preciso entrar em linha de conta com, além da eficácia e segurança clínicas, outros factores tais como, aceitação do tratamento, custo e questões de gestão de medicamentos. Implementar uma alteração de política é um empreendimento dispendioso que necessita uma importante injecção de fundos tanto para financiar o processo de alteração como para aquisição dos medicamentos exigidos.

Em média, desde o acordo até a implementação completa da política, tem sido necessário um período de 18 meses na maioria dos países africanos. Este período cobre a obtenção de apoio político e financeiro, a formação de agentes de cuidados de saúde, e a sensibilização da população em geral, o que é crucial para uma implementação bem sucedida da decisão.

3.4 Progresso: cobertura com tratamento

Estudos nacionais sobre famílias realizados recentemente em 28 países africanos mostraram que uma média de 42% de menores de 5 anos com febre eram tratados com antipalúdicos (Figura 3.6). Contudo, mais de 80% destes tratamentos notificados empregavam

Cerca de metade de menores de cinco anos com febre são tratados com antipalúdicos. A maioria dos tratamentos implica cloroquina contra a qual a resistência está a aumentar



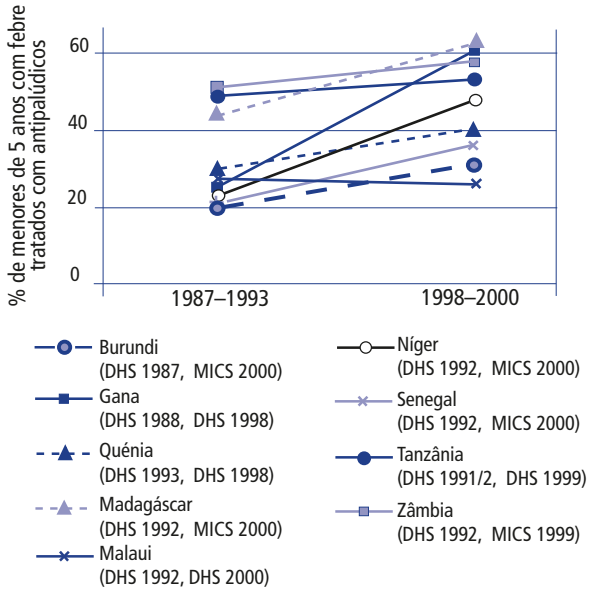
Estes dados não indicam fonte de tratamento, i.e. sector privado formal ou informal.

Observação: *A linha ponteada indica o objectivo de Abuja. Falta de dados sobre cloroquina para o Gana (DHS, 1998) e a Eritreia (Dados preliminares de DHS, 2002).*

Fonte: MICS e DHS, 1998-2002

Figura 3.6

Aumentos durante a última década na proporção de menores de 5 anos tratados com antipalúdicos

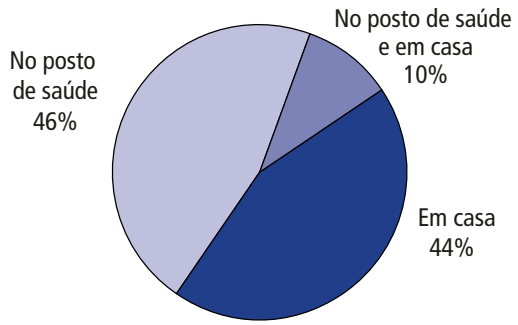


Fonte: MICS e DHS

Figura 3.7

cloroquina, e por isso é provável que a cobertura com tratamento eficaz tenha sido muito mais baixa. Além disso, é possível que muitos tratamentos não tenham sido iniciados nas 24 horas seguintes ao início dos sintomas, e as posologias podem ter sido inadequadas (*15-17*). Assim, estas avaliações de cobertura representam um limite superior da cobertura com tratamento imediato e eficaz, e o valor verdadeiro é provavelmente muito inferior.

Onde é que as crianças pequenas com febre tomando antipalúdicos recebem tratamento?



Observação: *Com base em dados provenientes de 21 países*

Fonte: MICS, 2000-2001

Figura 3.8

Em nove países, onde nos últimos 15 anos teve lugar um certo número de estudos, tem havido uma tendência crescente para uso de antipalúdicos no tratamento de menores de 5 anos com febre (Figura 3.7). Estes estudos nacionais fornecem provas suplementares do uso generalizado e corrente de antipalúdicos. A reacção aparente de quem cuida de crianças pequenas de acesso crescente a tratamento antipalúdicos, realça a oportunidade de conseguir mais progressos no acesso a antipalúdicos mais eficazes e sua conformidade com os planos de tratamento.

3.5 Desafios: aumentar a cobertura

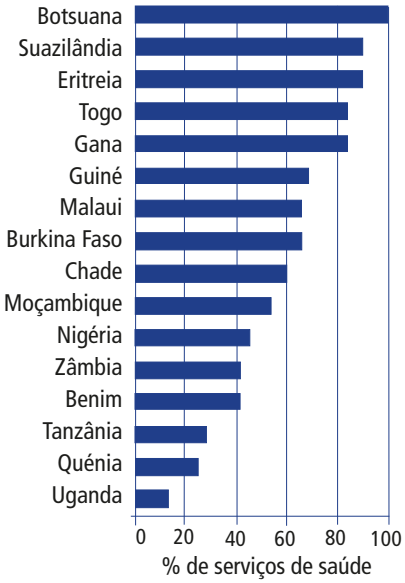
Nas zonas mais pobres da África, pelo menos metade da população não tem acesso a medicamentos essenciais, incluindo antipalúdicos (*18*), devido a razões que incluem financiamento inadequado, sistemas deficientes de prestação de cuidados de saúde e fraca regulamentação de medicamentos (*19*).

Utilização de serviços de saúde e tratamento quase óptimo a domicílio.

Dados de MICS em 21 países indicam que em crianças com febre recebendo tratamento

Medicamentos antipalúdicos esgotados é uma razão vulgar para não utilizar serviços de saúde

% de serviços de saúde sem esgotamento de medicamentos antipalúdicos recomendados a nível nacional durante uma semana nos últimos 3 meses.



Fonte: Estudos de Base de FRP 2000-2001

Figura 3.9

antipalúdico, cerca de 46% são tratadas num posto de saúde, 44% em casa e 10% no posto de saúde e me casa (Figura 3.8). A variação entre países é importante. No Burundi, Gâmbia e Guiné-Bissau, as crianças tratadas com antipalúdicos tinham pelo menos quatro vezes mais probabilidades de ser tratadas num posto de saúde do que casa, enquanto crianças nos Camarões, Chade e Níger tinham três vezes mais probabilidades de ser tratadas em casa.

A distância ao serviço de saúde, as reservas insuficientes de medicamentos e a falta de dinheiro para pagar os serviços são as razões mais vulgarmente invocadas para não utilizar os serviços de saúde públicos (Figura 3.9). Em muitas zonas afectadas, o custo do tratamento antipalúdico impõe um fardo importante às famílias. Por exemplo, na República Unida da Tanzânia, demonstrou-se que tal custo era de longe a maior componente das despesas familiares com o paludismo (*20*), excedendo as relacionadas com medidas de prevenção tais como MTI. O tratamento só é gratuito em cinco países (Botsuana, Djibuti, Namíbia, África do Sul e Suazilândia).

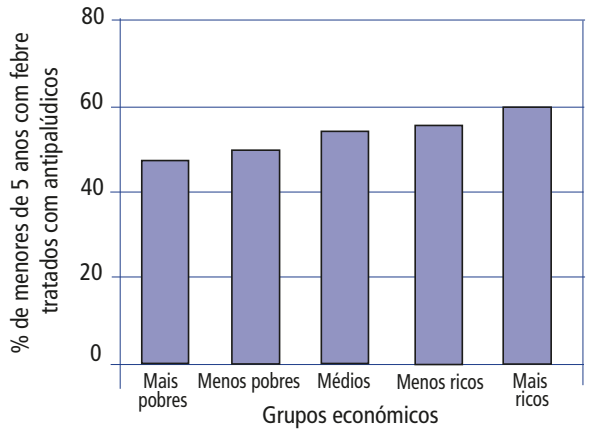
Um estudo realizado na Zâmbia sobre tratamento de paludismo em crianças determinou que, na maioria dos casos, os medicamentos eram comprados em farmácias ou lojas locais. O sector "privado informal" é assim uma fonte importante de medicamentos antipalúdicos (*21*). Contudo, estes tratamentos não correspondem muitas vezes às directivas nacionais sobre tratamento: podem incluir medicamentos falsificados, medicamentos de má qualidade, dosagem incorrecta e práticas de prescrição irracionais (*22, 23*).

3.6 Desafios: disparidades em uso

MICS nacionais mostram que crianças de famílias mais pobres têm, em relação a outras crianças, menos probabilidades de receber tratamento antipalúdico. Além disso, embora a cobertura seja igual para rapazes e raparigas, é de certa maneira mais baixa em zonas rurais onde o fardo é maior, do que em zonas urbanas (Figuras 3.10, 3.11 e 3.12).

As condições económicas das famílias também afectam a qualidade dos medicamentos administrados. Por exemplo, um estudo comunitário realizado no Gana sugere que no tratamento de episódios de febre as pessoas pobres utilizavam mais frequentemente (82%) restos de medicamentos do que pessoas menos pobres (53%). Entre os pobres, a compra de

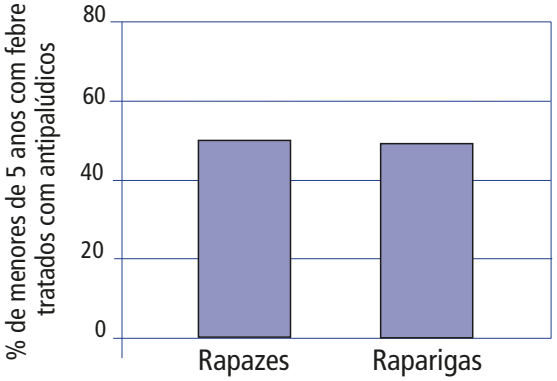
Crianças de famílias mais pobres têm menos acesso a tratamento antipalúdico



Fonte: MICS, 2000-2001

Figura 3.10

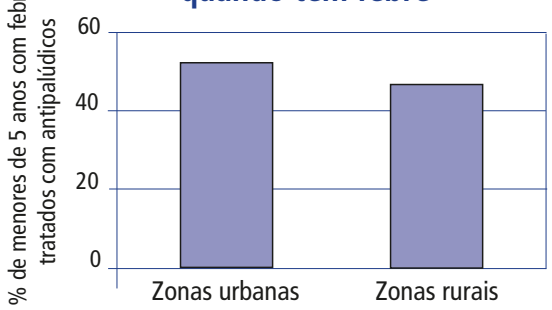
Rapazes e raparigas com febre têm as mesmas probabilidades de receber medicamentos antipalúdicos



Fonte: MICS e DHS, 1998-2001

Figura 3.11

Apesar dum fardo maior de paludismo, as crianças em zonas rurais têm menos probabilidades de ser tratadas com medicamentos antipalúdicos quando têm febre



Fonte: MICS e DHS, 1998-2001

Figura 3.12

medicamentos sem receita era também mais corrente, e as consultas a postos de saúde menos frequentes (*24*).

A gravidade de febre alta incitará a maioria das pessoas que cuidam de crianças a procurar tratamento para doenças infantis graves. Contudo, para as populações mais estudadas, a distribuição de tratamento imediato efectivo nas comunidades continua a ser desconhecida e necessita de mais investigação.

Custo-eficácia contra possibilidade financeira

Análises de custo-eficácia indicam que o tratamento antipalúdico é geralmente muito eficaz em relação ao custo, mesmo nos países mais pobres em recursos (*25*). Na prática, contudo, os custos de tratamento de paludismo com os medicamentos antipalúdicos mais eficazes poderão não ser acessíveis a comunidades ou famílias em países com resistência muito espalhada aos medicamentos baratos vulgarmente disponíveis.

Custo médio dum tratamento completo para paciente adulto em consulta externa:

Cloroquina	0,13 US$
SP	0,14 US$
Amodiaquina	0,20 US$
Associações baseadas em artemisina	1-3 US$

Tratamento a domicílio de casos de febre

O tratamento a domicílio de casos de febre (HBMF) é uma estratéga prometedora para melhorar a cobertura com tratamento imediato e eficaz. Agentes de saúde comunitários e mães de crianças pequenas são treinados para reconhecer sintomas e os benefícios de tratamento antipalúdico imediato. Conjuntos pré-embalados de tratamentos completos, com instruções desenhadas e escritas apropriadas, permitem que, logo que a febre é detectada, a mãe trate a criança imediatamente. Em Junho de 2002, foram lançados programas no Gana, Nigéria e Uganda.

O Uganda multiplicou a abordagem HBMF em mais de 10 distritos e está a expandir a cobertura rapidamente. O impacto do HBMF está a ser avaliado em três distritos; os resultados provisórios sugerem que, entre crianças menores de 5 anos, o número de casos externos de paludismo declinou desde a implementação do programa.

3.7 Expansão

Atingir o objectivo de Abuja de 60% de cobertura com tratamento antipalúdico imediato e eficaz exigirá métodos mais efectivos para melhorar a prestação e conformidade com esquemas de tratamento recomendados. As medidas incluirão a integração total do tratamento antipalúdico nos sistemas de saúde nacionais, melhoria do acesso a medicamentos eficazes para tratamento o mais perto possível de casa e implicação do sector privado (*26*). Contudo, os recursos financeiros actualmente atribuídos a cuidados de saúde na maioria dos países de renda baixa com paludismo endémico não serão suficientes para responder às necessidades de tratamento antipalúdico (*25*).

Embora o apoio financeiro a tratamento antipalúdico esteja a aumentar, não acompanha os custos inerentes à necessidade de substituir com medicamentos mais recentes (incluindo ACT) os que já não são eficazes devido a resistência do parasita. Pede-se aos governos africanos e à comunidade mundial para abordarem urgentemente a necessidade de atribuir recursos importantes para o fornecimento de planos de tratamento mais eficazes às pessoas mais a risco de paludismo.

Outras estratégias, como redução de custos com aquisições agrupadas, negociação de preços mais favoráveis, supressão de encargos, taxas e impostos e introdução de subsídios, são essenciais para tornar abordáveis planos de tratamento mais recentes e mais dispendiosos e para generalizar a disponibilidade de tais tratamentos para as populações africanas a risco.

Referências

1. *A global strategy for malaria control*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 1993.

2. Greenwood BM et al. Mortality and morbidity from malaria among children in a rural area of The Gambia, West Africa. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1987, 81(3):478–486.

3. Mwenesi H, Harpham T, Snow RW. Child malaria treatment practices among mothers in Kenya. *Social Science and Medicine*, 1995, 40(9):1271–1277.

4. Théra MA et al. Child malaria treatment practices among mothers in the district of Yanfolila, Sikasso region, Mali. *Tropical Medicine and International Health*, 2000, 5(12):876–881.

5. Nicoll A. Integrated management of childhood illness in resource-poor countries: an initiative from the Organização Mundial da Saúde. *Transations of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2000, 94(1):9–11.

6. *The African summit on Roll Back Malaria. Abuja, Nigeria, 25 April 2000*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2000 (documento WHO/CDS/RBM/2000.17).

7. Lepers JP et al. Malaria in 1988 in a village of the Malagasy Highland Plateaux. Epidemiological findings [in French]. *Archives of the Institut Pasteur Madagascar*, 1989, 56(1):97–130.

8. Rooth I, Björkman A. Fever episodes in a holoendemic malaria area of Tanzania: parasitological and clinical findings and diagnostic aspects related to malaria. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1992, 86(5):479–482.

9. Kidane G, Morrow RH. Teaching mothers to provide home treatment of malaria in Tigray, Ethiopia: a randomised trial. *Lancet*, 2000, 356:550–555.

10. Trape JF et al. Malaria and urbanization in Central Africa: the example of Brazzaville. Part V: Pernicious attacks and mortality. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1987, 81(Suppl.2):34–42.

11. Trape J-F et al. Impact of chloroquine resistance on malaria mortality. *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences, Paris*, 1998, 321:689–697.

12. *Antimalarial drug combination therapy. Report of a WHO Technical Consultation, April 2001*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2001 (documento WHO/CDS/RBM/2001.35).

13. *Assessment of therapeutic efficacy of antimalaria drugs: for uncomplicated falciparum malaria in areas with intense transmission*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 1996 (documento WHO/MAL/96.1077).

14. *Monitoring antimalarial drug resistance. Report of a WHO consultation, Geneva, Switzerland, 3–5 December 2001*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2002 (documento WHO/CDS/RBM/2002.39).

15. Slutsker L et al. Treatment of malaria fever episodes among children in Malawi: results of a KAP survey. *Tropical Medicine and Parasitology*, 1994, 45(1):61–64.

16. Breman JG, Campbell CC. Combating severe malaria in African children. *Bulletin of the World Health Organization*, 1988, 66(5):611–620.

17. Holtz TH et al. Health care seeking behavior and home treatment of febrile illness in Blantyre District, Malawi, 2000. *American Society of Tropical Medicine and Hygiene, 50th Annual Meeting November 11-15, 2001, Atlanta, GA*: abstract 536.

18. *WHO medicines strategy 2000–2003*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2000 (documento WHO/EDM/2000.4).

19. Haak H. Access to antimalarial medicines: improving the affordability and financing of artemisinin-based combination therapies (em preparação).

20. Jowett M, Miller N. *Malaria expenditure analysis: Tanzania case study*. York, University of York, 2000.

21. Baume C, Helitzer D, Kachur SP. Patterns of care for childhood malaria in Zambia. *Social Science and Medicine*, 2000, 51(10):1491–1503.

22. Dabis F et al. Monitoring selective components of primary health care: methodology and community assessment of vaccination, diarrhoea, and malaria practices in Conakry, Guinea. ACSI-CCCD team. *Bulletin of the World Health Organization*, 1989, 67(6):675–684.

23. Deming MS et al. Home treatment of febrile children with antimalarial drugs in Togo. *Bulletin of the World Health Organization*, 1989, 67(6):695–700.

24. Biritwum RB, Welbeck J, Barnish G. Incidence and management of malaria in two communities of different socio-economic level, in Accra, Ghana. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 2000, 94(8):771–778.

25. Goodman CA, Mills AJ. The evidence base on the cost-effectiveness of malaria control measures in Africa. *Health Policy and Planning*, 1999, 14(4):301–312.

26. Mendis K et al. Effective delivery methods for malaria treatment (em preparação).

4. Paludismo durante a gravidez

Objectivo de Abuja

Na Declaração de Abuja, chefes de estado africanos concordaram em atingir até 2005:

- pelo menos 60% de cobertura de mulheres grávidas a risco de paludismo com a associação mais indicada de medidas de protecção pessoal e comunitária
- pelo menos 60% de todas as mulheres grávidas a risco de paludismo, especialmente as mulheres na sua primeira gravidez, devem ter acesso a tratamento preventivo intermitente (1).

A infecção palúdica durante a gravidez é um problema importante de saúde pública em regiões tropicais e subtropicais em todo o mundo. Na maior parte das zonas endémicas da África, as mulheres grávidas são o principal grupo de adultos a risco. O principal fardo da infecção palúdica durante a gravidez resulta de infecção por *Plasmodium falciparum*. O impacto dos outros três parasitas do paludismo humano (*P. vivax, P. malariae* e *P. ovale*) é menos evidente. Todos os anos, em zonas palúdicas da África, pelo menos 30 milhões de mulheres ficam grávidas; a maioria vive em zonas de transmissão do paludismo relativamente estável.

Os sintomas e complicações do paludismo durante a gravidez diferem segundo a intensidade da transmissão e assim, segundo o nível de imunidade adquirido pela mulher grávida (*2*). Como a intensidade da transmissão pode, dentro do mesmo país, variar de zonas de transmissão relativamente estáveis a zonas de transmissão instável ou epidémica, o quadro clínico da infecção por paludismo durante a gravidez pode igualmente variar entre inaparente a doença grave, mesmo mortal.

Em zonas de transmissão epidémica ou baixa (instável), as mulheres não adquirem um nível importante de imunidade e normalmente ficam doentes quando infectadas pelo *P. falciparum*. Para as mulheres grávidas nestas zonas, o risco de desenvolver paludismo grave é 2-3 maior do que para as não grávidas vivendo na mesma zona. A morte materna pode resultar quer directamente de paludismo grave quer indirectamente de anemia grave relacionada com paludismo. Além disso, o paludismo pode ter uma série de consequências prejudiciais, incluindo peso baixo à nascença, aborto espontâneo e morte neonatal (Figura 4.1).

Em zonas de transmissão alta e moderada (estável), a maioria das mulheres desenvolveu imunidade suficiente que, mesmo durante a gravidez, a infecção por *P. falciparum* não resulta normalmente em febre ou outros sintomas clínicos. Nestas zonas, o principal impacto da infecção palúdica é a anemia materna relacionada com o paludismo e a presença de parasitas na placenta. A insuficiência da nutrição fetal resultante contribui para baixo peso à nascença e é uma causa principal de sobrevivência e desenvolvimento deficientes de lactentes (Figura 4.1). Em zonas da África com transmissão estável, calcula-se que a infecção por *P. falciparum* durante a gravidez causa umas 75.000 a 200.000 mortes de lactentes por ano (*3*).

Plano estratégico para controlo do paludismo durante a gravidez na Região Africana da OMS

Para atingir o objectivo da Cimeira de Abuja[a], recomenda-se uma abordagem com três frentes:

- tratamento preventivo intermitente
- mosquiteiros tratados com insecticida
- tratamento efectivo do paludismo

[a]: A declaração de Abuja original também recomenda quimioprofilaxia, mas a política actual da OMS e da iniciativa FRP recomenda fortemente o tratamento preventivo intermitente – e não a quimioprofilaxia – para prevenção do paludismo durante a gravidez.

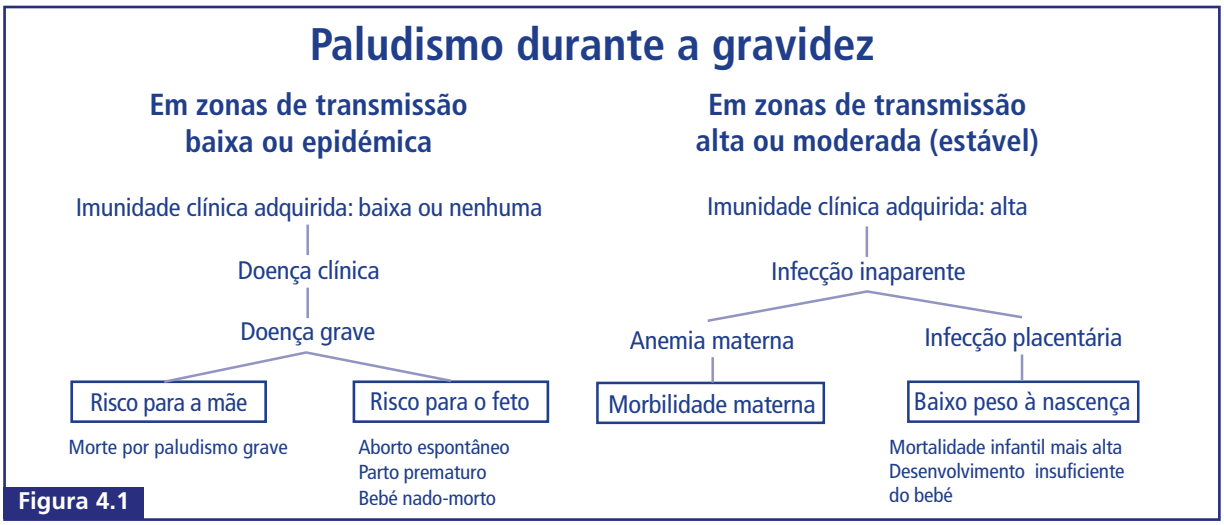


Figura 4.1

Apesar dos problemas que o paludismo causa a mulheres grávidas e seus bebés, isto foi, até recentemente, um problema relativamente descurado, com menos de 5% de mulheres grávidas tendo acesso a intervenções eficazes. Contudo, durante a última década, estratégias potencialmente mais eficazes para prevenção e luta contra o paludismo na gravidez foram desenvolvidas e mostraram ter um impacto notável sobre a saúde de mães e bebés.

4.1 Evidência

Tratamento preventivo intermitente (TPI)

Durante muitos anos, a OMS recomendou que as mulheres grávidas em zonas de paludismo endémico deviam receber no seu primeiro contacto com os serviços pré-natais uma dose inicial de tratamento antipalúdico, seguido de quimioprofilaxia semanal (dada em dose inferior a dose terapêutica) com um medicamento antipalúdico eficaz e seguro (*4*). Na maioria dos países da África, a cloroquina (CQ) tem sido o medicamento escolhido. Contudo, o aparecimento e alastramento do paludismo por falciparum resistente à CQ, insuficiente conformidade do paciente com as doses múltiplas, e uma grande incidência de prurido induzido pela CQ têm limitado a eficácia e assim a implementação desta política.

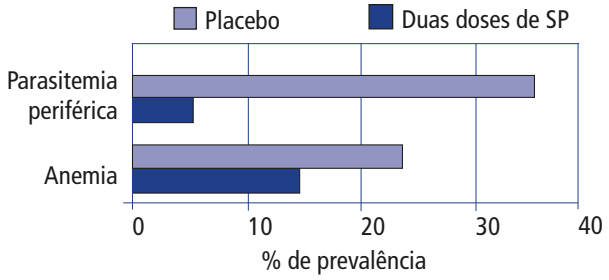
Em 2000, o Comité de Especialistas do Paludismo da OMS recomendou que, em zonas altamente endémicas, se deveria pôr à disposição de mulheres grávidas na sua primeira ou segunda gravidez, como parte de cuidados pré-natais de rotina, tratamento intermitente com um medicamento antipalúdico eficaz, de preferência em dose única (*5*). Actualmente, a sulfadoxina-pirimetamina (SP) – em dose terapêutica – é o antipalúdico de dose única com a melhor eficácia global para prevenção do paludismo na gravidez em zonas com grande transmissão, e baixa resistência a SP. Estão a ser avaliados outros antipalúdicos para uso potencial em TPI.

Estudos realizados no Quénia (*6, 7*) e no Malaui (*8*) mostraram que o TPI com pelo menos duas doses de tratamento com SP é muito eficaz para reduzir a proporção de mulheres com anemia e infecção placentária palúdica no parto. Os benefícios do TPI para a saúde da mãe e do filho foram observados numa série de contextos diferentes de transmissão do paludismo (Figuras 4.2-4.4).

Eficácia do TPI em diferentes contextos de transmissão

Baixa transmissão segundo a estação do ano

Uma experiência realizada em Kilifi, Quénia, mostrou que o uso de TPI com SP reduzia o risco de anemia grave e parasitemia periférica entre mulheres na primeira gravidez vivendo em zonas palúdicas.

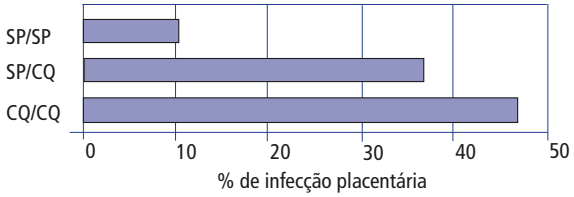


Fonte: referência *6*

Figura 4.2

Alta transmissão segundo a estação do ano

Duas doses de tratamento com SP eram muito eficazes para reduzir a proporção de mulheres na sua primeira ou segunda gravidez com infecção palúdica placentária no parto durante a estação de transmissão máxima no Malaui.



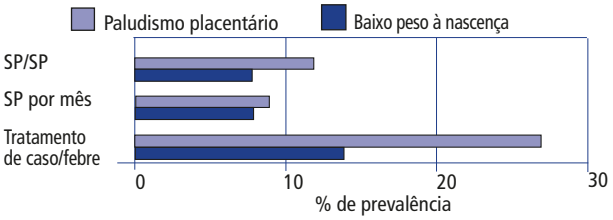
SP/SP: duas doses de SP
SP/CQ: uma dose de SP seguida de CQ por semana
CQ/CQ: tratamento com CQ seguido de CQ por semana

Fonte: referência *8*

Figura 4.3

Alta transmissão de longa duração

Uma experiência realizada em Kisumu, uma zona no Quénia com grande prevalência de paludismo e infecção por VIH, descobriu que um tratamento com duas doses de SP era seguro e eficaz para prevenção de paludismo placentárioa em zonas com baixa seroprevalência de VIH.



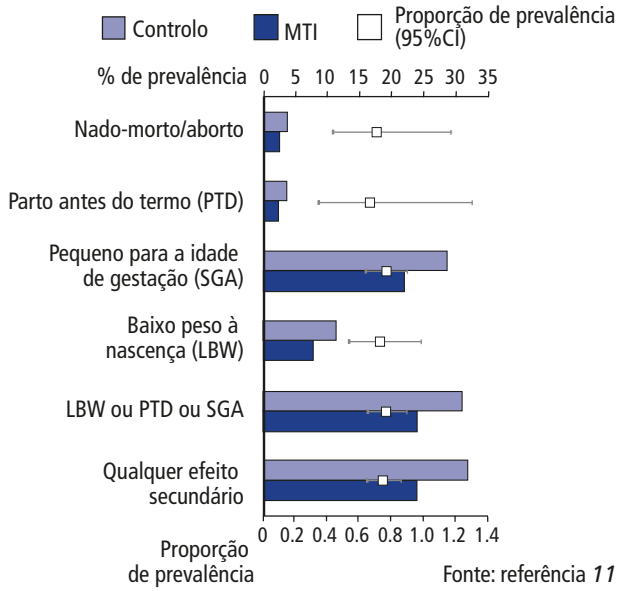
[a] : Em mulheres na sua primeira e segunda gravidez.
Comparação de tratamento de caso de febre baseado em SP com TPI com SP.

SP/SP: duas doses de SP. SP por mês: doses de tratamento na altura da inscrição e depois todos os meses durante as 34 semanas de gestação.

Fonte: referência *7*

Figura 4.4

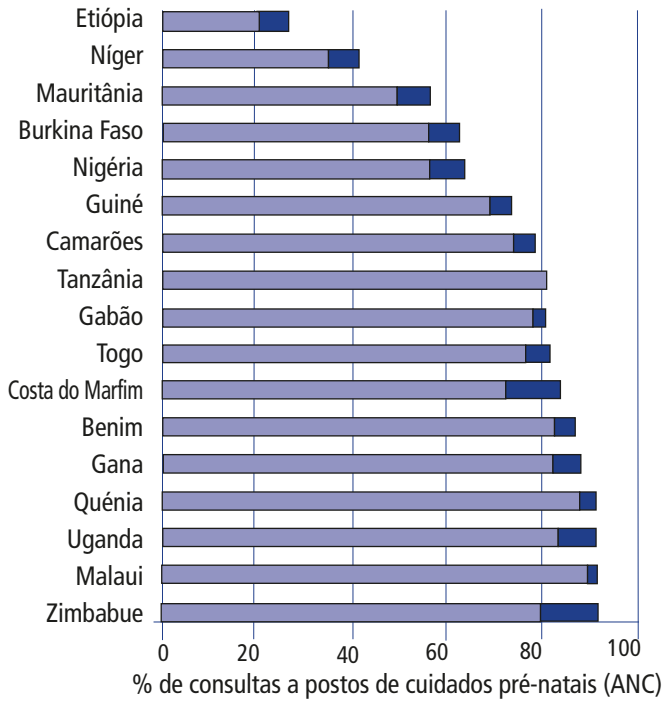
A utilização de MTI por mulheres nas suas quatro primeiras gestações reduz de 25% o baixo peso à nascença e o parto prematuro



Fonte: referência *11*

Figura 4.5

A maioria das mulheres na África a sul do Sara consulta o posto de cuidados pré-natais pelo menos uma vez



a: atendida por agente de cuidados competente
b: não reflete o nível de competências do agente de cuidados

Fonte: DHS, 1998-2001

Figura 4.6

Mosquiteiros tratados com insecticida (MTI)

Utilizados durante a gravidez em zonas de transmissão estável do paludismo, os MTI reduzem o risco global de morbilidade e mortalidade entre mulheres grávidas e seus filhos. Uma experiência realizada na Gâmbia descobriu que, durante a estação das chuvas nas aldeias onde se utilizavam MTI, a prevalência de infecção palúdica entre mulheres grávidas era mais baixa e menos bebés foram classificados como prematuros (*9*). Um estudo recente realizado numa zona do Quénia muito palúdica, fornece mais provas. Nas suas quatro primeiras gestações, as mulheres protegidas por MTI durante a noite tiveram menos 25% de bebés prematuros ou pequenos para a idade de gestação em comparação com mulheres que não dormiam sob MTI (*10*) (Figura 4.5).

Tratamento de casos de paludismo

O paludismo em mulheres grávidas exige tratamento imediato, insistindo pela cura completa da infecção. Todos os países em zonas da África de paludismo endémico necessitam duma política sobre o tratamento eficaz do paludismo em mulheres grávidas. A colaboração entre o pessoal do programa de luta contra o paludismo e o pessoal do programa de saúde reprodutiva pode facilitar o desenvolvimento de protocolos de tratamento sistemático e estratégias de fornecimento de medicamentos (*11*).

Relação custo-eficácia

A quimioprofilaxia semanal com CQ foi comparada com duas doses de TPI utilizando SP numa primeira gravidez numa zona de transmissão moderada a alta: TPI-SP mostrou ter mais vantagem do que a quimioprofilaxia com CQ, largamente devido a custos mais baixos e maior aceitação de SP (*12*). Numa outra análise, três tratamentos diferentes com SP foram comparados com tratamento de caso febril utilizando SP para um grupo hipotético de 10.000 mulheres grávidas no Quénia. Os resultados sugeriram que o tratamento com duas doses de SP (considerando unicamente os custos de cuidados pré-natais e com uma seroprevalência do VIH inferior a 10%) seria a estratégia menos dispendiosa para evitar baixo peso à nascença (*13*).

A utilização de MTI por crianças tem dado provas da sua vantagem em vários contextos (*14, 15*). O benefício importante dos MTI na redução do fardo do paludismo durante a gravidez indica que provavelmente a vantagem da utilização de MTI por mulheres grávidas será igualmente atractiva para crianças.

4.2 Progresso

Cuidados pré-natais

A OMS recomenda a administração de TPI a mulheres grávidas durante as consultas de rotina em postos pré-natais. Tal como confirmado por estudos recentes, pelo menos dois terços das mulheres grávidas na maioria dos países têm acesso e utilizam cuidados pré-natais, e a maior parte delas consultam os postos prestando tais cuidados pelo menos duas vezes (Figura 4.6). O alto nível de cobertura e utilização de cuidados pré-natais fornece uma oportunidade exclusiva para distribuição de pacotes de prevenção a mulheres grávidas na região africana.

Prevenção com TPI e MTI

A cobertura de mulheres grávidas com TPI e MTI é uma parte fundamental da prevenção do paludismo durante a gravidez. Embora existam exemplos de distribuição bem sucedida de TPI e MTI através de postos de cuidados pré-natais, só agora é que se estão a desenvolver programas em grande escala para fornecimento destes meios de prevenção a mulheres grávidas. Assim, os dados sobre cobertura com TPI e MTI são actualmente limitados.

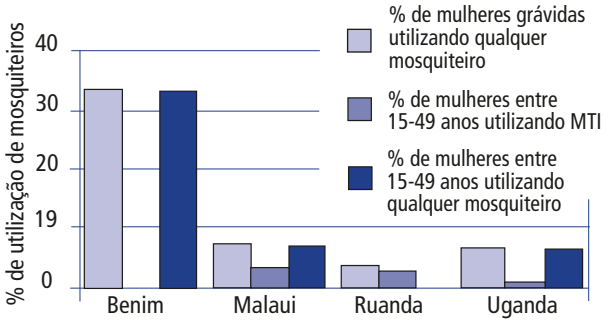
Estudos realizados a uma escala nacional indicam que a utilização de mosquiteiros por mulheres em idade de reprodução (15-49 anos) – uma indicação sobre a sua utilização por mulheres grávidas – continua a ser muito pequena. Entre mulheres grávidas, a cobertura por qualquer mosquiteiro (tratado ou não tratado) era inferior a 10% em três dos quatro países para os quais havia dados recentes. Nestes três países, a cobertura com MTI era ainda mais baixa, a 3% ou menos (Figura 4.7). Espera-se que, à medida que os países forem acelerando os esforços para lutar contra o paludismo durante a gravidez, a cobertura por MTI aumente.

4.3 Desafios

Obstáculos

A consulta no posto de cuidados pré-natais feita no momento oportuno é essencial para distribuição do pacote de prevenção a mulheres grávidas. Cerca de 40% das mulheres grávidas africanas vão pela primeira vez ao posto pré-natal no segundo semestre da gravidez, e cerca de 25% no terceiro (*16*) (Figura 4.8). Isto

A utilização de MTI por mulheres grávidas é uma parte fundamental da Estrutura Estratégica para a África

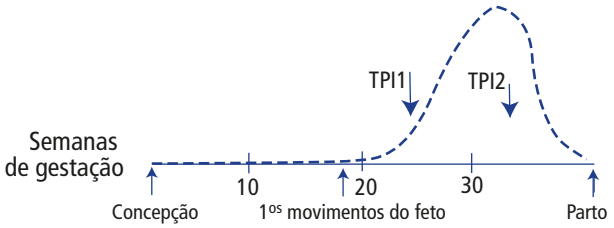


Observação: *refere-se a utilização na noite anterior ao inquérito*

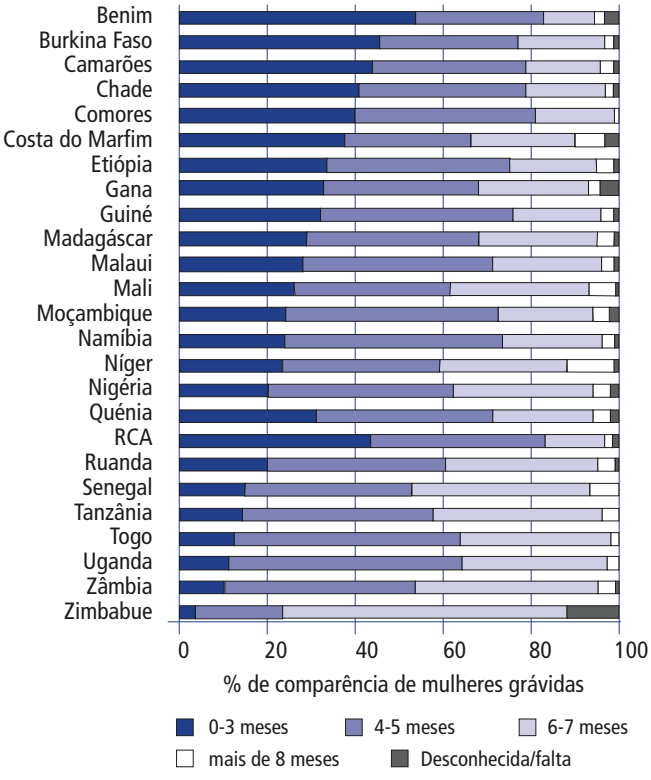
Fonte: DHS, 2000-2001

Figura 4.7

Calendário do tratamento preventivo intermitente



Quando é que as mulheres grávidas consultam os postos pré-natais?

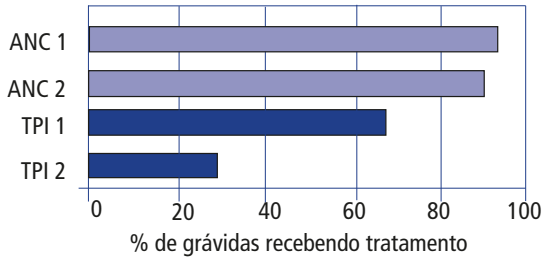


Fonte: referência *16*

Figura 4.8

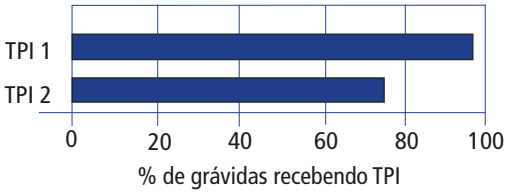
O Malaui demonstra a possibilidade de atingir alta cobertura com duas doses de SP

Em 2000, menos de metade das mulheres grávidas consultando postos de cuidados pré-natais receberam TPI completo



ANC 1 e 2: proporção de mulheres consultando postos pré-natais pelo menos uma ou duas vezes

Estudos seguidos realizados no distrito de Blantyre nos fins de 2000 indicam cobertura alta com duas doses de SP

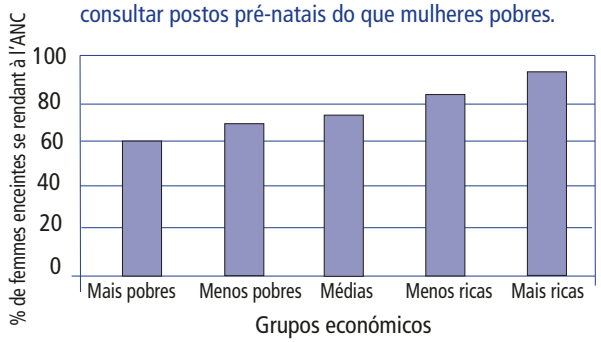


Fonte: DHS 2000 e Ministério da Saúde do Malaui, 2003

Figura 4.9

As possibilidades económicas da família afectam os cuidados pré-natais?

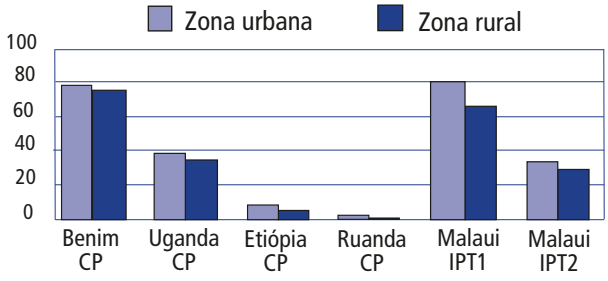
Em 22 países da África a sul do Sara, as mulheres com posses tinham cerca de 1,5 vezes mais possiblidades de consultar postos pré-natais do que mulheres pobres.



Fonte: referência *16*

Figura 4.10

A cobertura com quimioprofilaxia/TPI de mulheres grávidas é mais baixa em zonas rurais



Observação: CP= quimioprofilaxia

Fonte: DHS, 1999-2001

Figura 4.11

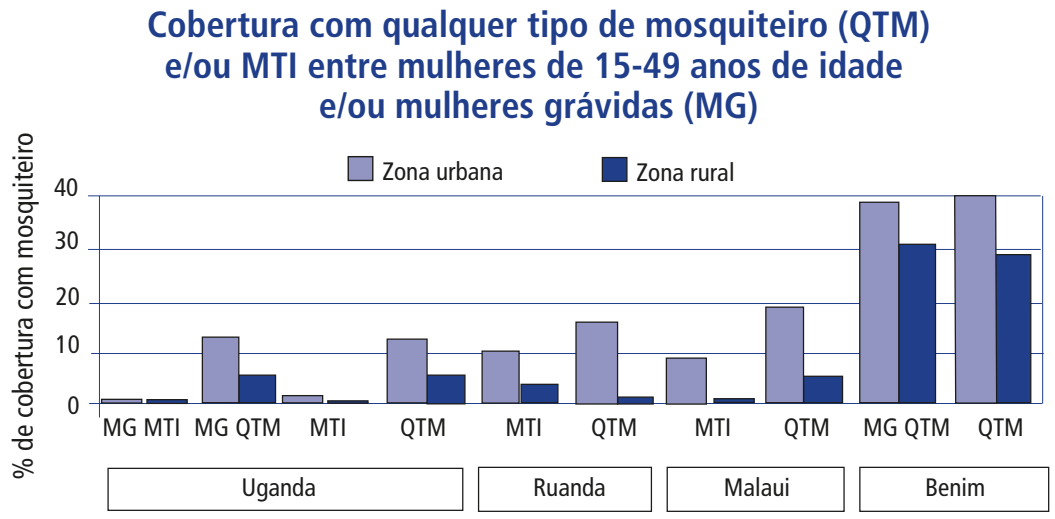
significa que pelo menos a primeira dose de TPI poderia ser dada a tempo à maior parte das mulheres grávidas. Em relação ao MTI fornecido durante a primeira visita pré-natal ao posto, forneceria protecção suplementar para a mãe durante o resto do tempo de gravidez e durante o período seguinte ao parto, assim como protecção para o recém-nascido durante pelo menos o primeiro ano de vida.

Superar desafios

Cobertura alta com cuidados pré-natais, isto é, um mínimo de duas visitas a um posto de cuidados pré-natais, não se traduz necessariamente em cobertura completa com TPI. Contudo, uma equipa multidisciplinar no distrito de Blantyre no Malaui (população cerca de 950.000, com aproximadamente 35.000 nascimentos por ano) concentrou-se desde meados de 2001 e durante 2002 a remover barreiras para cobertura completa com TPI. Melhores informações sobre o benefício do TPI e diferentes recomendações para as consultas ao posto previstas depois dos primeiros movimentos do feto, resultaram num aumento rápido para 75% de cobertura, com duas doses de SP às mulheres grávidas (Figura 4.9)

Disparidades

A comparência a postos de cuidados pré-natais é determinada por um factor importante: as possibilidades financeiras da família. Segundo um estudo recente, mulheres pobres têm menos probabilidades de usar os serviços pré-natais do que mulheres das famílias mais ricas (*16*) (Figura 4.10). Em sete países africanos a sul do Sara para os quais existem dados, a percentagem de mulheres com dinheiro consultando serviços pré-natais era pelo menos o dobro da de mulheres pobres. O mesmo



Fonte: DHS, 2000-2001

Figura 4.12

estudo indicava que a cobertura com cuidados pré-natais era muito maior em zonas urbanas do que em rurais.

Estudos representativos a nível nacional confirmam diferenças semelhantes em cobertura de mulheres grávidas com quimioprofilaxia, TPI ou mosquiteiros (Figuras 4.11 e 4.12). Mulheres vivendo em zonas rurais tinham menos probabilidades de receber quimioprofilaxia ou, no Malaui, TPI com SP.

4.4 Oportunidades

Actualmente, as estratégias destinadas a assegurar gravidez segura em zonas de paludismo endémico são planeadas com uma orientação inicial para reforço de serviços de prevenção do paludismo e tratamento correcto para mulheres grávidas consultando serviços pré-natais. A implementação acelerada de controlo do paludismo durante a gravidez será facilitada por um certo número de oportunidades:

- Níveis de cobertura altos com consultas de cuidados pré-natais tornam possível uma abordagem baseada em postos de saúde
- Foram estabelecidas parcerias entre FRP e certos programas tais como Tornar a Gravidez Mais Segura e serviços de saúde reprodutiva empenhados em reforçar serviços de postos pré-natais a nível de acesso

Resumo da política: Melhores práticas para controlo do paludismo durante a gravidez

- O tratamento eficaz do paludismo para todas as mulheres em idade de reprodução em zonas palúdicas deve ser assegurado.
- A política para controlo do paludismo durante a gravidez deve realçar um conjunto de prevenção composto de tratamento preventivo intermitente (TPI) e mosquiteiros tratados com insecticida (MTI), especialmente em zonas de transmissão estável.
- Todas as mulheres grávidas, depois dos primeiros movimentos do feto, devem receber pelo menos duas doses de TPI durante consultas planeadas de rotina a postos pré-natais tal como recomendado pela OMS.
- Os programas devem procurar, com estas intervenções, atingir a mais alta cobertura possível de mulheres grávidas – pelo menos 60% (objectivos de Abuja da iniciativa FRP) e de preferência mais alta – e demonstrar tal realização. Dado as altas taxas actuais de comparência a postos pré-natais na maioria dos países africanos a sul do Sara, isto deve ser possível.

Fonte:adaptado da referência 2

Tornar a gravidez mais segura: Acesso a cuidados essenciais para mulheres grávidas e seus recém-nascidos

Para apoiar a Iniciativa Maternidade Segura, o programa da OMS Tornar a Gravidez Mais Segura concentra-se sobre intervenções eficazes baseadas em evidência que têm por alvo as principais causas de morbilidade e mortalidade materna e de recém-nascidos. Tornar a Gravidez Mais Segura tem por objectivo reforçar sistemas de saúde e identificar acções a nível comunitário necessárias para assegurar acesso a cuidados essenciais para mulheres grávidas e seus recém-nascidos.

Para esta iniciativa é especialmente importante o acompanhamento do parto por pessoal competente e a prestação de um seguimento apropriado e efectivo de cuidados pré e perinatais.

As intervenções baseadas em evidência de Tornar a Gravidez Mais Segura concentram-se sobre seis áreas:

- Apoio técnico e de política
- Promoção
- Criação de parcerias
- Desenvolvimento de normas e meios
- Investigação e disseminação
- Análise e avaliação

Foto: WHO/TDR

- O Esquema Estratégico para Controlo do Paludismo Durante a Gravidez na Região Africana da OMS (*2*) foi elaborado
- Vários países estão a actualizar políticas consistentes com nova evidência e com recomendações da OMS para prevenção e controlo do paludismo durante a gravidez.

References

1. *A Cimeira Africana sobre Fazer Recuar o Paludismo, Abuja, Nigeria, 25 de Abril de 2000.* Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2000 (documento WHO/CDS/RBM/2000.17).

2. *Strategic Framework for Malaria Control During Pregnancy in the WHO African Region.* Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2003 [projecto final, no prelo].

3. Steketee RW et al. The burden of malaria in pregnancy in malaria-endemic areas. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2001, 64(1,2 S):28–35.

4. *WHO Expert Committee on Malaria. Eighteenth report.* Genebra, Organização Mundial da Saúde, 1986 (WHO Technical Report Series, No. 735).

5. *WHO Expert Committee on Malaria. Twentieth report.* Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2000 (WHO Technical Report Series, No. 892).

6. Shulman CE et al. Intermittent sulphadoxine-pyrimethamine to prevent severe anaemia secondary to malaria in pregnancy: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*, 1999, 353:632–636.

7. Parise ME et al. Efficacy of sulfadoxine-pyrimethamine for prevention of placental malaria in an area of Kenya with a high prevalence of malaria and human immunodeficiency virus infection. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1998, 59(5):813–822.

8. Schultz LJ et al. The efficacy of antimalarial regimens containing sulfadoxine-pyrimethamine and/or chloroquine in preventing peripheral and placental *Plasmodium falciparum* infection among pregnant women in Malawi. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1994, 51(5):515–522.

9. D'Alessandro U et al. The impact of a national impregnated bed net programme on the outcome of pregnancy in primigravidae in The Gambia. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1996, 90(5):487–492.

Empenho para acelerar a prevenção e controlo do paludismo durante a gravidez

Os países estão a elaborar políticas nacionais sobre prevenção do paludismo na gravidez segundo recomendações da OMS e começaram a documentar experiências de esforços de controlo.

Em Março de 2002, realizou-se no Malaui uma reunião técnica sobre prevenção e controlo do paludismo na gravidez onde pessoal de saúde reprodutiva e de luta contra o paludismo proveniente de cinco países – Quénia, Malaui, Uganda, República Unida da Tanzânia e Zâmbia – se reuniu para discutir uma abordagem coordenada para acelerar a prevenção e controlo do paludismo na gravidez. Os participantes e os parceiros de FRP concordaram em formar a Aliança da África Oriental e Austral para prevenção e controlo do paludismo na gravidez, a MIPESA. A aliança foi inaugurada em Junho de 2002.

Esta aliança é um esforço invulgar de concertação entre programas nacionais de saúde reprodutiva, Tornar a Gravidez Mais Segura e programas de luta contra o paludismo para:

- apoiar a colaboração de programas entre países para acelerar a prevenção e controlo do paludismo na gravidez
- fornecer uma tribuna para troca de informações entre países, parceiros e instituições implicadas
- reforçar modelos para colaboração entre programas nacionais de saúde reprodutiva, Tornar a Gravidez Mais Segura e programas de luta contra o paludismo para cuidados pré-natais de qualidade demonstrada
- desenvolver mecanismos que facilitem a consulta entre programas membros
- apoiar a documentação de melhores práticas
- desenvolver um sistema de análise e avaliação em colaboração
- desenvolver abordagens comuns a informação, educação e comunicação que melhorem os conhecimentos dos agentes de cuidados pré-natais e mulheres grávidas
- facilitar o desenvolvimento dum programa sub-regional de investigação prática e orientar protocolos de investigação essenciais.

10. Kuile T et al. Permethrin-treated bednets reduce malaria in pregnancy in an area of intense perennial malaria transmission in western Kenya. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2003 [in press].

11. *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2000.

12. Goodman CA, Coleman PG, Mills AJ. The cost-effectiveness of antenatal malaria prevention in sub-Saharan Africa. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2001, 64(1,2 S):45–56.

13. Wolfe E et al. Cost-effectiveness of sulfadoxine-pyrimethamine for the prevention of malaria-associated low birth weight? *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2001, 64(3,4):178–186.

14. Wiseman V et al. The cost-effectiveness of permethrin-treated bednets in an area of intense malaria transmission in western Kenya. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2003 [in press].

15. Goodman CA, Coleman PG, Mills AJ. Cost-effectiveness of malaria control in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 1999, 354:378-385.

16. UNICEF, WHO. *Antenatal care in developing countries: promises, achievements, and missed opportunities. An analysis of levels, trends and differentials, 1990-2001*, 2003 [em preparação].

5. Resposta a epidemias e emergências complexas

Objectivo de Abuja

O objectivo de Fazer Recuar o Paludismo na Declaração de Abuja é detectar 60% das epidemias nas 2 semanas seguintes ao seu início e responder a 60% nas 2 semanas seguintes à sua detecção (3).

Cerca de 110 milhões de africanos vivem em zonas a risco de epidemias de paludismo (Figura 5.1). A frequência crescente de epidemias, tanto em zonas de pouco risco como de transmissão moderada, tornam imperativa a instituição de respostas especiais a epidemias, além de actividades regulares de controlo do paludismo. O impacto de epidemias pode ser grandemente reduzido com detecção oportuna ou, no caso ideal, com previsão e prevenção. Uma resposta oportuna pode incluir o emprego de mais lotes de medicamentos, utilização de medicamentos diferentes e controlo do vector.

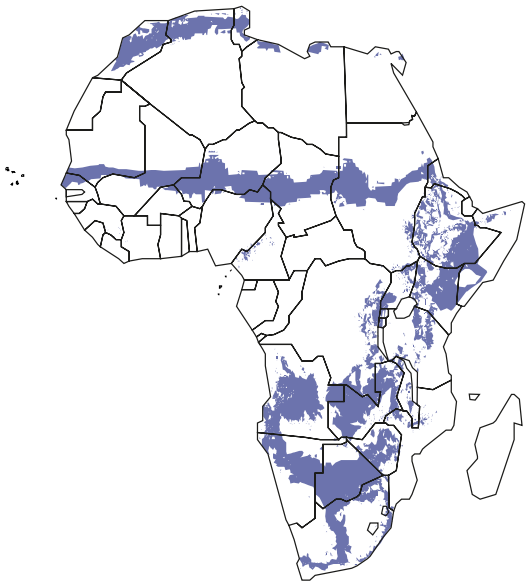
5.1 Importância do problema

Epidemias de paludismo devastadoras foram recentemente comunicadas pelo Botsuana, Moçambique, África do Sul, Suazilândia e Zimbabue (Figura 5.2), atribuídas principalmente a muita chuva após uma grande seca. Vários países do Sahel também foram afectados por epidemias nos anos 1990.

Na África Oriental e na região dos Grandes Lagos, Burundi, Etiópia, Quénia, Uganda e República Unida da Tanzânia, estão sujeitos a epidemias de paludismo frequentes e periódicas que muitas vezes afectam grandes números de pessoas (Quadro 5.1). Pensa-se que nestas regiões as causas mais importantes das epidemias são anomalias da pluviosidade e/ou temperatura.

Embora o sofrimento causado por epidemias de paludismo ainda não esteja devidamente documentado, acredita-se geralmente que a morbilidade, a mortalidade e o impacto económico global de tais epidemias são enormes. Por exemplo, durante a epidemia de paludismo que atingiu a Etiópia em 1958, o número de mortes foi calculado em mais de 150.000 em 3 milhões de casos clínicos (uma taxa de casos

Zonas a risco de epidemias de paludismo



Fonte: referência *15*

Figura 5.1

O que é uma epidemia de paludismo?

Um aumento pronunciado da incidência de paludismo entre populações onde a doença não é frequente, ou um aumento de paludismo clínico em zonas de transmissão moderada constituem uma epidemia.

As epidemias de paludismo ocorrem principalmente em zonas de baixa transmissão, onde nenhum grupo etário é imune. A introdução do paludismo, especialmente se agravada por alterações de pluviosidade e temperatura, pode dar origem a epidemias explosivas que afectam tanto adultos como crianças (*1*). Contudo, também podem ocorrer epidemias em zonas de maior transmissão como resultado de abandono de programas de controlo, imigração de pessoas não-imunes e acesso reduzido a tratamento.

Exemplos históricos de epidemias graves

Lugar, ano	População exposta	Episódios	Mortes	Causas
Terras altas de Madagáscar, 1987-88 (*1*)	2,5 milhões	Mais de 200.000 por ano; no ponto máximo, 27% das consultas externas	15.000-30.000 por ano	Abandono de IRS e escassez de medicamentos antipalúdicos
Terras altas da Etiópia/planície de Dumbia, 1958 (*1*)	8-10 milhões	3 milhões	Mais de 150.000 (taxa de casos fatais > 5%)	Grande pluviosidade e temperatura alta
Etiópia, Dez. 1997 - Fev. 1998 (*1*)	45 milhões	>1 milhões	3271 notificadas oficialmente	Grande pluviosidade e temperatura alta
NE Burundi, Oct.2000 – Maio 2001 (*9*)		2 milhões durante 6 meses – um aumento quádruplo em casos confirmados (*10*)	1287 notificados, números verdadeiros estimados em 10 a 15 vezes superiores	Abandono do controlo (em relação a emergência complexa), resistência à cloroquina e expansão do cultivo de arroz

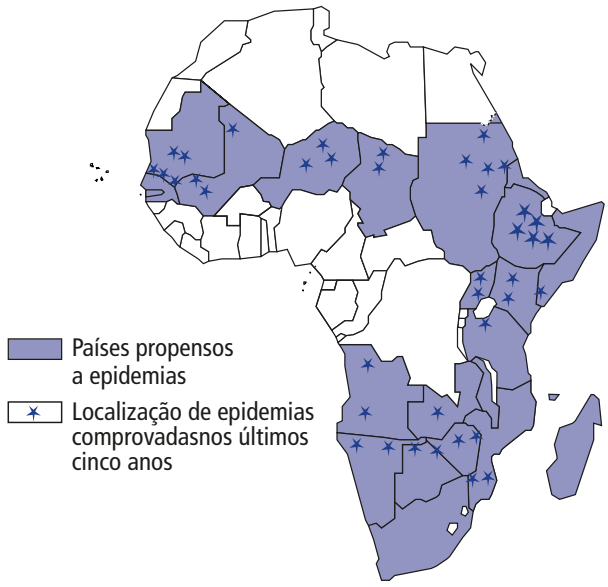
Quadro 5.1

fatais de 5%) (*1*). Os adultos representam uma proporção relativamente grande de casos e mortes.

Com base nas seguintes hipóteses (*4*) calcula-se que as epidemias fazem 110.000 mortes por ano:

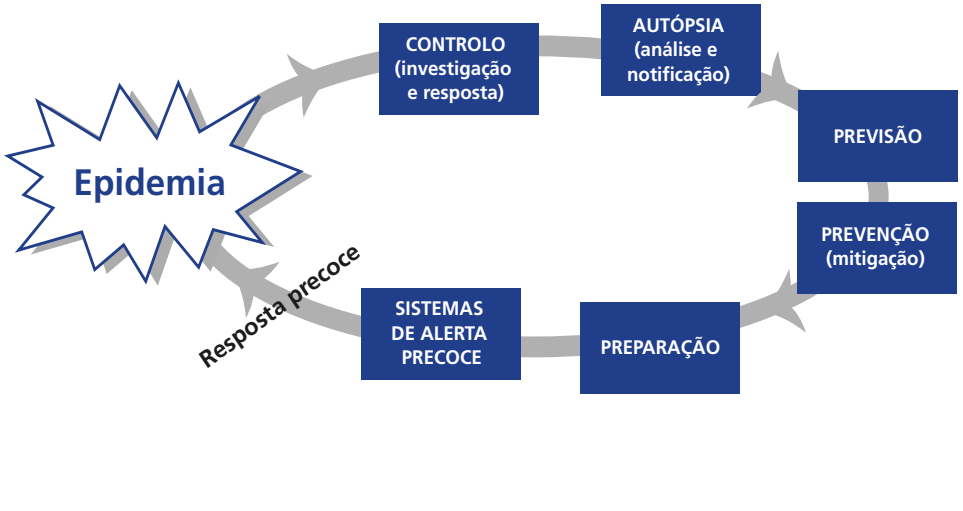
- 110 milhões de africanos correm risco de epidemias
- As epidemias ocorrem em média todos os 5 anos (cíclicas) (*5*)
- Partindo do princípio de 0,5 episódios de paludismo por pessoa durante epidemias:
  - 0,1 episódios por pessoa a risco por ano
  - 11 milhões de episódios em epidemias por ano
- 5% dos episódios de paludismo são graves, com taxas de casos fatais por episódios graves em epidemias possivelmente de 20%:
  - 10.000 mortes por paludismo possíveis em epidemias por ano.

Epidemias de paludismo na África - 1997-2002



Fonte: dados FRP

Figura 5.2



Fonte: referência *6*

Figura 5.3

5.2 Prevenção e controlo de epidemias

As principais funções dum programa de controlo do paludismo para combater epidemias são ilustradas na Figura 5.3 e descritas com mais detalhe em vários documentos da OMS (*1*).

O fardo da epidemia será muito menor se o número de casos for limitado com detecção precoce e resposta rápida (*1*) (Figura 5.4).

Tratamento antipalúdico durante epidemias

Poderá ser necessário elaborar directivas sobre medicamentos para tratamento durante epidemias, pois as epidemias de paludismo implicam normalmente pessoas não imunes com menos eliminação espontânea de parasitas do que pessoas parcialmente imunes de zonas endémicas. É essencial que os tratamentos escolhidos para estas situações sejam muito eficazes. A tendência é de utilizar combinações baseadas em artemisina (ACT) que possuem a vantagem suplementar de reduzir o nível de gametócitos. Certos países, como Burundi, Etiópia e Moçambique, já adoptaram directivas especiais sobre medicamentos para o caso de epidemias.

5.3 Progresso e desafios

Identificação de zonas de risco

O Quadro 5.2 mostra 15 dos 25 países africanos que identificaram as suas zonas de risco e que prepararam planos para responder a epidemias.

Estado actual da detecção e resposta

É difícil dizer com segurança se os países estão próximos do objectivo de Abuja de 60% de detecção e resposta adequadas. A avaliação é dificultada pela natureza diversa das epidemias e questões de definição associadas.

Ao avaliar programas de luta, descobriu-se que a detecção feita a tempo era um desafio maior do que a resposta adequada e oportuna uma vez a epidemia identificada (*7*) (Quadro 5.3). Contudo, há indicações de que a resposta, especialmente com medidas do tipo aplicação de insecticida residual nas paredes internas, é muitas vezes demasiado lenta (mais de 2 semans depois da detecção da epidemia).

Vigilância Integrada de Doenças

Um programa recentemente lançado sobre Vigilância e Resposta Integradas de Doenças, promovido pela OMS/AFRO, está a ajudar os epidemiologistas a escolher e utilizar indicadores precisos – inicialmente numa base mensal. Em distritos determinados, propensos a epidemias, a segunda medida é recolher

Sistemas de Alerta Precoce de Paludismo

Os Sistemas de Alerta Precoce de Paludismo (SAIP) têm por finalidade facilitar respostas precoces que evitem e controlem epidemias. Tais sistemas englobam previsão, alerta precoce e detecção precoce. A previsão refere-se normalmente a previsões climáticas de estação; alerta precoce refere-se a análise de condições meteorológicas tais como pluviosidade e temperatura; e detecção precoce baseia-se em vigilância clínica de rotina.

FRP tem apoiado o desenvolvimento dum meio simples para controlar riscos de epidemia em zonas de transmissão marginal, com base em anomalias em pluviosidade e temperatura, isto é, chuvas em excesso ou em quantidade inferior à esperada, segundo observações feitas por satélite. As previsões assinalam a possibilidade de ocorrência de epidemias cerca de 6 semanas depois da alteração metereológica detectada. Os riscos são expostos em mapas que são actualizados todos os 10 dias e aos quais se pode aceder livremente via o sítio web de FRP ou *http://edcsnw4.cr.usgs.gov/adds/*.

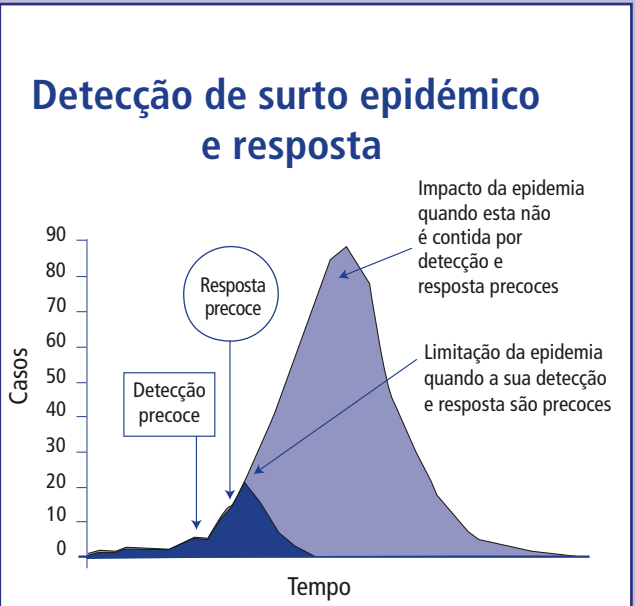


Figura 5.4

Os Sistemas de Alerta Precoce de Paludismo estão geralmente a funcionar bem na África austral, e foram iniciados estudos na Etiópia, Quénia, Uganda, República Unida da Tanzânia e Sudão. Estão a ser elaborados e validados modelos de tomadas de decisão a vários níveis. Ainda há muita coisa a fazer para obter uma melhor participação do pessoal de serviços metereológicos em projectos conjuntos com ministérios da saúde para recolha e avaliação regular de dados e divulgação de avisos às comunidades.

Países com risco de epidemia e planos de acção para prevenção	Zonas a risco
África do Sul	Todas as zonas de risco
Angola	Todas as zonas de risco
Botsuana	Todas as zonas de risco
Burundi	Terras altas
Etiópia	Terras altas
Moçambique	Todas as zonas de risco
Namíbia	Todas as zonas de risco
Quénia	Terras altas
Ruanda	Terras altas
Senegal	Perto do rio Senegal
Suazilândia	Todas as zonas de risco
Sudão	Zonas do Sahel
Uganda	Terras altas
Zâmbia	Terras altas
Zimabué	Terras altas

Fontes: referências *6,12, 13*

Quadro 5.2

	Epidemias identificadas 1998-2000	% de epidemias detectadas nas 2 semanas	% de respostas nas 2 semanas após detecção	Fonte
África do Sul	4	100	100	SAMC
Angola	3	0	0	SAMC
Botsuana	2	100	100	SAMC
Malaui	-	-	-	SAMC
Moçambique	3	67	67	SAMC
Namíbia	3	0	33	SAMC
Suazilândia	2	100	100	SAMC
Tanzânia	-	-	-	SAMC
Zâmbia	-	-	-	SAMC
Zimbabue	3	33	67	SAMC
Eritreia	4 (distritos)	75	100	estudo refer.FRP
Etiópia	102	55	100	estudo refer.FRP
Uganda	?	0	100	estudo refer.FRP

Nota: SAMC - referência 7

Quadro 5.3

Situação da implementação da Vigilância Integrada de Doenças, 2002

Directivas adaptadas	Botsuana, Eritreia, Etiópia, Gana, Quénia, Malaui, Mali, Nigéria, Suazilândia, Tanzânia, Zâmbia
Adapatação de directivas iniciada	Burkina Faso, Camarões, Chade, Congo, RDC, Guiné Equatorial, Gabão, Gâmbia, Guiné, Moçambique, Namíbia, Ruanda, Seichelles, Uganda, Zimbabue
Plano de acção terminado	Lesoto, Madagáscar
Avaliação terminada	Benim, RCA, Moçambique

Quadro 5.4

semanalmente dados sobre morbilidade e mortalidade por paludismo para detectar qualquer aumento anormal ocorrendo no espaço de 2 semanas e agir imediatamente. Este programa tem um potencial considerável para melhorar rapidamente a capacidade de detecção precoce de epidemias de paludismo e outras doenças; a sua implementação está a progredir bem em todo o continente (Quadro 5.4).

Emergências complexas

Uma grande proporção de mortes por paludismo na África ocorre entre populações afectadas por conflitos. Movimentos de população, má nutrição e colapso de sistemas de saúde caracterizam tais conflitos, tornando as vítimas muito vulneráveis a doenças. Devido aos grandes números de casos ocorrendo em curtos períodos de tempo, e ao pesado fardo consequente para o sistema de saúde, as epidemias de paludismo em emergências complexas podem ser consideradas como "epidemias causadas pelo homem".

As organizações internacionais são os principais fornecedores de socorros – em primeiro lugar, abrigos de urgência, água potável e comida – a populações deslocadas, por conseguinte, de cuidados de saúde básicos.

Controlo de epidemias na África austral

O controlo sistemático de epidemias está estandardizado ao máximo na África austral onde está a ser coordenado pelo Programa da África Austral de Luta contra o Paludismo (SAMC). Desde 1998, uma abordagem regional para reduzir o impacto de epidemias de paludismo inclui planeamento estratégico, previsão, prevenção, preparação e alerta precoce para facilitar uma melhor resposta precoce (*6, 14*).

Vários países do SAMC utilizam para prevenção de epidemias pulverizações com insecticida residual nas paredes internas das casas e distribuição de MTI, e como resposta precoce para reduzir o impacto de epidemias, a maioria utiliza pulverizações com insecticida residual nas paredes internas das casas.

Capacidade de detecção – África austral

País	Previsão	Vigilância semanal de distritos sujeitos a epidemias	Avaliação a curto prazo do tempo	Plano contra epidemias	Manual de directivas	Comité de controlo de epidemias	Reser-vas de medica-mentos	Fundos para epidemias
África do Sul	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Angola	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não
Botsuana	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Malaui	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Moçambique	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim
Namíbia	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Suazilândia	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não
Tanzânia	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não
Zâmbia	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Zimbabue	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim

Quadro 5.5

Em emergências complexas, uma exigência essencial é coordenar as actividades das diferentes ONG de maneira a facilitar as abordagens técnicas para intervenções específicas ao paludismo (medicamentos eficazes e de baixo custo, MTI e insecticidas residuais) e assegurar que os recursos existentes são utilizados de maneira rentável, num contexto de cuidados de saúde básicos.

Outras actividades apoiadas pela OMS e outros parceiros de FRP incluem:

- produção e distribuição de um manual para emergências;
- investigação prática em gestão de emergências, incluindo tratamentos adequados;
- aumento do potencial de acção no terreno, incluindo formação;
- estímulo do desenvolvimento de meios, tais como coberturas de abrigos e cobertores impregnados de insecticida.

5.4 Estratégias para o futuro

Um desafio importante para gestores distritais e nacionais de saúde é melhorar a utilização de dados obtidos de maneira corrente a nível periférico, utilizando, onde apropriado, a Vigilância Integrada de Doenças. Em zonas afectadas por epidemias relacionadas com anomalias da pluviosidade e temperaturas das estações do ano, devem ser estabelecidas equipas conjuntas do ministério da saúde/serviços meteriológicos para promover a utilização de previsões locais de epidemias. Poderá ser preciso estabelecer mecanismos de coordenação semelhantes entre serviços governamentais apropriados em zonas afectadas por epidemias ligadas, por exemplo, a migrações ou práticas agrícolas.

As opções de controlo são tão importantes como a previsão e a detecção precoce; devem ser bem definidas e aceites antecipadamente pelo ministério da saúde e parceiros de programas de luta contra o paludismo como parte dum plano

de operações permitindo uma acção rápida e eficaz em relação ao custo. As opções de tratamento podem precisar de incluir medicamentos novos e mais eficazes ou combinações de medicamentos (tais como o combinação terapêutica baseado em artemisina) para fornecimento gratuíto a todos os pacientes com paludismo na fase inicial da epidemia. Em relação a abordagens eficientes de controlo do vector, é preciso tomar uma decisão sobre a controvérsia relacionada com a escolha de insecticidas para pulverização das paredes internas das casas (IRS). A capacidade de apoio logístico deve ser reforçada em países que têm a intenção de utilizar IRS como resposta ou prevenção precoce. Em zonas propensas a epidemias, todas as estratégias para aumentar a cobertura com MTI para um nível capaz de reduzir a transmissão são apropriadas para prevenção.

Um vasto acordo sobre a escolha de opções de prevenção e controlo eficientes contribuirá para assegurar fundos de parceiros da iniciativa FRP antes da estação epidémica, especialmente para estabelecimento de reservas de emergência essenciais. Neste contexto, é vital a colaboração com outros países atreitos a epidemias na avaliação do risco e resposta por meio de gestão de sistemas de vigilância sub-regionais/entre países e de reservas para emergências. A participação de ONG em parcerias nacionais e internacionais é especialmente importante pois podem rapidamente prestar assistência a nível do terreno.

Detecção de epidemias no Quénia

Alerta precoce com base em estimativas da pluviosidade a nível distrital teve grande possibilidade de detectar duas epidemias no Verão de 2002 em quatro distritos de altitude no sudoeste do Quénia. Tal como uma análise retrospectiva descobriu, as alertas específicas ao distrito poderiam ter dado 4 semanas de pré-aviso de possíveis condições de emergência.

As estimativas de pluviosidade são disponíveis livremente e a sua utilização exige um mínimo de formação e meios técnicos. Neste contexto, as previsões relacionadas com as estações do ano mostraram ser menos específicas e menos precisas. A detecção precoce baseada em vigilância de casos de pacientes externos forneceu informações piloto demasiado tarde dado que a notificação – embora razoavelmente completa – era mensal (nessa altura, a notificação semanal sob a Vigilância Integrada de Doenças ainda não estava em vigor) (*8*).

Referências

1. *A practical guideline for prevention and control of malaria epidemics in Africa*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2003 (projecto DIP/MAL/03.06).

2. MARA/ARMA collaboration (Mapping Malaria Risk in Africa), Julho de 2002. www.mara.org.za.

3. *The African summit on Roll Back Malaria, Abuja, Nigeria, 25 April 2000*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/CDS/RBM/2000.17).

4. Worrall E. The burden of malaria epidemics and cost-effectiveness in epidemic situations. In: *Third MIM Pan-African Conference on Malaria, Arusha, Tanzania, 17–22 November 2002*, pre-MIM meeting/workshop, "The intolerable burden of malaria: what's new, what's needed". Bethesda, MD, Multilateral Initiative on Malaria: Annex II, p. 367, number 12.

5. Hay SI et al. Etiology of interepidemic periods of mosquito-borne disease. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 2000, 97(16):9335–9339.

6. *Malaria epidemics and their control in Southern Africa. Epidemic post-mortem for the 2000/2001 malaria season*. Harare, Southern African Malaria Control Programme (SAMC), 2002.

7. *A baseline for RBM in Southern Africa - WHO Southern Africa Malaria Control Programme*. Harare, Southern Africa Malaria Control Programme, 2002.

8. Hay SI et al. The utility of forecasting, early warning and early detection during the 2002 malaria emergency of western Kenya. *Lancet*, 2003 [no prelo].

9. *Prevention and control of malaria epidemics. Third meeting of the Technical Support Network*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2002 (documento WHO/CDS/RBM/2002.40).

10. Bonora S et al. Rising temperature and the malaria epidemic in Burundi. *Trends in Parasitology*, 2001, 17(12):572–573.

11. Mouchet J et al. [The reconquest of the Madagascar highlands by malaria.] *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 1997, 90(3):162–168.

12. Cox et al. *Mapping malaria risk in the highlands of Africa*. London, MARA/London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1999.

13. Jambou R et al. Malaria in the highlands of Madagascar after five years of indoor house spraying of DDT. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2001, 95(1):14–18.

14. *Malaria control progress in Southern Africa 1997 to 2000 – Review*. Harare, Southern Africa Malaria Control Programme, 2002.

15. Connor S. *Map of epidemic risk areas in Africa*. New York, International Research Institute for Climate Prediction, The Earth Institute at Columbia University, 2003 (disponível *http://edcsnw4.cr.usgs.gov/adds/*).

6. Mobilização de recursos e financiamento

Desde o início da iniciativa Fazer Recuar o Paludismo em 1998, e especialmente desde a Cimeira de Abuja em 2000, a prevenção e a luta contra o paludismo tornaram-se de novo prioridades nacionais e internacionais. A nível internacional, as verbas destinadas ao paludismo aumentaram pelo menos para o dobro desde 1998, e isto sem mesmo incluir o financiamento complementar duma série de serviços de cuidados primários de saúde (tais como saúde reprodutiva e DITIDI) que também têm impacto sobre o paludismo (*1*).

Em 2002, cerca de 200 milhões de US$ foram destinados à luta contra o paludismo em todo o mundo, em comparação com uns 60 milhões em 1998. Do total de 2002, cerca de 70-80 milhões de US$ podem ser atribuídos a obrigações internas (*1*). Através do trabalho de parceiros nacionais e internacionais em FRP, a importância renovada da doença reflete-se no desenvolvimento de planos estratégicos nacionais, no reconhecimento das acções antipalúdicas como um benefício público mundial, e na prioridade dada ao paludismo em iniciativas de desenvolvimento tais como a iniciativa para Países Pobres Muito Individados e os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

6.1 Recursos necessários para fazer recuar o paludismo

Para reduzir o fardo do paludismo na África, é essencial uma vasta base de recursos. Os recursos vitais incluem recursos financeiros e humanos, conhecimentos de organização, empenho político e apoio comunitário. Estes recursos encontram-se num conjunto diverso de instituições incluindo governos, ONG, a comunidade internacional, o sector privado e a sociedade civil.

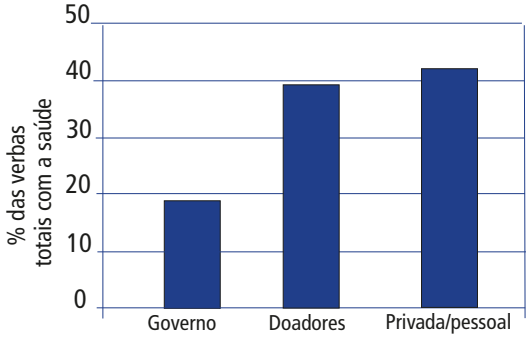
Controlar e coordenar tais recursos exige o desenvolvimento de consenso entre parceiros potenciais e a formação de relações de trabalho efectivas. O estabelecimento de parcerias trabalhando para um objectivo comum é uma parte integrante da estratégia Fazer Recuar o Paludismo.

A Declaração de Abuja em 2002 (*2*) pede aos países africanos e seus parceiros em desenvolvimento a atribuição de novos recursos – pelo menos mil milhões de US$ por ano. Embora hoje em dia a luta contra o paludismo disponha de mais recursos do que há 3 anos, é necessário um investimento muito maior para apoiar os que lutam no terreno. Em 2000 e 2001, chefes de estado africanos prometeram atribuir os recursos exigidos para implementação sustentável das acções planeadas para Fazer Recuar o Paludismo, incluindo aumentos importantes nos orçamentos de saúde nacionais. Contudo, para que investimentos suplementares tenham impacto sobre o paludismo, os países devem ter mecanismos para traduzir os recursos em programas eficazes

A luta contra o paludismo é financiada principalmente através de 3 canais

As verbas privadas – essencialmente domésticas – juntamente com as de doadores representam a maior parte do financiamento da saúde e da luta contra o paludismo na África a sul do Sara. Os dados disponíveis sugerem que as verbas atribuídas por governos africanos a cuidados de saúde e a luta contra o paludismo são baixas. Para terem êxito, os esforços para reduzir o fardo financeiro do paludismo sobre as famílias africanas devem concentrar-se em reduzir as despesas pessoais em meios antipalúdicos, tais como medicamentos, tornando-as mais eficientes, por exemplo, melhorando a qualidade de medicamentos e encorajando o seu uso correcto. Os governos dependem enormemente do apoio externo para a saúde, e maiores verbas governamentais com a saúde permitiriam maior apoio para a luta contra o paludismo.

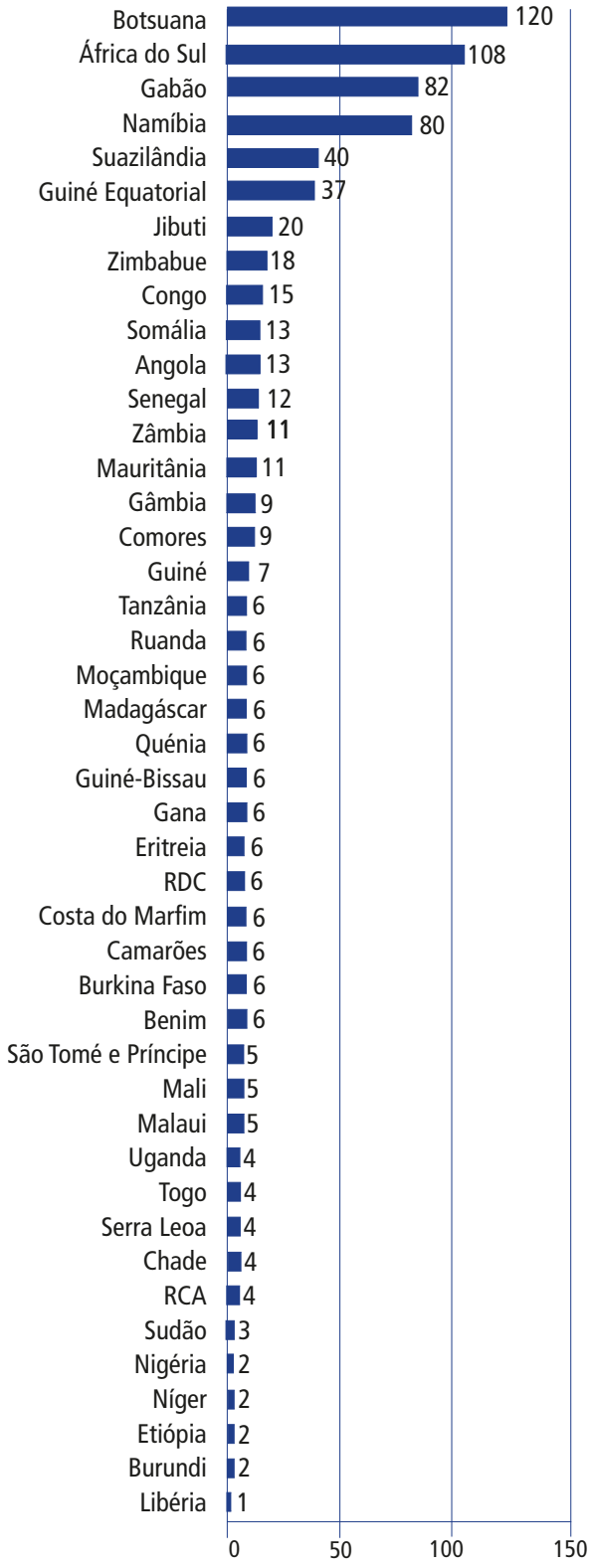
Diferentes fontes de contribuição para verbas de saúde na África



Fonte: Relatório Mundial da Saúde, 2002
Anexo 5 Estaísticas

Figura 6.1

Despesas governamentais per capita com a saúde (US$)



Fonte: Escritório de Estatísticas da OMS

Figura 6.2

que atinjam as pessoas com mais necessidade. Isto exige sistemas de saúde que atribuam recursos apropriados a programas antipalúdicos para despesas periódicas e artigos essenciais (tais como medicamentos antipalúdicos), sistemas administrativos que assegurem uma circulação de fundos oportuna, regular e responsável, infra-estruturas e artigos para serviços de distribuição, uma força de trabalho habilitada e motivada, e capacidade de organização para gerir o sistema. Além disso, é preciso um ambiente propício para estimular o desenvolvimento do sector privado para fornecimento de artigos destinados a prevenção e tratamento do paludismo, tais como mosquiteiros tratados com insecticida e medicamentos antipalúdicos.

Por exemplo, em certos países, a racionalização de taxas e impostos em medicamentos e mosquiteiros já contribuiu para este ambiente. Enquanto o desenvolvimento do sector privado é estimulado, os governos terão uma responsabilidade crescente para implementar regulação suficiente para assegurar segurança, qualidade e eficácia dos meios de luta contra o paludismo.

6.2 Recursos nacionais

Não é possível determinar com precisão o montante dos recursos governamentais apoiando a luta contra o paludismo. Hoje em dia, esta luta é financiada através duma série de programas complementares tendo todos eles impacto sobre o paludismo. Actividades de saúde pública tais como DITIDI, programas de saúde reprodutiva e outros serviços de cuidados primários de saúde, todos terão impactos directos positivos sobre o paludismo mas não são registados como verbas atribuídas a programas de luta contra o paludismo. Além disso, muitos custos do paludismo são cobertos por orçamentos gerais destinados a pessoal de serviços de saúde ou medicamentos. Em países com um grande fardo de paludismo, a doença pode chegar a representar 25-40% das consultas externas e 50% de internamentos, representando despesas que podem chegar a 40% das verbas de saúde pública. A Figura 6.2 ilustra as despesas com a saúde em 44 países africanos.

As carências financeiras incessantes com que deparam as pessoas que lutam contra o paludismo sugerem que, apesar dum certo progresso, os recursos governamentais atribuídos a tal luta ainda são insuficientes. De maneira geral, os governos africanos pagam os salários do sector público sem fornecer recursos para outras despesas periódicas, tais como medicamentos antipalúdicos, necessárias para

Dar prioridade à luta contra paludismo na remissão de dívidas: Uma reflexão de importância renovada

A iniciativa dos Países Pobres Muito Individados é a primeira resposta internacional para fornecer remissão completa de dívida aos países mais pobres e mais individados do mundo. Os 26 países da iniciativa, dos quais a maioria são da África a sul do Sara, poupam em média 1,3 mil milhão US$ por ano em comparação com os pagamentos de dívida em 1998. Os recursos poupados estão a ser utilizados para apoiar estratégias nacionais de redução da pobreza – sob a forma de Documentos de Estratégias para Redução da Pobreza (PRSP) elaborados pelos governos em consulta com a sociedade civil.

A partir de Janeiro de 2003, os Documentos de Estratégias para Redução da Pobreza (assim como os PRSP provisórios) em todos os países da África a sul do Sara apontam que o paludismo é um importante factor contribuinte da pobreza e sublinham a importância do controlo do paludismo nas suas abordagens do desenvolvimento durável. Dar a prioridade ao paludismo nestes documentos terá implicações tangíveis para o financiamento da luta contra esse mesmo paludismo. Por exemplo, em 2002, todas as actividades do Banco Mundial em países que prepararam estratégias de redução da pobreza devem responder às prioridades detalhadas nos Documentos de Estratégias para Redução da Pobreza. Além disso, o Banco desenvolveu Créditos de Apoio à Redução de Pobreza para apoiar directamente a implementação das estratégias de redução da pobreza dos países. Embora o processo ainda seja relativamente novo, estes recursos já se tornaram disponíveis para controlo do paludismo em certos países tais como nos Camarões.

prestar serviços. Além disso, embora atingir o nível de acção exigido possa ter um custo importante, há necessidade de recursos humanos para que as verbas dispensadas tenham impacto na redução do fardo do paludismo. Contudo, em muitos países africanos, o controlo do paludismo é actualmente mais dificultado pela escassez de pessoal formado do que pela falta de recursos financeiros.

A maioria das pessoas na África a sul do Sara pagam do seu bolso o controlo do paludismo.

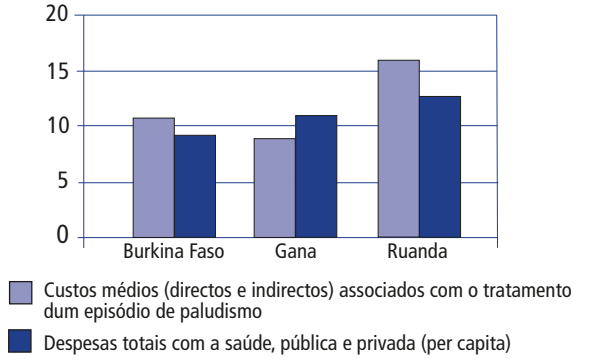
De maneira esmagadora, as populações da África a sul do Sara pagam do seu bolso a prevenção e o tratamento do paludismo. A falta de recursos governamentais para tal prevenção e tratamento contribui para transferir o fardo das despesas para os agregados familiares. A evidência sugere que a maior parte de tais verbas vai para produtos farmacêuticos, cujos custos irão ainda aumentar com a introdução de novos antipalúdicos necessários devido à crescente resistência aos medicamentos correntes. Devem tomar-se medidas para reduzir os custos de tais medicamentos, por exempo, por meio de subsídios. Contudo, é importante notar-se que grandes despesas pessoais indicam disposição para pagar tratamento antipalúdico, o que pode ter implicações positivas para a sustentabilidade do financiamento da luta contra o paludismo.

Inevitavelmente os agregados familiares mais pobres gastarão uma proporção maior das suas rendas em prevenção e tratamento do paludismo. As estratégias destinadas a aliviar o fardo financeiro da doença – especialmente nas famílias mais pobres, as com menos possibilidades económicas para as despesas necessárias – devem ser combinadas com actividades apropriadas de

O custo da luta contra o paludismo é grande

Os custos médios directos e indirectos do paludismo podem exceder os gastos totais per capita com a saúde, o que realça a importância do aumento das verbas governamentais para a saúde para suavizar o impacto sanitário e económico da doença.

Custos médios do tratamento do paludismo (US$)



Fonte de dados original: referências *4, 9, 10*

Figura 6.3

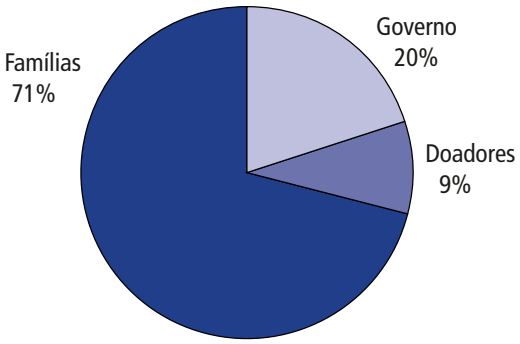
As verbas governamentais para a saúde são pequenas

Na África, a verba dedicada à saúde é geralmente inferior a 15 US$ por pessoa por ano – e inferior a 5 US$ em vários países. Certas variações entre países podem ser atribuídas à sua riqueza relativa, mas também tem uma grande importância a percentagem das verbas governamentais atribuídas à saúde – de 3,0% a 16%. Em 2001, um ano depois da cimeira sobre o paludismo, líderes de países africanos reuniram-se de novo em Abuja, Nigéria, e prometeram reservar 15% dos seus orçamentos nacionais para verbas de saúde. O cumprimento de tal promessa terá sem dúvida um impacto importante nos recursos financeiros disponíveis para o paludismo.

Os maiores gastos com o paludismo são suportados pelas famílias

Na República Unida da Tanzânia, mais de 70% das despesas totais para lutar contra o paludismo são provenientes de agregados familiares e são gastas no sector privado. Famílias na África a sul do Sara aguentam um fardo financeiro semelhante, o que sugere uma necessidade de melhor orientação de intervenções – especialmente intervenções preventivas – a nível doméstico. Além disso, um melhor conhecimento do movimento das despesas domésticas pode levar a melhorias na distribuição de recursos para controlo do paludismo.

Despesas totais com o paludismo segundo a fonte na República Unida da Tanzânia, no ano fiscal 1998

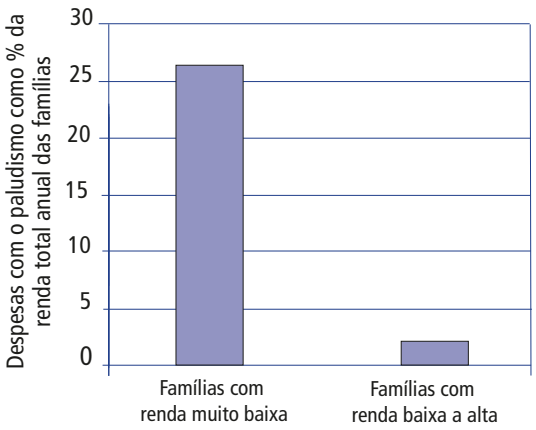


Fonte: referência *5*

Figura 6.4

O fardo financeiro do paludismo é maior entre os pobres

Um estudo realizado no Malaui demonstrou que tanto as famílias pobres como as menos pobres gastavam aproximadamente 19 US$ por ano em tratamento antipalúdico. Isto representa um fardo relativamente maior para as famílias mais pobres. As estratégias devem ser concebidas de maneira a reduzir os custos para as pessoas pobres, com o impacto máximo para a saúde.



Fonte: referência *6*

Figura 6.5

comunicação e mudança de comportamentos tanto para reduzir os custos dos artigos relacionados com a doença como para apoiar o uso apropriado de tais artigos.

As despesas das famílias devem ser dirigidas para as intervenções mais eficazes.

Embora as despesas das famílias para lutar contra o paludismo sejam muito altas, não são necessariamente eficientes. A maior parte das compras de meios de luta contra o paludismo ocorre no sector privado – através de lojas e vendedores locais de medicamentos, por exemplo – tendo por resultado que as pessoas recebem pouca orientação e podem comprar e utilizar intervenções de má qualidade, incorrectas ou incompletas. Têm sido notificadas despesas importantes com serpentinas anti-mosquitos e pulverizadores de insecticida, mas embora estes artigos reduzam os incómodos causados pelos mosquitos, há poucas provas que o seu uso reduza o fardo do paludismo. Os vendedores de medicamentos fornecem pouca orientação sobre a escolha de tratamento e normalmente não encorajam a fazer o tratamento completo o que contribui para o desenvolvimento da resistência do parasita.

Programas de comunicação desenvolvidos para provocar mudanças de comportamento desempenharão um papel essencial na orientação dos consumidores para compra de artigos de eficácia comprovada em redução da transmissão do paludismo, tais como materiais tratados com insecticida e antipalúdicos apresentando resistência menos corrente. Existem provas de que os gastos de prevenção com MTI podem reduzir o custo anual por caso das consultas por todas as causas de crianças doentes de 49 US$ a 38 US$ (*3*), sugerindo uma economia de custo importante além da diminuição em dor e sofrimento causados pela doença.

Planear o impacto

Vários países estão bem avançados na formação de alianças entre parceiros que trabalham rumo a um plano de acção aprovado. O processo difere dum país para outro, mas certos temas comuns são evidentes. O processo inicia-se normalmente com uma análise da situação do desenvolvimento do sector da saúde, assim como da epidemiologia da paludismo. A análise também identifica os recursos disponíveis para fazer recuar o paludismo, incluindo a gama variada de partes interessadas já implicadas no seu controlo. Criam-se parcerias formais e publica-se uma declaração de intenção indicando o que será conseguido em 5 anos e de que maneira. Mobilizam-se recursos de parceiros e estabelecem-se sistemas para controlar os

resultados obtidos em fazer recuar o paludismo. Quarenta países africanos elaboraram Planos Estratégicos Nacionais, e pelo menos 25 estão prontos a implementá-los. Muitos destes planos serviram de base para propostas bem sucedidas ao Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e o Paludismo – e alguns já estão a receber fundos para apoiar a implementação dos planos (Quadro 6.1)

Parcerias com a indústria são recursos crescentes para lutar contra o paludismo

A comunidade comercial está cada vez mais a desempemhar um papel na parceria FRP e a fornecer recursos e conhecimentos vitais para apoiar programas de luta contra o paludismo. Forjaram-se parcerias com a indústria farmacêutica, companhias com investimentos importantes em países com paludismo endémico cujos trabalhadores correm o risco de contrair a doença, e fabricantes de mosquiteiros e insecticidas. Além disso, as companhias forneceram fundos para formação e colaboração com jovens cientistas e médicos para lhes dar a possibilidade de ganhar experiência valiosa no terreno.

Compreender o movimento dos recursos para melhorar a eficácia das despesas

Os recursos financeiros são unicamente uma parte da mobilização de recursos. Os países africanos e a comunidade internacional precisam de dar maior importância ao conhecimento da circulação de recursos para as actividades actuais de prevenção e controlo. Análises das despesas que traçam os gastos com o paludismo podem elucidar as vias que permitem que o financiamento do paludismo possa superar obstáculos administrativos e apoiar serviços e artigos essenciais necessários para obter impacto.

Na Etiópia, por exemplo, os esforços para fazer recuar o paludismo têm sido dificultados por deficiências na circulação de recursos escassos para actividades de prevenção e controlo. A despesa total com a luta contra o paludismo é aproximadamente de 10,25 milhões de US$, ou seja unicamente 0,35 US$ por pessoa a risco, mas mesmo recursos tão limitados podem ter um maior impacto se atingirem as pessoas com mais necessidade.

Segundo uma análise recente sobre despesas com o paludismo na Etiópia, pedida pela iniciativa FRP, é evidente a competição pelos mesmos escassos recursos entre diferentes partes do programa de luta contra o paludismo, deixando poucas possibilidades para transportes, antipalúdicos e outros custos periódicos de funcionamento. Por exemplo, farmácias de postos de saúde pública, onde os pacientes

Política de planeamento e implementação de FRP

	Análise da situação	Mecanismo de coordenação	Plano estratégico nacional	Plano dos custos avaliados	Plano de implementação	Plano de controlo e avaliação
África do Sul	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Angola		✓	✓	✓	✓	✓
Benim	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Botsuana	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Burkina Faso	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Burundi						
Camarões	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Chade	✓					
Comores			✓	✓		✓
Congo			✓	✓		✓
Costa do Marfim	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Egipto	✓	✓	✓	✓	✓	
Eritreia	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Etiópia	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Gabão						
Gâmbia	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Gana	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Guiné	✓	✓	✓			✓
Guiné-Bissau	✓		✓	✓		✓
Guiné Equatorial	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Jibuti	✓	✓	✓			
Libéria		✓	✓	✓	✓	✓
Madagáscar	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Malaui	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mali	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mauritânia	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Moçambique	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Namíbia	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Níger	✓	✓	✓	✓		✓
Nigéria	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Quénia	✓	✓	✓	✓	✓	✓
RCA	✓	✓	✓	✓		✓
RDC	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ruanda						
São Tomé e Príncipe		✓	✓	✓		✓
Senegal	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Serra Leoa	✓					
Somália	✓	✓	✓	✓	✓	
Sudão	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Suazilândia	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tanzânia	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Togo	✓	✓	✓			✓
Uganda	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Zâmbia	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Zimbabue	✓	✓	✓	✓	✓	✓

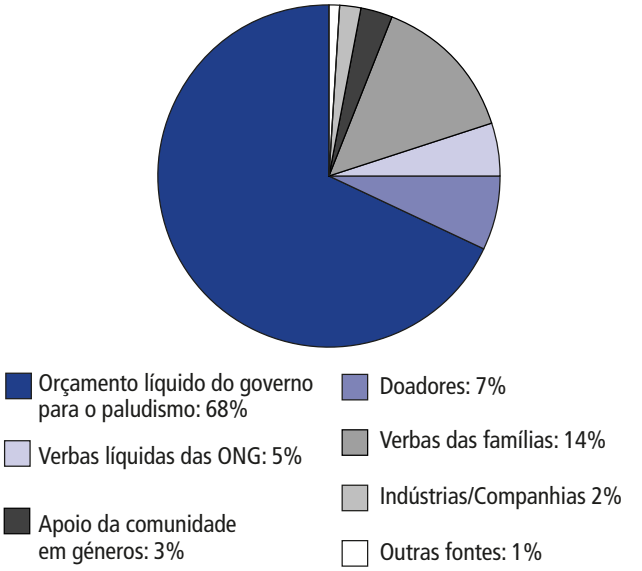
Fonte: dados FRP

Quadro 6.1

As verbas para o paludismo podem ser atribuídas a muitas fontes diferentes

Compreender a circulação de recursos para controlo do paludismo e as intervenções essenciais que dela fazem parte, é importante para melhorar a eficiência e utilizar tanto os recursos existentes como os novos.

Etiópia: gastos com o paludismo por fonte (Total: 10,25 milhões de US$)



Fonte: referência *8*

Figura 6.6

podem obter medicamentos gratuítos, têm muitas vezes esgotadas as reservas de medicamentos essenciais, forçando os pacientes a comprar os medicamentos em serviços privados (*7*). Além disso, a atribuição de fundos aos diferentes níveis do sector da saúde em contacto com pacientes com paludismo pode não ser proporcional às necessidades.

A Etiópia descentralizou recentemente a prestação de serviços de saúde e ainda não estabeleceu estruturas viáveis de gestão e financeiras a todos os níveis do sector da saúde. Contudo, foram identificados os obstáculos que impedem a circulação efectiva de recursos para o paludismo, e a luta contra a doença está de novo na agenda governamental. Aumentando a capacidade de gestão e de implementação, a Etiópia poderá utilizar eficazmente cerca de 38 milhões de US$ de novo financiamento do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e o Paludismo. Reforço suplementar em organização, acompanhado de empenho político e apoio internacional crescente, ajudarão a Etiópia a utilizar recursos novos e existentes para apoiar melhor medidas eficazes de luta contra o paludismo.

Estudos semelhantes sobre circulação de recursos para controlo do paludismo devem ser realizados em outros países na África a sul do Sara para uma melhor utilização dos recursos existentes e melhor atribuição de novos recursos, para que o impacto dos recursos nacionais e de doadores seja máximo.

6.3 Recursos internacionais

Apesar do nível crescente de financiamento internacional, as quantias disponíveis na maioria dos países para lutar contra o paludismo são ainda insuficientes. Em certos casos, os recursos suplementares necessários podem ser postos à disposição internamente através de maiores contribuições governamentais para actividades de prevenção e de controlo. Se isto não for suficiente, as verbas do governo precisam de ser apoiadas com maiores fundos internacionais.

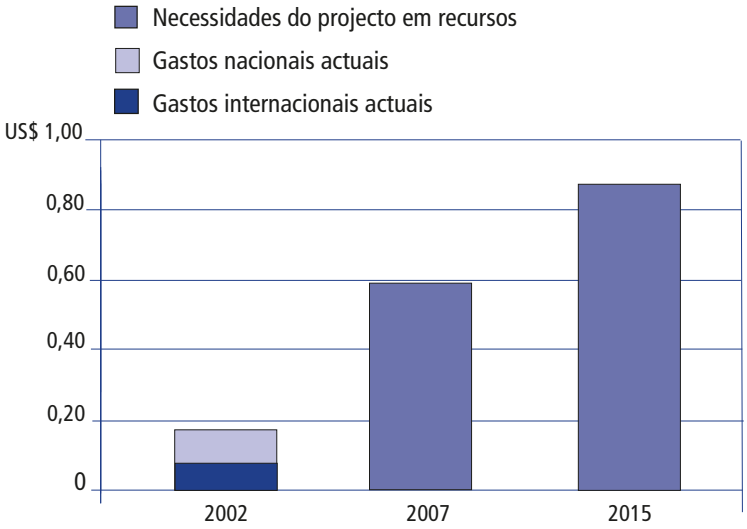
Embora o apoio financeiro contínuo da comunidade internacional para controlo do paludismo seja essencial, é igualmente importante que essa mesma comunidade apoie os países a desenvolver capacidade de implementação. Por exemplo, os doadores devem trabalhar com os países e o sector privado para conceber e implementar planos de financiamento inovadores – utilizando meios precisos como por exemplo vales para MTI – para melhorar a circulação de fundos destinados a controlo do paludismo no terreno.

Uma abordagem de saúde para apoio à luta contra o paludismo na República Unida da Tanzânia: uma redução do paludismo será uma prova de êxito

O Projecto do Programa de Desenvolvimento do Sector da Saúde financiado pelo Banco Mundial na República Unida da Tanzânia apoia largamente a primeira fase do Programa de Reforma do Sector da Saúde do governo. Embora o financiamento do projecto não seja especificamente designado como financiamento do "paludismo', os objectivos do projecto têm profundas implicações para mobilização de recursos para o seu controlo. Foi incluído um objectivo de redução da taxa de casos fatais de paludismo em crianças menores de 5 anos internadas de 12,8% (1997) para 8% (2011) como um indicador importante de êxito, e o governo atribuíu cerca de 10 milhões de US$ para controlo do paludismo em 2003 (Figura 6.10).

Países e doadores ainda precisam de aumentar as verbas destinadas ao paludismo

Avaliações recentes dos fundos necessários para controlo do paludismo com os meios disponíveis sugerem cerca de 0,6–0,9 US$ (US$ 2002) per capita até 2007 e 2015 respectivamente, um aumento importante em relação aos níveis actuais de financiamento.



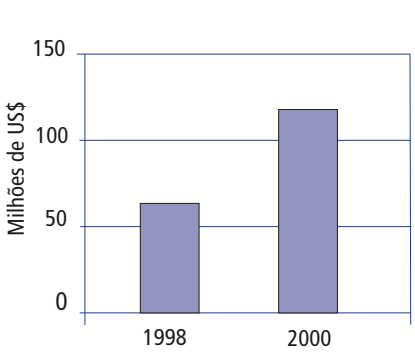
Observação: *O gráfico refere-se a controlo do paludismo na África a sul do Sara*

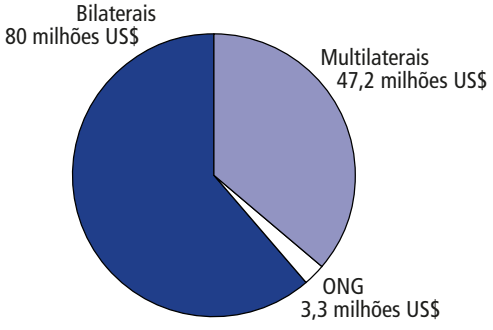
Fonte: referência *1*

Figura 6.7

O financiamento internacional destinado ao paludismo mais do que duplicou

As verbas internacionais destinadas ao paludismo aumentaram de 60 milhões US$ em 1998 para 120 milhões US$ em 2002. Incluindo as verbas destinadas a saúde reprodutiva, DITIDI e cuidados primários de saúde, todas as quais têm impacto sobre o paludismo, o total aumenta para muito mais de 120 milhões US$. A Figura da direita mostra as verbas previstas destinadas ao paludismo em todo o mundo provenientes de organizações bilaterais, multilaterais e ONG.





Fonte: referência *1*

Figuras 6.8 e 6.9

O Fundo Mundial: um novo recurso para lutar contra o paludismo

Os empenhos do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e o Paludismo aumentaram imenso os recursos financeiros para controlo do paludismo na África. Nos próximos 2 anos, espera-se que o Fundo Mundial desembolse 256 milhões de US$ para actividades de luta contra o paludismo em 25 países africanos. O desafio actual para os países é desenvolver capacidade para gastar o dinheiro de maneira eficiente e para a comunidade internacional é apoiar a África nesse esforço.

África: Empenhos do Fundo Mundial aprovados em Janeiro de 2003

País	Apoio total durante 2 anos (US$)
Benim	2 389 185
Burkina Faso	7 144 703
Burundi	13 792 126
Comores	1 534 631
Eritreia	2 617 633
Etiópia	37 915 012
Gana	4 596 111
Guiné	6 893 509
Quénia	10 526 880
Madagáscar	2 023 424
Malaui	20 872 000
Mali	2 023 424
Mauritânia	824 125
Moçambique	12 273 573
Namíbia	3 719 354
Nigéria	17 828 808
Senegal	4 285 714
Somália	8 890 497
Sudão (Norte)	14 237 853
Sudão (Sul)	12 855 490
Suazilândia	978 000
Tanzânia	11 959 076
Tanzânia (Zanzibar)	781 220
Uganda	23 211 300
Zâmbia	17 892 000
Zimbabue	6 716 250
Multipaíses da África[a]	7 424 815
Total	256 206 713

[a] : Lubombo Spatial Development Iniciative Area

Fonte: Secretariado do Fundo Mundial, Janeiro 2003

Quadro 6.2

A flexibilidade potencial e o controlo nacional de abordagens a nível de sector (SWAP) alteraram de maneira espectacular o envelope de recursos para o paludismo num certo número de países africanos. A partir de Fevereiro 2003, pelo menos 8 países da África a sul do Sara deram prioridade ao paludismo através de SWAP. Com planeamento detalhado a nível distrital e coordenação com ciclos de financiamento sectoriais e reuniões de planeamento, recursos suplementares para prevenção e controlo do paludismo podem ser postos à disposição enquanto o sector da saúde é, como um todo, reforçado.

6.4 Próximas medidas para financiar a luta contra o paludismo na África

Aplicando o processo de Planeamento Estratégico Nacional, os países mostraram o seu empenho em FRP. As verbas internacionais para financiamento directo da luta antipalúdica aumentaram espectacularmente e, segundo as necessidades, podem ser mobilizadas verbas suplementares através de esquemas de financiamento sectoriais. Além disso, o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e o Paludismo é uma nova e prometedora fonte de apoio directo importante para controlo do paludismo.

Os países devem melhorar o investimento e gestão internos do sector da saúde, incluindo melhor integração de actividades de luta contra o paludismo nos esforços de desenvolvimento do sector da saúde.

As políticas que fornecem uma maior base de recursos para a saúde em geral e para o paludismo em particular devem ser continuadas, incluindo políticas promovendo equidade em acesso a meios e serviços e facilitando a prestação de serviços de qualidade a baixo custo através do sector comercial privado. As relações do sector público com o sector privado e ONG, por exemplo, estabelecendo contratos de serviços, permitem que os países aumentem de maneira importante o envelope de recursos para actividades antipalúdicas.

Informações para mudança de comportamentos devem coincidir com actividades de mobilização de recursos para melhorar a eficácia das despesas familiares em prevenção e controlo do paludismo.

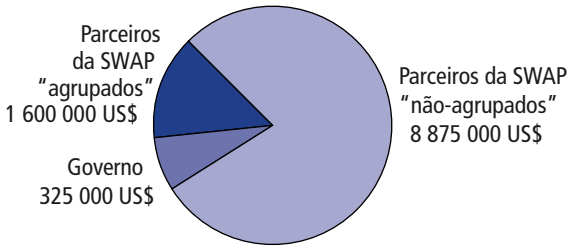
Uma parte importante do fardo financeiro do paludismo cai sobre as famílias. Embora seja preciso tomar medidas para aliviar o impacto

financeiro sobre as mais pobres que não têm possibilidades económicas para níveis tão altos de despesas do próprio bolso, o papel proeminente das famílias na luta contra a doença também representa uma oportunidade. Se, por exemplo, as despesas domésticas fossem feitas unicamente em artigos de prevenção e tratamento apropriados e eficazes, as despesas actuais podiam ter um impacto importante no fardo do paludismo. Comunicações para mudanças de comportamento combinadas com mecanismos de financiamento inovadores tirariam o melhor partido das despesas domésticas existentes.

A comunidade internacional deve ajudar os países e os parceiros a atribuir mais recursos para o paludismo e a demonstrar o seu impacto

Os doadores devem trabalhar com os governos para melhorar a capacidade de gestão e de organização a fim de controlar e avaliar a circulação de fundos tanto humanos como financeiros. Os recursos existentes nem sempre vão para quem deles mais necessita. É essencial que os governos respondam dando prioridade ao paludismo nos seus orçamentos do sector da saúde para tirar o máximo das despesas internas e internacionais para prevenção e controlo da doença. Ao mesmo tempo, a comunidade internacional deve apoiar os países a utilizar de maneira eficiente e efectiva os recursos disponíveis para a luta contra o paludismo, tais como os mobilizados por meio de programas de desenvolvimento do sector da saúde e do Fundo Mundial. As experiências de saúde pública que tiveram êxito, tais como o Programa de Luta contra a Oncocercose e a campanha de erradicação da poliomielite, dependeram da combinação de empenho nacional e apoio internacional traduzida em impacto no terreno. Há boas razões de se acreditar que no campo do paludismo se pode conseguir êxito semelhante. Tal como aumentos recentes de financiamento

10,8 milhões US$ postos de lado para o paludismo no ano fisacal 2003



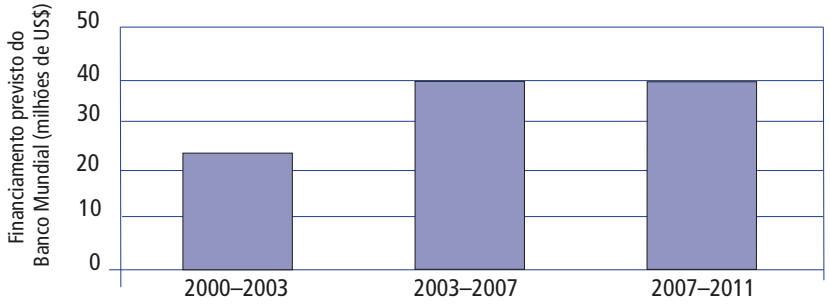
"Agrupados" e "não-agrupados" referem-se aos diferentes mecanismos utilizados pelos doadores em financiamento através da abordagem a nível de sector (SWAP).

Fonte: Escritório Nacional do Banco Mundial para a República Unida da Tanzânia

Figura 6.10

A luta contra o paludismo é uma prioridade no desenvolvimento do sector da saúde

Desenvolvimento do sector da saúde na República Unida da Tanzânia



Apesar da falta de destinação explícita, uma parte importante dos fundos do Banco Mundial para financiar o desenvolvimento do sector da saúde na Tanzânia apoiará a luta contra o paludismo, quer em actividades antipalúdicas directas a nível nacional ou distrital, infra-estruturas e veículos para serviços de saúde, quer com melhores fornecimentos de produtos farmacêuticos. Havendo necessidade, o governo da Tanzânia pode pedir que outros elementos específicos ao paludismo sejam financiados por esta fonte de fundos.

Fonte: Escritório Nacional do Banco Mundial para a República Unida da Tanzânia

Figura 6.11

demonstram, a comunidade internacional está pronta a apoiar os países nos seus esforços de luta contra o paludismo, e deve aumentar rapidamente as suas verbas levando a um maior progresso nos países.

Referências

1. *Final report of the external evaluation of Roll Back Malaria*. London, Report for Department for International Development, UK, 2002.

2. *The African summit on Roll Back Malaria, Abuja, Nigeria, 25 April 2000*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2000 (documento WHO/CDS/RBM/2000.17).

3. Wiseman V et al. The cost-effectiveness of permethrin-treated bednets in an area of intense malaria transmission in western Kenya. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2003 (no prelo).

4. Anenso-Okyere WK, Dzator JA. Household cost of seeking malaria care. A retrospective study of two districts in Ghana. *Social Science and Medicine*, 45(5):659-667.

5. Jowett M, Miller N, Mnzava N. *Malaria expenditure analysis. Tanzania case study*. Prepared for DFID-EA (Tanzania) and the Roll Back Malaria Initiative (disponível at www.rbm.who.int).

6. Ettling M et al. Economic impact of malaria in malawian households. *Tropical Medicine and Parasitology*, 1994, 45:74-79.

7. Valdelin J, Walgelin N, Fairbank A. *Private expenditure trends in Ethiopia and implications for health systems financing*. Cambridge, MA, Essential Services for Health in Ethiopia (ESHE) Project, Abt Associates Inc., 2001.

8. *Study on malaria financing and expenditures in Ethiopia*. Washington, DC, World Bank, 2000.

9. Ettling MB, Shephard DS. Economic cost of malaria in Rwanda. *Tropical Medicine and Parasitology*, 1991, 42:214-218.

10. Guiguemde TR et al. Household expenditure on malaria prevention and treatement for families in the town of Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1994, 88:285-287.

Notas sobre fontes de dados

Dados sobre o progresso em cobertura com intervenções de FRP e sobre o fardo do paludismo ao nível da população na África estão a aumentar. Este relatório obteve informações principalmente das fontes apresentadas a seguir e que são descritas realçando a sua qualidade, confiança, o seu carácter representativo e potencial para controlo futuro de FRP.

Estudos Demográficos e Sanitários

Os Estudos Demográficos e Sanitários (DHS) são estudos sobre famílias representativos do país que se concentram sobre a saúde reprodutiva e infantil. São organizados por Macro International, Calverton, MD, EUA e patrocinados pela Agência dos Estados Unidos para Desenvolvimento Internacional (USAID) (*1*). Os dados são disponíveis livremente na Internet *http://www.measuredhs.com/* aproximadamente 1 ano depois de terminado o trabalho no terreno. DHS consiste normalmente em entrevistas com 4000 a 12000 mulheres de 15-49 anos de idade, vivendo em famílias escolhidas segundo um plano de grupo em diversas fases. Entre 1990 e 2002, 10 países africanos tiveram um DHS, 17 outros tiveram 2, e 4 outros tiveram 3 ou mais. Em média, o intervalo entre dois DHS é de 5-6 anos. O questionário aborda, entre outras coisas, as condições de vida e bens da família, e a saúde infantil através de histórias de parto. Como os questionários são uniformizados e estruturados e pouco variam entre estudos, os resultados são comparáveis entre países e com o decorrer do tempo.

Os indicadores aplicáveis ao paludismo incluem o tratamento e cuidados (se foram dados medicamentos antipalúdicos e se consultaram serviços de saúde) prestados a menores de 5 anos que tinham tido febre nas 2 semanas anteriores ao inquérito. Desde 1998, certos DHS têm utilizado questões específicas sobre prevenção e tratamento do paludismo, incluindo tipo de medicamento antipalúdico administrado, posologia, posse de mosquiteiros e sua utilização por menores de 5 anos e mulheres grávidas. Desde 2001, a maior parte destas questões foram reunidas numa brochura padrão sobre paludismo para ser agora utilizada em todos os estudos realizados em países palúdicos. A interpretação das brochuras de DHS sobre paludismo deve entrar em linha de conta com o facto que tais estudos são (por razões logísticas) realizados principalmente durante a estação seca, menos palúdica.

Os DHS são além disso uma fonte essencial de informação sobre taxas de mortalidade por todas as causas em menores de 5 anos, obtida pela técnica de avaliação directa, isto é, de histórias de parto. DHS recentes também avaliam a prevalência de anemia pela medida da hemoglobina em crianças menores de 5 anos e mulheres (grávidas); no futuro, isto pode mostrar ser um indicador muito útil do fardo de paludismo e representante fidedigno de mortalidade relacionada com a doença.

Estudos Agrupados de Indicadores Múltiplos

Entre 1999 e 2001, realizaram-se Estudos Agrupados de Indicadores Múltiplos (MICS) em 67 países em todo o mundo com o apoio do UNICEF. Os MICS são representativos dos países e escolhidos segundo um plano de grupo em duas fases, cada amostra cobrindo em média cerca de 6000 famílias. Um questionário sobre agregados familiares engloba condições de vida e bens, com os dados estratificados segundo certos factores tais como lugar de residência, nível de instrução da mãe, e quintil de rendimentos.

Para 24 países africanos, o estudo incluiu uma brochura sobre paludismo com questões relacionadas com a prevalência de febre nas duas semanas anteriores, tipo de tratamento administrado e local do tratamento, assim como utilização de qualquer mosquiteiro e mosquiteiros tratados com insecticida por menores de 5 anos. Também foram recolhidos dados pertinentes sobre indicadores tais como mortalidade por qualquer causa entre menores de 5 anos e cobertura de cuidados pré-natais. Os resultados e questionários do estudo estão disponíveis na Internet em *http://childinfo.org/*. Tal como os DHS, a maioria dos MICS foram realizados fora da estação quando o paludismo é máximo.

A próxima ronda de MICS está planeada para 2004-2005 e incluirá de novo questões sobre prevenção e tratamento do paludismo, e possivelmente outras questões sobre possibilidades das famílias de possuir mosquiteiros, posologia do tratamento antipalúdico e tratamento preventivo intermitente (TPI) em mulheres grávidas.

Postos de Vigilância Demográfica

Os postos de Sistemas de Vigilância Demográfica (DSS) analisam continuamente nascimentos, mortes e saúde em populações geograficamente definidas. Avaliam mortalidade devida a causas específicas, incluindo paludismo,

utilizando autópsias verbais – entrevistando familiares sobre os sintomas que precederam a morte. De todos os postos de DSS, 29 de 16 países africanos colaboram sob a rede INDEPTH apoiada pela iniciativa FRP (Rede Internacional de postos no terreno com Avaliação Demográfica contínua de Populações e sua Saúde em países em desenvolvimento). Para mais informações sobre a rede INDEPTH consultar o sítio *http://www.indepth-network.net/*. A INDEPTH tem por objectivo reforçar a capacidade técnica e de investigação, e promover a utilização de métodos uniformizados (tais como questionários de autópsia verbal) e a aplicação de informações a políticas e práticas (*3*).

Embora a cobertura esteja limitada a cerca de 0,2% (1,3/650 milhões) da população africana (*3 4*), os DSS são praticamente a única fonte de informações sobre mortalidade atribuída a paludismo ao nível duma população. Também, a sua natureza prospectiva significa que as estimativas baseadas em DSS sobre mortalidade em menores de 5 anos por todas as causas são tipicamente mais precisas e mais actualizadas do que as baseadas nos estudos retrospectivos DHS ou MICS. Contudo, há problemas sobre a sua representatividade. Os DSS realizam muitas vezes experiências de intervenções de saúde comunitária de fase III e fase IV em grande escala (*5, 6*); quando têm êxito, as intervenções experimentadas são depois implementadas em larga escala. A cobertura com intervenções, incluindo MTI, pode assim ser maior do que na população das proximidades, e o fardo da doença – em geral ou da doença específica alvejada – ser em consequência menor.

Estudos FRP de referência

Em 2000 e 2001, 17 países na África a sul do Sara realizaram estudos para determinar as suas situações de base em relação a fazer recuar o paludismo. Os estudos incluiam uma componente de serviço e uma componente de comunidade (agregado familiar). Adaptaram-se questionários de base para uso local, e os resultados variam em comparabilidade entre países. A maior parte dos países seguiram a directiva de amostragem, a qual especificava que se devia escolher três ou quatro distritos de endemicidade palúdica diferente. Em cada distrito, foram escolhidos à sorte um serviço de saúde de nível mais alto (normalmente um hospital), dois centros de saúde e três postos; para cada serviço escolhido serviu de amostra, entre as comunidades abrangidas, a que ficava mais perto e a que ficava mais afastada, totalizando cerca de 15 serviços, 30 comunidades e 1000 agregados familiares. Os resultados não são representativos a nível nacional mas fornecem indicações sobre a situação do paludismo e implementação do controlo nos distritos mais afectados e mais alvejados pelo programa nacional de luta contra o paludismo (NMCP).

A componente família aborda a posse de mosquiteiros e uso e procura de tratamento para casos de febre. Para alguns indicadores FRP de base (medicamentos esgotados, tratamento correcto de pacientes com paludismo e disponibilidade de serviços de diagnóstico), a componente de serviços de saúde dos estudos de referência de FRP é a principal ou única fonte actual de dados. Quando se comparam as estimativas de cobertura a partir dos estudos de referência de FRP com estimativas nacionais de DHS ou MICS, os estudos de referência têm tipicamente taxas mais altas, como se espera pela sua concentração em zonas determinadas do NMCP.

Sistemas de informações sanitárias de rotina

Os Sistemas de Informações Sanitárias (HIS) de rotina são a fonte de dados nacionais sobre casos e mortes por paludismo observados em serviços de saúde. Em princípio, estes dados são nacionais, mas na realidade nem todos os serviços ou distritos fazem notificação. Assim, os números de casos e mortes notificados são inferiores ao verdadeiro fardo clínico. Mas o que é ainda mais importante é o facto deste fardo só representar uma fracção do fardo total na população pois a maioria dos pacientes com paludismo ou não procuram tratamento ou são tratados fora do sector de saúde oficial (*7*). Para aumentar a incerteza, muitos casos baseiam-se mais no diagnóstico clínico do que no parasitológico. Para reduzir o desequilíbrio consequente, este relatório não se concentra em números absolutos de casos e mortes por paludismo registados, mas na proporção do fardo dos acontecimentos registados (consultas externas a postos de saúde, internamentos em hospitais, mortes em hospitais) imputados a paludismo.

Quadro 1. Disponibilidade de dados segundo a fonte, para indicadores utilizados neste relatório, em Fevereiro de 2003

	DHS	MICS	Estudos de referência de FRP, componente :			DSS	HIS de rotina
			Comunidade	serviço de saúde	NMCP		
Fardo/Impacto							
Mortalidade por todas as causas em menores de 5 anos (em população)	✓	✓				✓	
Mortalidade atribuída a paludismo (em população)						✓	
Paludismo como % de consultas externas							✓
Paludismo como % de internamentos em hospitais							✓
Paludismo como % de mortes em hospital							✓
Mosquiteiros tratados com insecticida (MTI)							
Famílias possuindo mosquiteiros/MTI	✓		✓				
% de menores de 5 anos dormindo com mosquiteiro/MTI	✓	✓	✓				
Tratamento antipalúdico							
% de menores de 5 anos com febre tratados com antipalúdicos	✓	✓					
% de casos clínicos correctamente tratados				✓			
Medicamentos esgotados em postos de saúde				✓			
Controlo do paludismo na gravidez							
% de mulheres grávidas consultando cuidados pré-natais	✓	✓					
% de mulheres grávidas em TPI	✓						
% de mulheres grávidas dormindo com mosquiteiro/MTI	✓						
Resposta à epidemia					✓		✓
Qualidade dos dados							
À escala nacional	Sim	Sim	Não	Não	n.d.	Não	Sim
Tamanho da amostra (famílias)	8000	6000	1000	15 (serviços)		15.000	n.d.

Quadro 2. Fontes de dados para analisar o fardo e o controlo do paludismo

		Disponibilidade de dados e vantagens (desvantagens)			
Fonte	**Tipo, intervalo, países**	**Geral**	**Morbilidade**	**Mortalidade**	**Implementação do controlo**
Estudos Demográficos e Sanitários (DHS)	Baseados na população, grande, representativos a nível nacional/provincial mas não distrital; sub-grupo crescente de países em desenvolvimento, caro, todos os 5-8 anos. Dados disponíveis na internet 1 ano depois do fim do trabalho no terreno	Retrospectivos podem ser ajustados para variáveis de saúde socioeconómicas e gerais recolhidas em conjunto	Menores de 5 anos e mulheres (grávidas), principalmente febres não específicas	Menores de 5 anos todas as causas	Brochuraa de base sobre paludismo, posse e uso de mosquiteiros (MTI) e tratamento antipalúdico para menores de 5 anos e mulheres grávidas
Estudos Agrupados de Indicadores Múltiplos (MICS)	Baseados na população, grandes, representativos a nível nacional/provincial mas não distrital; número crescente de países em desenvolvimento, todos os 5 anos. Quadros principais disponíveis na internet 1 ano depois do fim do trabalho no terreno	Retrospectivos podem ser ajustados para variáveis de saúde socioeconómicas e gerais recolhidas em conjunto	Febres notificadas em menores de 5 anos, i.e. não específicas	Menores de 5 anos todas as causas	Uso de mosquiteiros (MTI) e tratamento antipalúdico para menoes de 5 anos
Postos de Vigilância Demográfica (DSS)	Baseados na comunidade, longitudinais, populações piloto pequenas e não representativas, prazo de notificação longo	Contínuos	Variável	Autópsia verbal especialmente no caso de menores de 5 anos	Variável
HIS de rotina (com base em postos de saúde)	Baseados em postos de saúde, geralmente menos funcionais em países mais afectadas pelo paludismo (a sul do Sara)	Contínuos, limitados a subgrupo de pacientes de posto, o que é – especialmente para crianças – uma fracção pequena, escolhida e variável	Diagnóstico clínico e/ou parasitológico, todas as idades reunidas e/ou menores de 5 anos separadamente	Diagnóstico de confirmação parasitológica, todas as idades e/ou menores de 5 anos separadamente	Não, ou unicamente a nível de pacientes de posto

[a] : Em Abril de 2003, tinham sido realizados DHS sobre paludismo no Benim (2001), Eritreia (2002), Malaui (2000), Mauritânia (2000/01), Ruanda (2000), Uganda (2000/01), Zâmbia (2001/02) e em curso no Quénia (2003), Mali (2003) e Nigéria (2003).

Descrição geral da caracterização dos países

Indicadores gerais

■ População: as estimativas são baseadas na Divisão das Nações Unidas sobre População (estimativas da revisão de 2000), disponível no sítio: *http://www.un.org/popin/*.

■ Taxa de crescimento populacional: formulada como percentagem anual, baseia-se em estimativas publicadas anualmente no Relatório Mundial da Saúde, disponível no sítio: *http://www.who.int/whr/2002/en/*.

■ Taxa de mortalidade em lactentes: formulada como número de lactentes por 1000 que morrem antes de fazer 1 ano. Ver:

- UNICEF, State of the world's children 2003, disponível no sítio: *http://www.unicef.org/sowc03/*.
- Hill K. al. Trends in child mortality in the developing world: 1960 to 1996, disponível no sítio: *http://childinfo.org/cmr/revis/kh98meth.html.*

■ Taxa de mortalidade em menores de 5 anos: formulada como número de menores de 5 anos por 1000 que morrem antes de fazer 5 anos. Ver:

- UNICEF, State of the world's children 2003, disponível no sítio: *http://www.unicef.org/sowc03/*.
- Hill K. al. Trends in child mortality in the developing world: 1960 to 1996, disponível no sítio: *http://childinfo.org/cmr/revis/kh98meth.html.*

■ Taxa bruta de natalidade: número de nascimentos por 1000 pessoas; mais informações disponíveis no sítio: *http;//unstats.un.org/unsd/*.

■ População a risco: formulada como percentagem de população vivendo em condições climáticas propensas à transmissão do paludismo. As estimativas da Cartografia do Risco de Paludismo na África (MARA) (ver *htt://www.mara.org.za./*) derivam dum modelo teórico da distribuição de paludismo endémico e epidémico com base em condições climáticas (média a longo prazo de pluviosidade e temperatura) propícias a transmissão do paludismo. A classificação de risco em endémico, epidémico ou global baseia-se em (8, 9).

Morbilidade e mortalidade por paludismo

■ Mortes em hospitais devido a paludismo: percentagem de mortes em pacientes internados e registados atribuídas a paludismo; provenientes de relatórios do Ministério da Saúde onde os dados estão disponíveis.

■ Internamento de casos de paludismo: percentagem de internamentos e registos de pacientes em serviços de saúde atribuídos a paludismo; provenientes de relatórios do Ministério da Saúde onde os dados estão disponíveis.

■ Consultas de pacientes externos com paludismo: percentagem de consultas registadas em serviços de saúde de pacientes externos atribuídas a paludismo; provenientes de relatórios do Ministério da Saúde onde os dados estão disponíveis.

■ Casos de paludismo em pacientes externos para 1000 pessoas: número total de casos de paludismo em pacientes externos, entre todos os grupos etários, registados num país durante um ano, expresso por 1000 na população total; a população total baseia-se nas estimativas da Divisão das Nações Unidas sobre População para o mesmo ano da notificação de casos.

■ Casos de paludismo em pacientes internos para 1000 pessoas: número total de casos de paludismo em pacientes internos (i.e. admitidos em hospitais) entre todos os grupos etários, registados num país durante um ano, expresso por 1000 na população total; a população total baseia-se nas estimativas da Divisão das Nações Unidas sobre População para o mesmo ano da notificação de casos.

Mosquiteiros e mosquiteiros tratado com insecticida (MTI)

■ Famílias com mosquiteiros (ou MTI): percentagem de famílias possuindo um ou mais mosquiteiros, tratados ou não (ou um ou mais MTI). As estimativas resultam de estudos sobre famílias representativos do país tais como MICS ou DHS.

■ Menores de 5 anos utilizando mosquiteiros (ou MTI): percentagem de menores de 5 anos tendo dormido na noite anterior ao inquérito sob um mosquiteiro (ou MTI). As estimativas resultam de estudos sobre famílias representativos do país tais como MICS ou DHS.

Tratamento antipalúdico

■ Menores de 5 anos recebendo qualquer antipalúdico: percentagem de crianças menores de 5 anos, com febre notificada nas duas semanas anteriores, tendo recebido qualquer antipalúdico para a febre. As estimativas resultam de estudos sobre famílias representativos do país tais como MICS ou DHS.

■ Menores de 5 anos recebendo cloroquina: percentagem de crianças menores de 5 anos, com febre notificada nas duas semanas anteriores, tendo recebido cloroquina para a febre. As estimativas resultam de estudos sobre famílias representativos do país tais como MICS ou DHS.

■ Menores de 5 anos recebendo qualquer antipalúdico em 24 horas: percentagem de crianças menores de 5 anos, com febre notificada nas duas semanas anteriores, tendo recebido qualquer antipalúdico para a febre nas 24 horas seguintes ao início dos sintomas. As estimativas resultam de estudos sobre famílias representativos do país tais como MICS ou DHS.

Consultas a serviços de saúde

■ Menores de 5 anos recebendo qualquer antipalúdico: percentagem de crianças menores de 5 anos, com febre notificada nas duas semanas anteriores, levadas a um serviço de saúde e tendo recebido qualquer antipalúdico para a febre. As estimativas resultam de estudos sobre famílias representativos do país tais como MICS ou DHS.

■ Menores de 5 anos recebendo cloroquina: percentagem de crianças menores de 5 anos, com febre notificada nas duas semanas anteriores, levadas a um serviço de saúde e tendo recebido cloroquina para a febre. As estimativas resultam de estudos sobre famílias representativos do país tais como MICS ou DHS.

Paludismo na gravidez

■ Mulheres grávidas recebendo cuidados pré-natais pelo menos uma vez: percentagem de mulheres tendo tido um nado-vivo nos 3 anos anteriores ao estudo que durante a gravidez receberam cuidados pré-natais prestados por um(a) assistente profissional. São considerados assistentes profissionais os médicos(as), enfermeiras(os) ou parteiras formadas; as parteiras tradicionais não são incluídas nesta análise. Para mulheres várias vezes grávidas durante os 3 anos anteriores, só se considera a gravidez mais recente (DHS; para MICS o intervalo em consideração é o último ano). As estimativas resultam de estudos sobre famílias representativos do país tais como MICS ou DHS.

■ Mulheres grávidas recebendo cuidados pré-natais pelo menos 2 vezes: percentagem de mulheres tendo tido um nado-vivo nos 3 anos anteriores ao estudo que notificaram pelo menos 2 consultas para cuidados pré-natais. Isto não indica o nível de capacidades do fornecedor de cuidados. Para mulheres várias vezes grávidas durante os 3 anos anteriores, só se considera a gravidez mais recente. As estimativas resultam de estudos sobre famílias representativos do país tais como MICS ou DHS.

■ Mulheres grávidas recebendo Tratamento Preventivo Intermitente (TPI) pelo menos uma/duas vezes: percentagem de mulheres grávidas na altura do estudo que utilizaram sulfadoxina-pirimetamina (SP) para prevenção do paludismo durante a gravidez. Os dados recolhidos para este indicador são, até agora, limitados pois o TPI só recentemente é que foi adoptado a nível nacional e internacional. As estimativas resultam de estudos sobre famílias representativos do país tais como MICS ou DHS.

■ Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros/MTI: percentagem de mulheres grávidas na altura do estudo que dormiram sob um mosquiteiro/MTI na noite anterior ao inquérito. As estimativas resultam de estudos sobre famílias representativos do país tais como MICS ou DHS.

Política sobre tratamento antipalúdico

Informação sobre a política actual e oficial em relação a tratamento antipalúdico. A data adoptada reflete a data de alteração recente em política sobre o tipo de medicamentos antipalúdicos utilizados para tratamento. Quando se dispõe de informações, fornecem-se os esquemas de tratamento para paludismo sem complicações (diferenciado como "provável" e confirmado parasitologicamente), fracassos do tratamento, paludismo grave, e prevenção durante a gravidez.

Impostos e taxas sobre mosquiteiros tratados com insecticida (MTI)

A informação sobre taxas de importação e Imposto de Valor Acrescentado (IVA) sobre MTI baseia-se nas informações actualmente disponíveis. Só há dados de países onde houve uma alteração de política. A data reflete o último ano de actualização conhecida ou de informação disponível. Se a alteração ocorreu antes da Cimeira de Abuja de Abril de 2001, a data é especificada como "antes de Abuja".

Posição proporcional para indicadores escolhidos

Informação sobre indicadores escolhidos expressa como posição proporcional do país entre todos os países da África a sul do Sara para o qual se dispõe actualmente de informação.

Referências

1. Demographic and Health Surveys (DHS). Calverton, MD, ORC Macro. http://www.measuredhs.com.

2. *End-decade multiple indicator cluster survey manual*. New York, United Nations Children's Fund, 2000 (available at http://www.childinfo.org/index2.htm).

3. *Population and health in developing countries. Vol. I. Population, health and survival at INDEPTH sites*. Ottawa, International Development Research Centre, 2002.

4. Snow RW et al. Estimating mortality, morbidity and disability due to malaria among Africa's non-pregnant population. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77(8):624–640.

5. Byass P et al. The role of demographic surveillance systems (DSS) in assessing the health of communities: an example from rural Ethiopia. *Public Health*, 2002, 116(3):145–150.

6. Adult Morbidity & Mortality Project - Phase 1 (AMMP-1). The policy implications of adult morbidity and mortality end of phase 1 report. 1997:

7. McCombie SC. Treatment seeking for malaria: a review of recent research. *Social Science and Medicine*, 1996, 43(6):933–945.

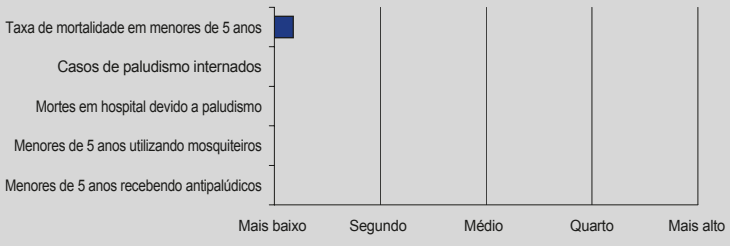
8. Snow RW et al. A preliminary continental risk map for malaria mortality among African children. *Parasitology Today*, 1999, 15:99-104.

9. Craig MH et al. A climate-based distribution model of malaria transmission in sub-Saharan Africa. *Parasitology Today,* 1999, 15:105–111.

África do Sul

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	43792
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	1,7
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	56
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	71
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	24,6
População a risco (%)	MARA[1]	20

Posição proporcional para indicadores escolhidos

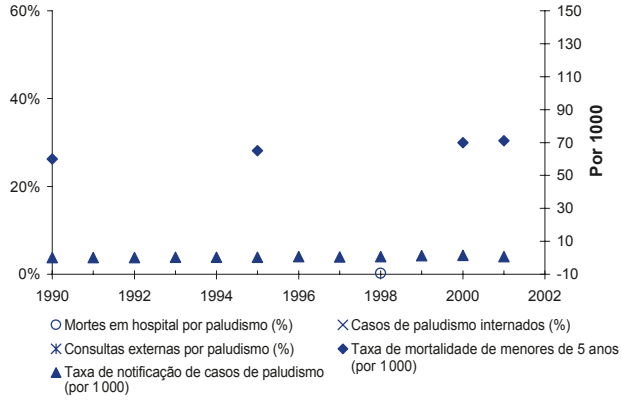


Morbilidade e mortalidade por paludismo	0% 20% 40% 60% 80% 100%	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo		MS	0.2			
Admissões de casos de paludismo						
Consultas de pacientes externos com paludismo						
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)		MS	1	1	1	1
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)						

Mosquiteiros e MTI	0% 20% 40% 60% 80% 100%	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros						
Menores de 5 anos usando mosquiteiros						
Famílias com MTI						
Menores de 5 anos usando MTI						

Tratamento antipalúdico	0% 20% 40% 60% 80% 100%	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico						
Menores de 5 anos tratados com cloroquina						
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h						
Consultando serviço de saúde						
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico						
Menores de 5 anos tratados com cloroquina						

Paludismo na gravidez	0% 20% 40% 60% 80% 100%	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez		DHS	94			
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes						
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez						
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes						
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros						
Mulheres grávidas utilizando MTI						



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	2000
Sem complicações	Provável	Coartem (Kwazulu Natal); SP
	Confirmada	Coartem (Kwazulu Natal); SP
Fracasso do tratamento		Quinina 3xdia/7 dias
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ+PG

Taxas e impostos em MTI	Data
Imposto de importação - mosquiteiros	
IVA – mosquiteiros	

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

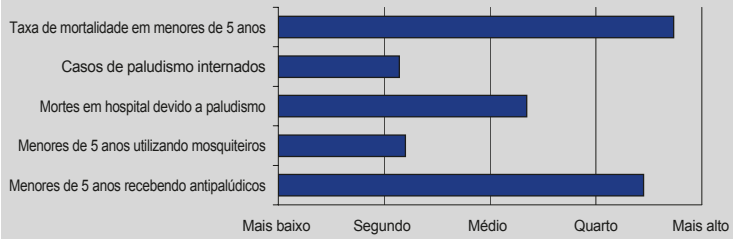
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Angola

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	13527
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	3,2
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	154
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	260
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	51,3
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	90 (8)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

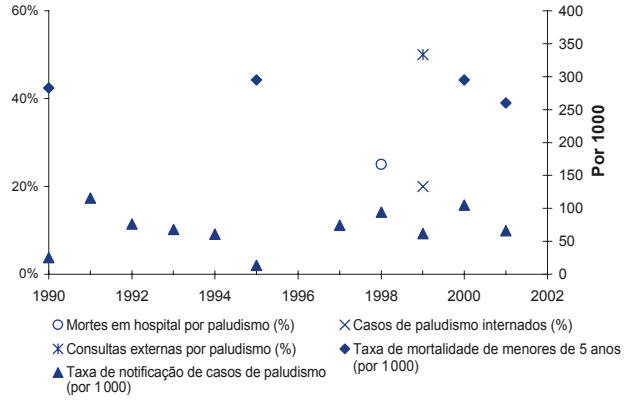


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS	25			
Admissões de casos de paludismo	MS		20		
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS		50		
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	94	62	105	66
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)					

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	MICS				10
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	MICS				2

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS				63
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS				57
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS				45
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS				40

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	MICS				66
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI	Data
Imposto de importação - mosquiteiros	
IVA – mosquiteiros	

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

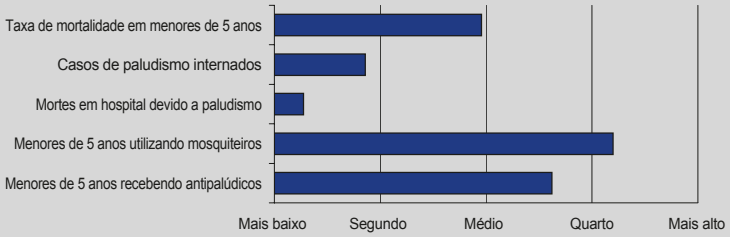
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Benim

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	6446
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	3,0
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	94
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	158
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	42,0
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	100 (0)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

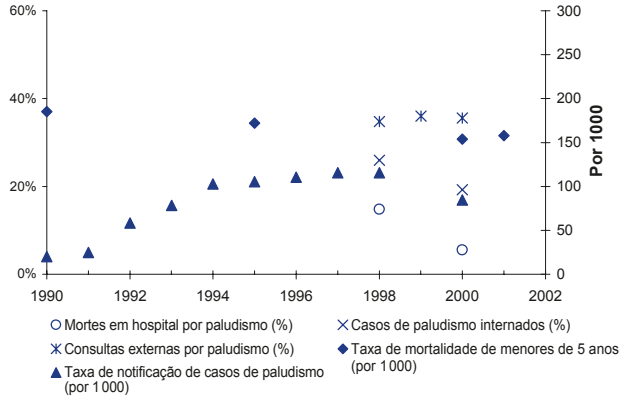


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS	15		6	
Admissões de casos de paludismo	MS	26		19	
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS	35	36	36	
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	115		85	
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)	MS			2	

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros	DHS			40	
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	DHS				32
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	DHS				7

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	DHS				60
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	DHS				59
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	DHS				88
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes	DHS				83
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI		Data
Imposto de importação - mosquiteiros	18%	2000
IVA – mosquiteiros	18%	2000

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

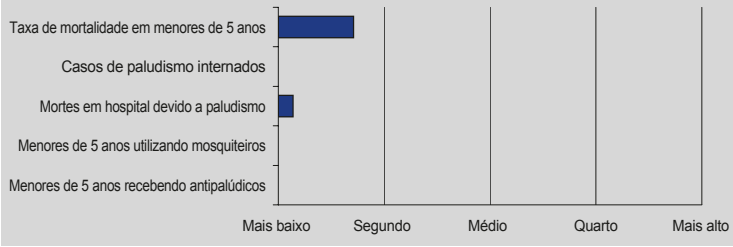
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Botsuana

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	1554
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,0
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	80
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	110
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	30,6
População a risco (%)	MARA[1]	32

Posição proporcional para indicadores escolhidos

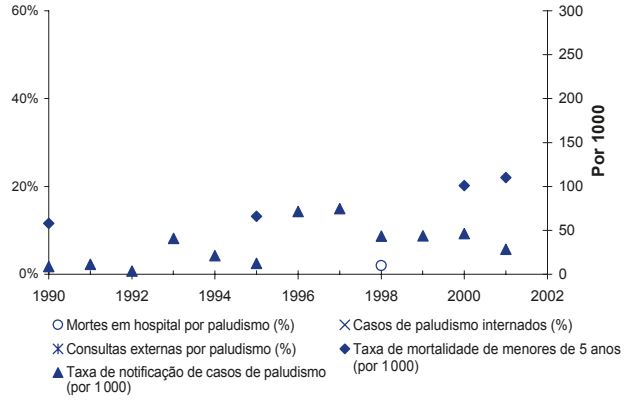


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS	2			
Admissões de casos de paludismo					
Consultas de pacientes externos com paludismo					
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	44	44	46	28
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)					

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros					
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI					

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros	MICS			97	
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	1997
Sem complicações	Provável	SP
	Confirmada	SP
Fracasso do tratamento		Quinina 3xdia/7 dias
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	SP - TPI

Taxas e impostos em MTI	Data
Imposto de importação - mosquiteiros	
IVA – mosquiteiros	

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

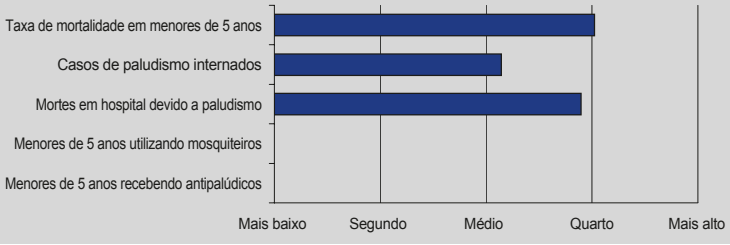
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Burkina Faso

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	11856
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,5
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	104
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	197
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	46,8
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	100 (0)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

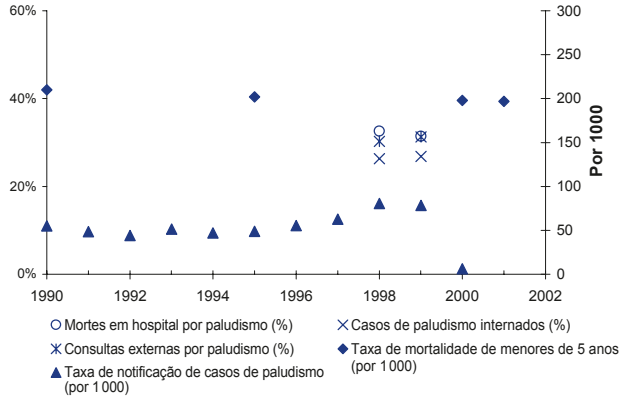


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS	33	31		
Admissões de casos de paludismo	MS	26	27		
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS	30	31		
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	81	78	6	
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)	MS	3	3		

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros					
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI					

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	DHS	63			
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes	DHS	56			
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI		Data
Imposto de importação - mosquiteiros	18%	2000
IVA – mosquiteiros	18%	2000

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

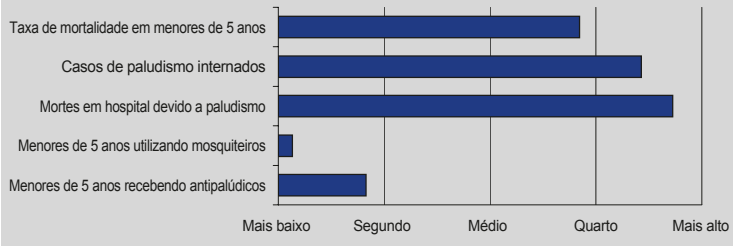
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Burundi

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	6502
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	1,2
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	114
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	190
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	43,5
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	68 (17)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

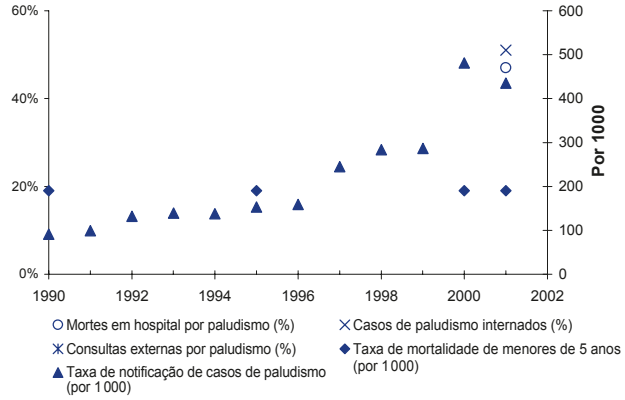


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS				47
Admissões de casos de paludismo	MS				51
Consultas de pacientes externos com paludismo					
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	283	287	481	435
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)					

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	MICS			3	
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	MICS			1	

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			31	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			23	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			25	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			19	

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	MICS			78	
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	2002
Sem complicações	Provável	SP (AS+AQ)
	Confirmada	SP (AS+AQ)
Fracasso do tratamento		Quinina 3xdia/7 dias
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	SP - TPI

Taxas e impostos em MTI		Data
Imposto de importação - mosquiteiros	21%	2002
IVA – mosquiteiros	21%	2002

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

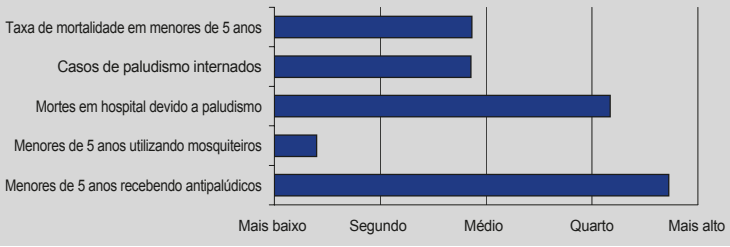
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Camarões

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	15203
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,4
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	96
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	155
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	36,3
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	94 (4)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

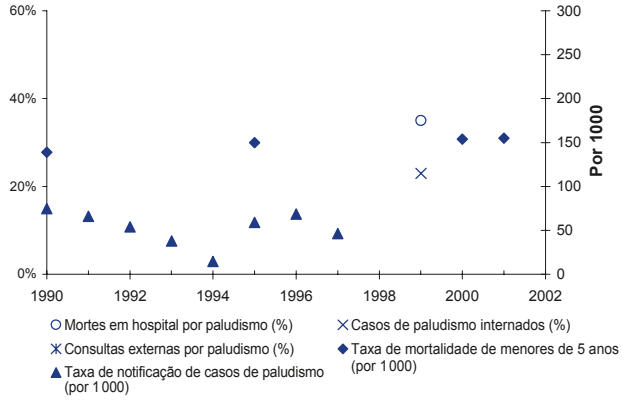


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS		35		
Admissões de casos de paludismo	MS		23		
Consultas de pacientes externos com paludismo					
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)					
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)					

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	MICS			11	
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	MICS			1	

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			66	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			48	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			24	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			14	

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	MICS			75	
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	AQ
	Confirmada	AQ
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI		Data
Imposto de importação - mosquiteiros	21%	2000
IVA – mosquiteiros	21%	2000

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

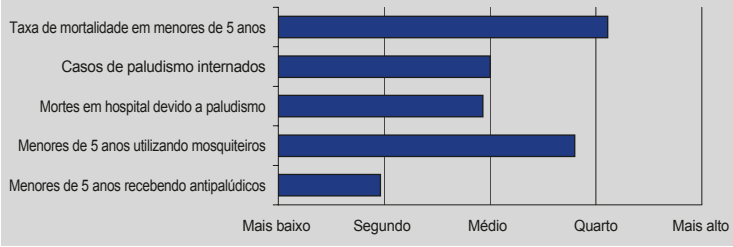
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Chade

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	8135
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	3,1
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	117
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	200
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	48,5
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	96 (4)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

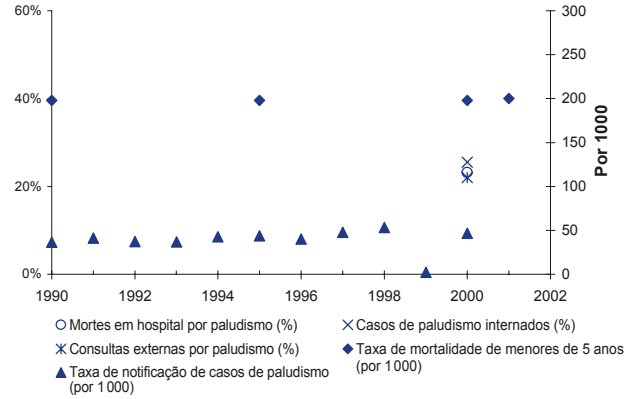


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS			23	
Admissões de casos de paludismo	MS			26	
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS			22	
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	53	2	47	
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)					

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	MICS			27	
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	MICS			1	

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			32	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			31	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			12	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			12	

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	MICS			42	
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI	Data
Imposto de importação - mosquiteiros	
IVA – mosquiteiros	

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

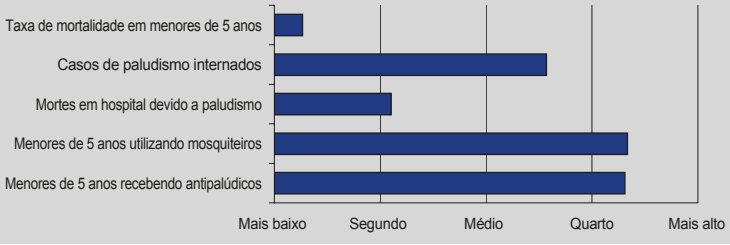
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Comores

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	727
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	3,0
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	59
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	79
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	37,7
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	

Posição proporcional para indicadores escolhidos

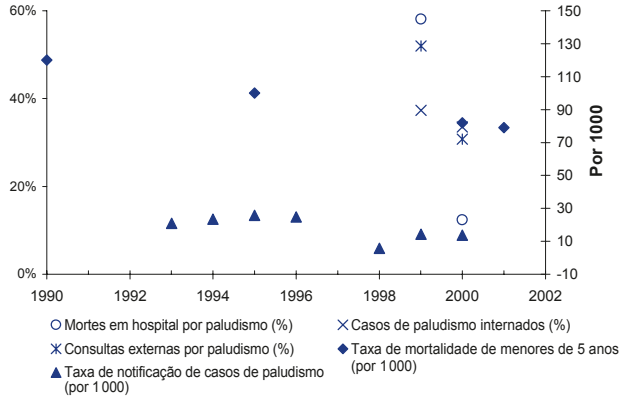


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS		58	12	
Admissões de casos de paludismo	MS		37	34	
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS		52	31	
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	6	14	14	
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)	MS	2	3	6	

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	MICS			36	
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	MICS			9	

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			63	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			62	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			41	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			40	

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	MICS			74	
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI	Data
Imposto de importação - mosquiteiros	
IVA – mosquiteiros	

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

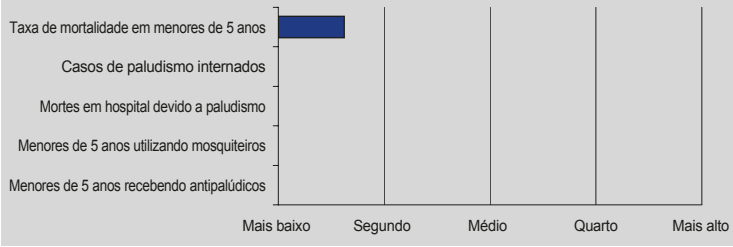
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Congo

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	3110
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	3,1
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	81
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	108
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	44,2
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	100 (0)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

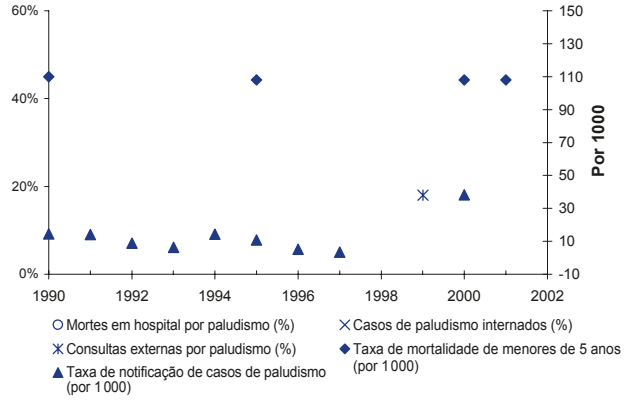


Morbilidade e mortalidade por paludismo	0% 20% 40% 60% 80% 100%	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo						
Admissões de casos de paludismo						
Consultas de pacientes externos com paludismo		MS		18		
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)		MS			38	
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)		MS			21	

Mosquiteiros e MTI	0% 20% 40% 60% 80% 100%	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros						
Menores de 5 anos usando mosquiteiros						
Famílias com MTI						
Menores de 5 anos usando MTI						

Tratamento antipalúdico	0% 20% 40% 60% 80% 100%	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico						
Menores de 5 anos tratados com cloroquina						
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h						
Consultando serviço de saúde						
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico						
Menores de 5 anos tratados com cloroquina						

Paludismo na gravidez	0% 20% 40% 60% 80% 100%	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez						
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes						
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez						
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes						
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros						
Mulheres grávidas utilizando MTI						



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI	Data
Imposto de importação - mosquiteiros	
IVA – mosquiteiros	

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

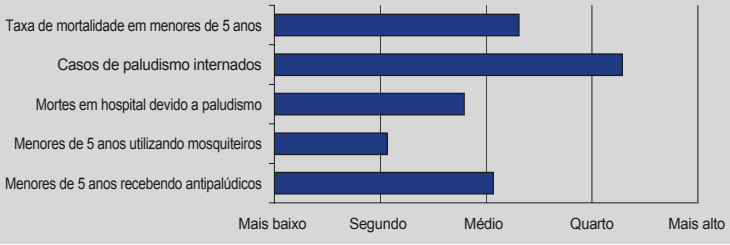
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Costa do Marfim

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	16349
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,3
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	102
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	175
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	35,3
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	100 (0)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

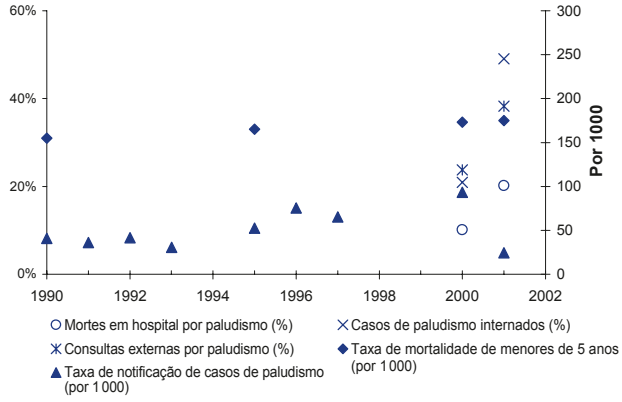


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS			10	20
Admissões de casos de paludismo	MS			21	49
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS			24	38
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS			93	24
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)	MS			28	2

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	MICS			10	
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	MICS			1	

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			58	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			56	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			27	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			26	

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	MICS	84		88	
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes	DHS	73			
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico		
	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI		Data
Imposto de importação - mosquiteiros	21%	2001
IVA – mosquiteiros	0%	2001

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

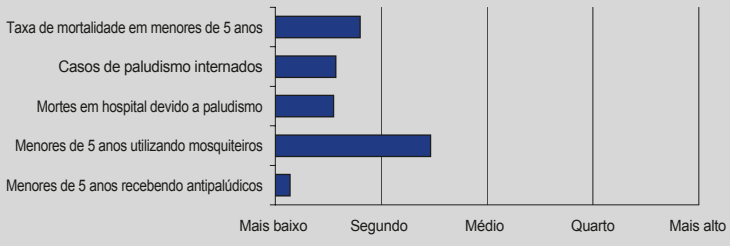
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Eritreia

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	3816
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,0
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	72
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	111
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	38,5
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	92 (7)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

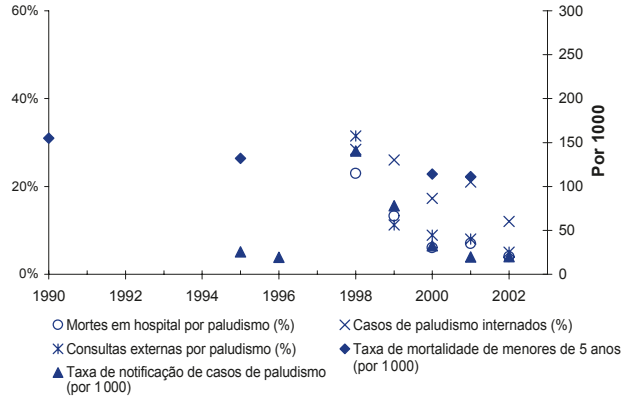


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1999	2000	2001	2002
Mortes em hospital devido a paludismo	MS	13	6	7	4
Admissões de casos de paludismo	MS	26	17	21	12
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS	11	9	8	5
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	40	33	34	20
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)	MS	4	2	3	2

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1999	2000	2001	2002
Famílias com mosquiteiros	DHS[2]				34
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	DHS[2]			12	
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	DHS[2]				4

Tratamento antipalúdico	Fonte	1999	2000	2001	2002
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	DHS[2]				4
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					

Paludismo na gravidez	Fonte	1999	2000	2001	2002
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	DHS[2]				70
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros	DHS[2]				7
Mulheres grávidas utilizando MTI	DHS[2]				3



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	2002
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg + SP
	Confirmada	CQ 25 mg/kg + SP
Fracasso do tratamento		Quinina 3xdia/7 dias
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ+Proguanil por semana

Taxas e impostos em MTI	Data
Imposto de importação - mosquiteiros	
IVA – mosquiteiros	

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

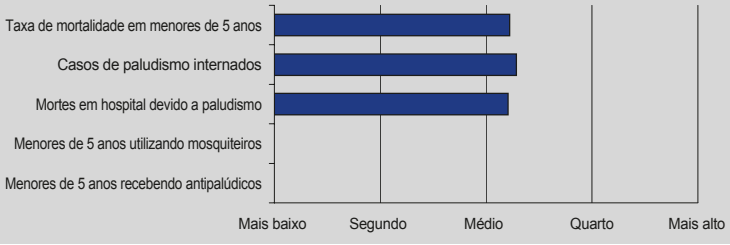
[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

[2] Resultados preliminares do DHS (Estudos Demográficos de Saúde)

Etiópia

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	64459
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,8
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	116
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	172
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	43,8
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	40 (24)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

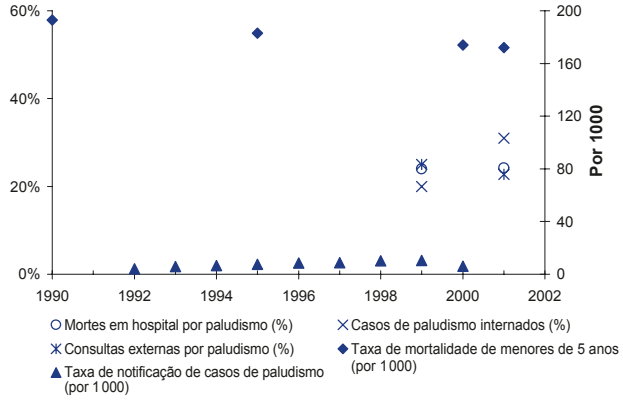


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS		24		24
Admissões de casos de paludismo	MS		20		31
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS		25		23
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	10	11	6	
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)					

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros	DHS			1	
Menores de 5 anos usando mosquiteiros					
Famílias com MTI	DHS			0	
Menores de 5 anos usando MTI					

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	DHS			3	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	DHS			2	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	DHS			26	
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes	DHS			21	
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	1998
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg + SP
	Confirmada	CQ 25 mg/kg + SP
Fracasso do tratamento		Quinina 3xdia/7 dias
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	

Taxas e impostos em MTI	Data
Imposto de importação - mosquiteiros	
IVA – mosquiteiros	

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

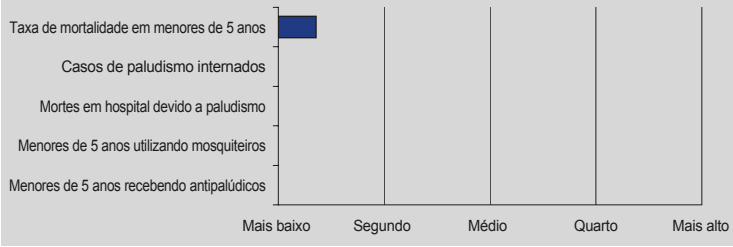
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Gabão

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	1262
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,7
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	60
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	90
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	97 (0)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

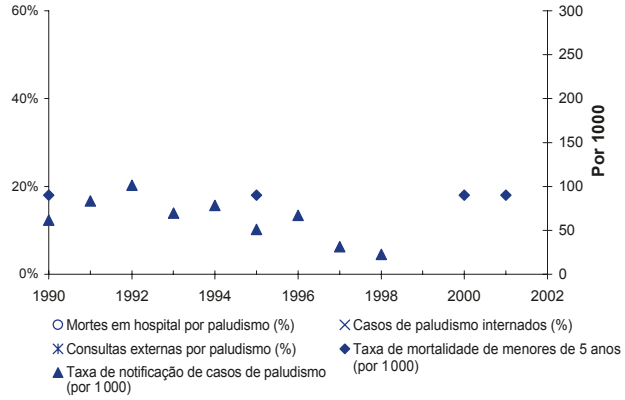


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo					
Admissões de casos de paludismo					
Consultas de pacientes externos com paludismo					
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	23			
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)					

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros					
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI					

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	DHS			81	
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes	DHS			78	
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI	Data
Imposto de importação - mosquiteiros	
IVA – mosquiteiros	

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

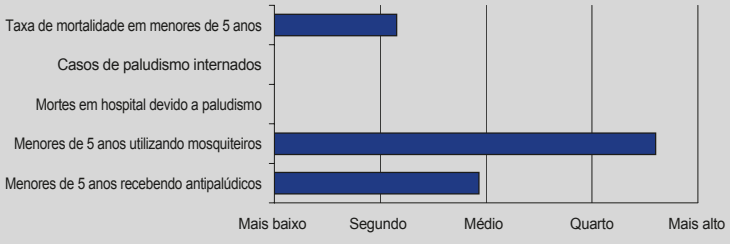
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Gâmbia

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	1337
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	3,3
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	91
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	126
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	37,2
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	100 (0)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

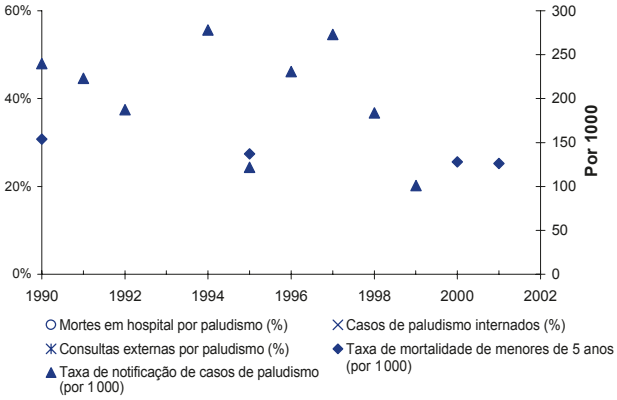


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo					
Admissões de casos de paludismo					
Consultas de pacientes externos com paludismo					
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	184	101		
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)					

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	MICS			42	
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	MICS			15	

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			55	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			55	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			48	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			48	

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	MICS			91	
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI	Data
Imposto de importação - mosquiteiros	
IVA – mosquiteiros	

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

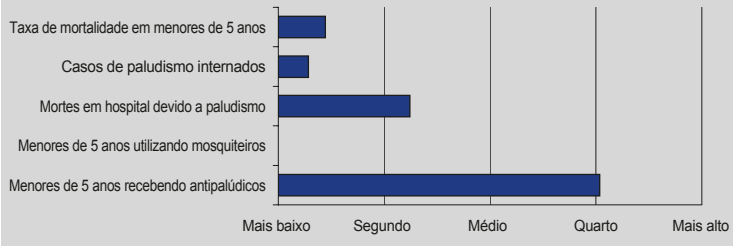
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Gana

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	19734
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,4
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	57
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	100
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	32,6
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	100 (0)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

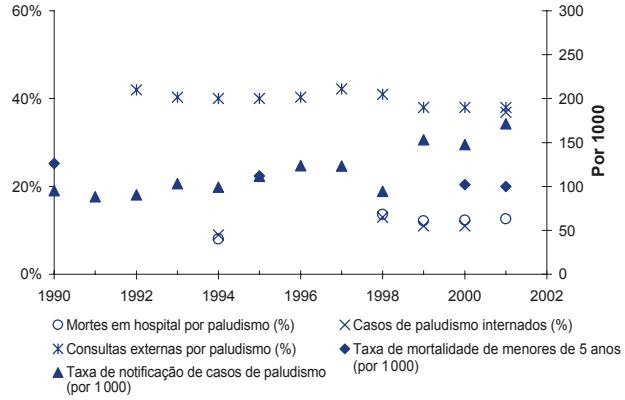


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS	14	12	12	13
Admissões de casos de paludismo	MS	13	11	11	37
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS	41	38	38	38
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	94	153	148	171
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)	MS	3	4	6	4

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros					
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI					

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	DHS	61			
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	DHS	89			
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes	DHS	83			
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI		Data
Imposto de importação - mosquiteiros	13%	2001
IVA – mosquiteiros		

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

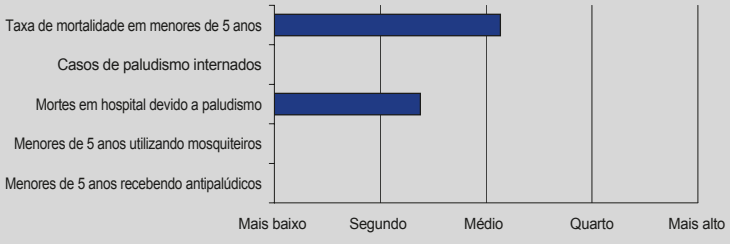
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

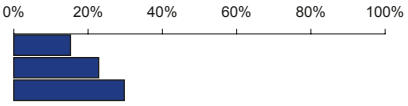
Guiné

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	8274
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,7
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	109
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	169
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	43,4
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	100 (<1)

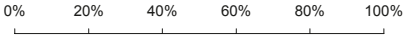
Posição proporcional para indicadores escolhidos



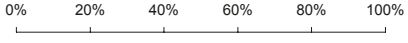
Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS	1	1	26	15
Admissões de casos de paludismo	MS	23	23	23	
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS	27	27	33	30
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	104	65	109	
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)	MS			2	



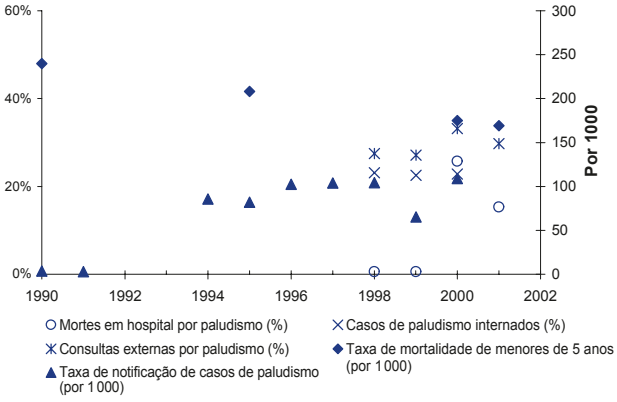
Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros					
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI					



Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					



Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	DHS	74			
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes	DHS	69			
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI		Data
Imposto de importação - mosquiteiros	21%	2000
IVA – mosquiteiros	21%	2000

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

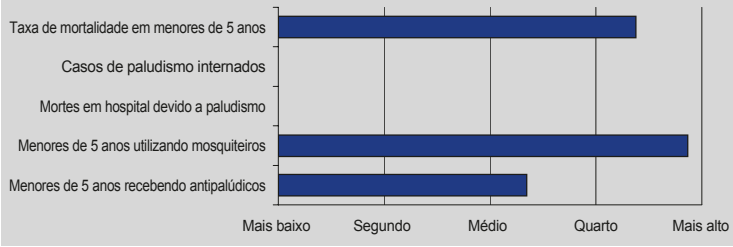
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Guiné-Bissau

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	1227
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,4
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	130
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	211
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	44,6
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	100 (0)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

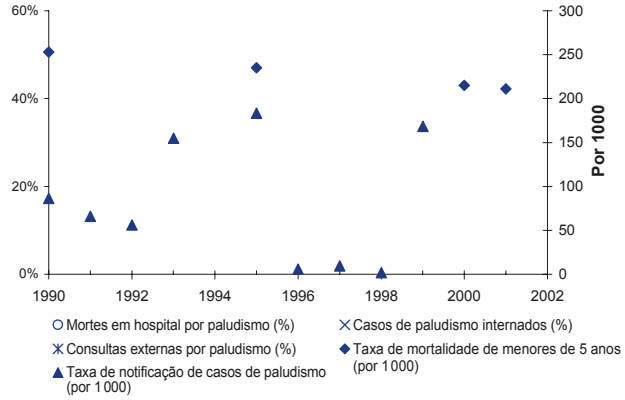


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo					
Admissões de casos de paludismo					
Consultas de pacientes externos com paludismo					
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	2	168		
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)					

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	MICS			67	
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	MICS			7	

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			58	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			58	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			48	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			48	

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	MICS			62	
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI	Data
Imposto de importação - mosquiteiros	
IVA – mosquiteiros	

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

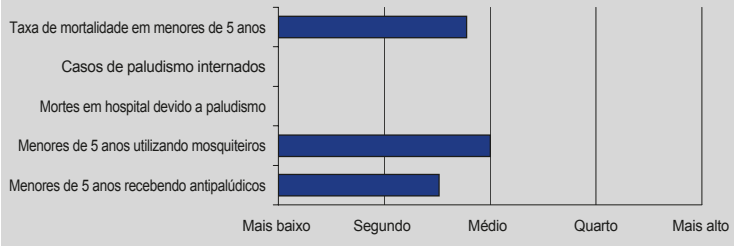
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Guiné Equatorial

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	470
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,7
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	101
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	153
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	43,2
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	98 (1)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

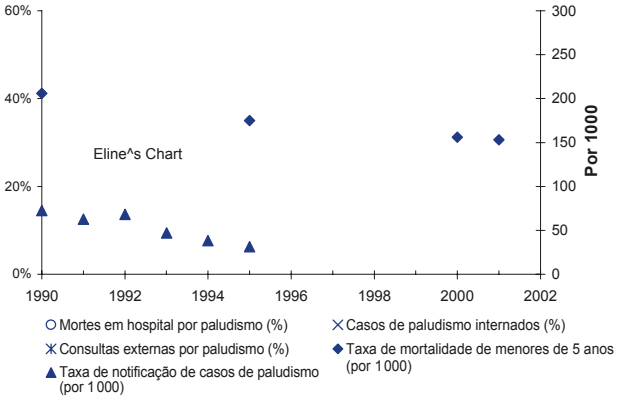


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo					
Admissões de casos de paludismo					
Consultas de pacientes externos com paludismo					
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)					
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)					

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	MICS			15	
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	MICS			1	

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			49	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			41	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			28	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			22	

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI	Data
Imposto de importação - mosquiteiros	
IVA – mosquiteiros	

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

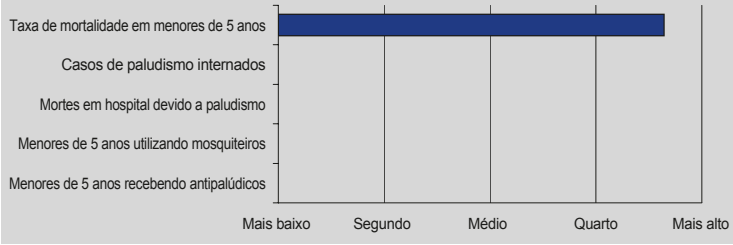
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Libéria

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	3108
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	4,0
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	157
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	235
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	55,5
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	100 (0)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

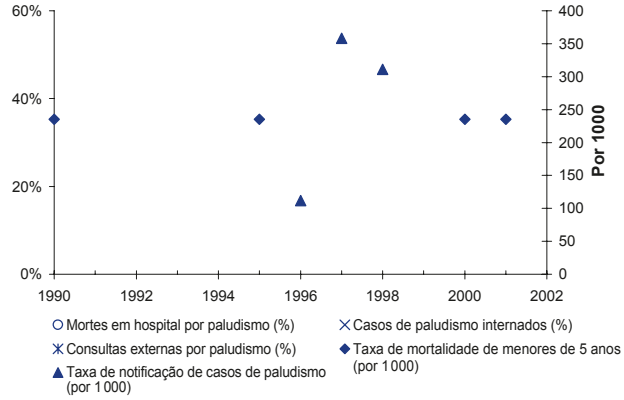


Morbilidade e mortalidade por paludismo	0% 20% 40% 60% 80% 100%	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo						
Admissões de casos de paludismo						
Consultas de pacientes externos com paludismo						
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)		MS	311			
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)						

Mosquiteiros e MTI	0% 20% 40% 60% 80% 100%	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros						
Menores de 5 anos usando mosquiteiros						
Famílias com MTI						
Menores de 5 anos usando MTI						

Tratamento antipalúdico	0% 20% 40% 60% 80% 100%	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico						
Menores de 5 anos tratados com cloroquina						
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h						
Consultando serviço de saúde						
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico						
Menores de 5 anos tratados com cloroquina						

Paludismo na gravidez	0% 20% 40% 60% 80% 100%	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez						
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes						
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez						
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes						
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros						
Mulheres grávidas utilizando MTI						



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI	Data
Imposto de importação - mosquiteiros	
IVA – mosquiteiros	

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

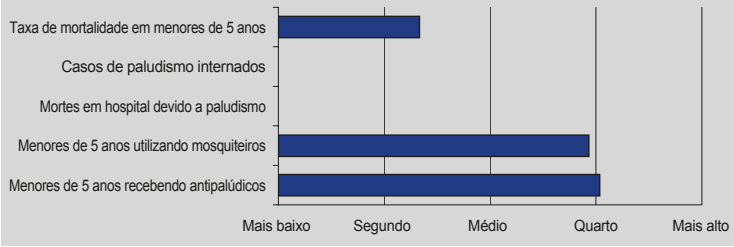
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Madagáscar

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	16437
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,9
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	84
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	136
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	41,5
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	89 (7)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

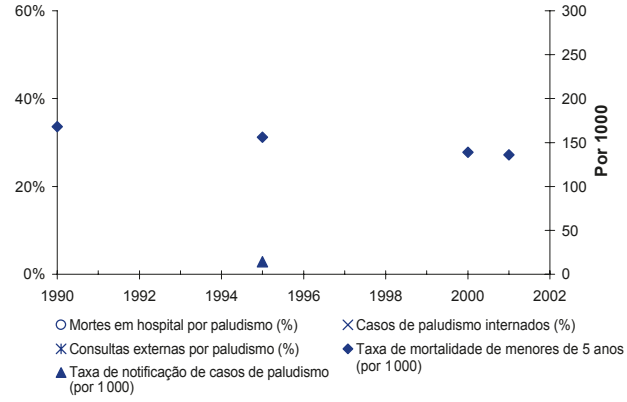


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo					
Admissões de casos de paludismo					
Consultas de pacientes externos com paludismo					
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)					
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)					

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	MICS			30	
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	MICS			0	

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			61	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			30	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			28	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			14	

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	MICS			71	
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI	Data
Imposto de importação - mosquiteiros	
IVA – mosquiteiros	

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

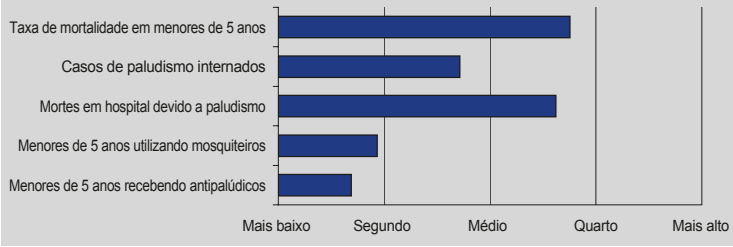
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Malaui

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	11572
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	1,8
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	114
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	183
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	44,9
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	97 (3)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

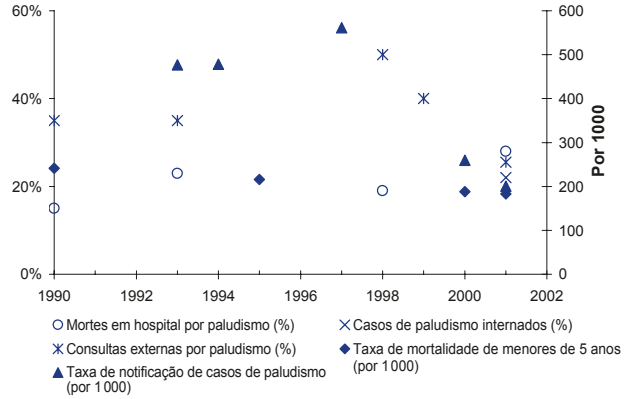


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS	19			28
Admissões de casos de paludismo	MS				22
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS	50	40		26
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS			259	201
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)	MS			3	

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros	DHS			13	
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	DHS			8	
Famílias com MTI	DHS			5	
Menores de 5 anos usando MTI	DHS			3	

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	DHS			27	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	DHS			1	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h	DHS			22	
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	DHS			92	
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes	DHS			90	
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez	DHS			68	
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes	DHS			29	
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros	DHS			7	
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	1993
Sem complicações	Provável	SP
	Confirmada	SP
Fracasso do tratamento		Quinina 3xdia/7 dias
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	SP - IPT

Taxas e impostos em MTI		Data
Imposto de importação - mosquiteiros	20%	2001
IVA – mosquiteiros	20%	2001

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

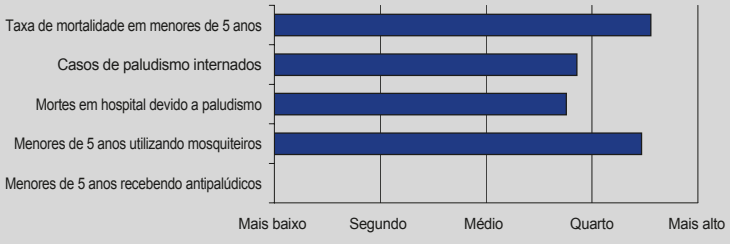
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Mali

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	11677
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,6
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	141
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	231
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	49,6
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	99 (1)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

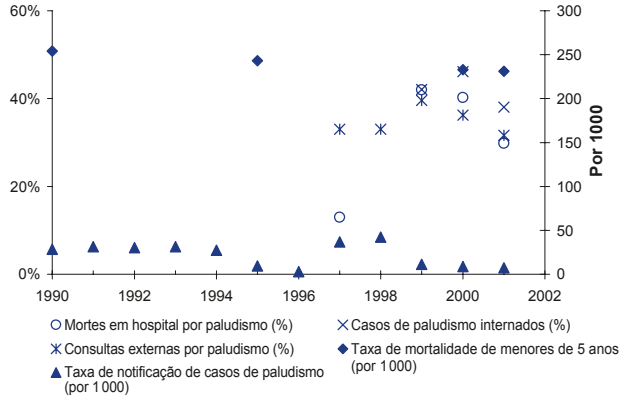


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS		42	40	30
Admissões de casos de paludismo	MS		42	46	38
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS	33	40	36	32
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	42	11	9	7
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)	MS		2	2	1

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros	DHS			54	
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	DHS			37	
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI					

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	DHS			38	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	DHS				57
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes	DHS				47
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI		Data
Imposto de importação - mosquiteiros	18%	2000
IVA – mosquiteiros	18%	2000

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

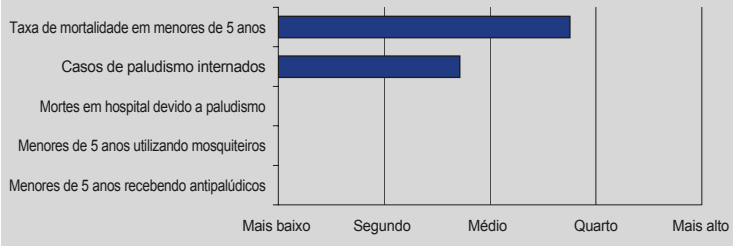
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Mauritânia

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	2747
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	3,0
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	120
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	183
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	43,7
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	65 (35)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

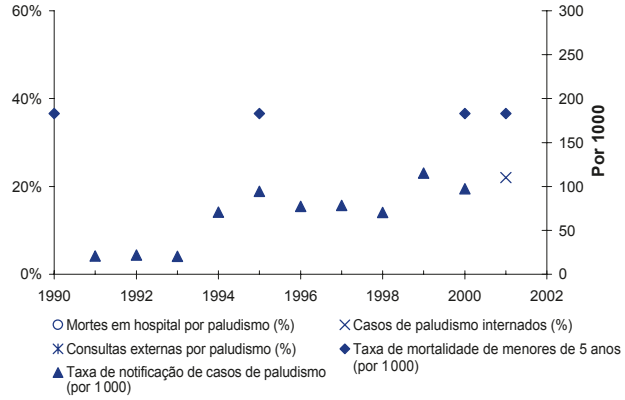


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo					
Admissões de casos de paludismo	MS				22
Consultas de pacientes externos com paludismo					
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	70	115	97	
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)	MS			7	4

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros					
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI					

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	DHS			21	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	DHS				56
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes	DHS				49
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI		Data
Imposto de importação - mosquiteiros	18%	2000
IVA – mosquiteiros	18%	2000

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

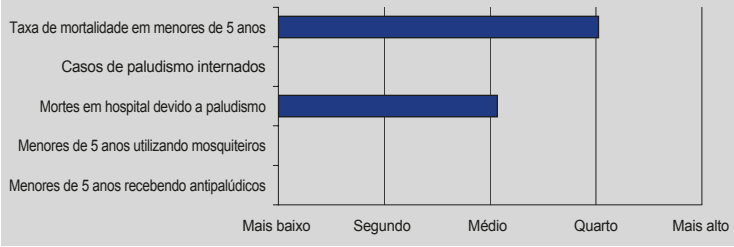
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Moçambique

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	18644
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,9
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	125
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	197
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	41,7
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	100 (<1)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

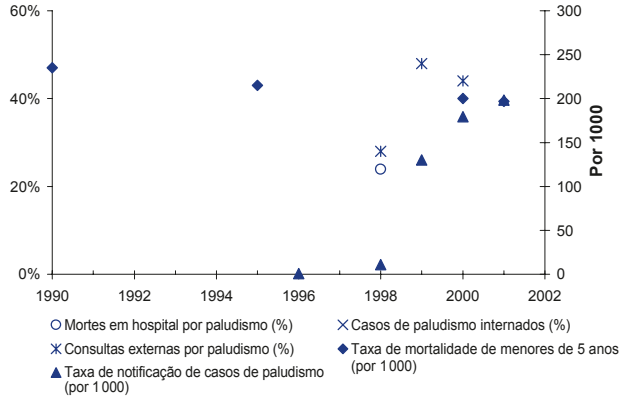


Morbilidade e mortalidade por paludismo	0% 20% 40% 60% 80% 100%	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo		MS	24			
Admissões de casos de paludismo						
Consultas de pacientes externos com paludismo		MS	28	48	44	
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)		MS	11	130	179	198
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)						

Mosquiteiros e MTI	0% 20% 40% 60% 80% 100%	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros						
Menores de 5 anos usando mosquiteiros						
Famílias com MTI						
Menores de 5 anos usando MTI						

Tratamento antipalúdico	0% 20% 40% 60% 80% 100%	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico						
Menores de 5 anos tratados com cloroquina						
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h						
Consultando serviço de saúde						
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico						
Menores de 5 anos tratados com cloroquina						

Paludismo na gravidez	0% 20% 40% 60% 80% 100%	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez						
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes						
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez						
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes						
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros						
Mulheres grávidas utilizando MTI						



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	2002
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI	Data
Imposto de importação - mosquiteiros	
IVA – mosquiteiros	

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

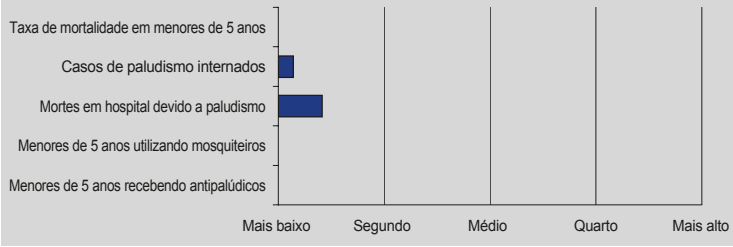
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Namíbia

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	1788
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,3
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	55
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	67
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	34,5
População a risco (%)	MARA[1]	41

Posição proporcional para indicadores escolhidos

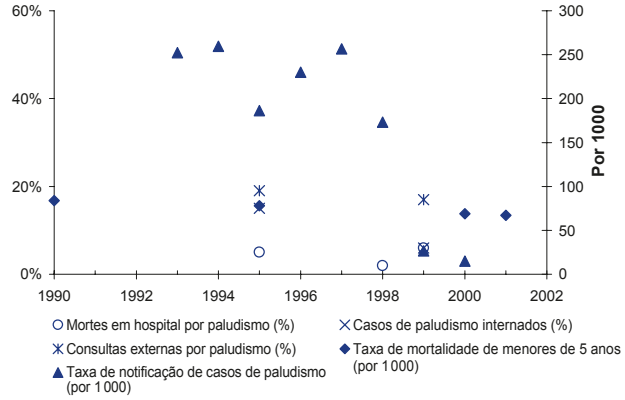


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS	2	6		
Admissões de casos de paludismo	MS		6		
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS		17		
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	173	27	15	
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)					

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros					
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI					

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI	Data
Imposto de importação - mosquiteiros	
IVA – mosquiteiros	

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

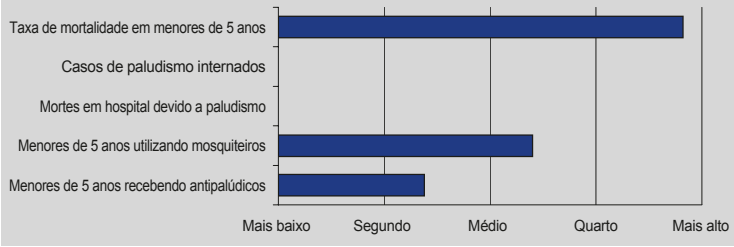
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Níger

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	11227
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	3,5
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	156
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	265
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	55,2
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	97 (3)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

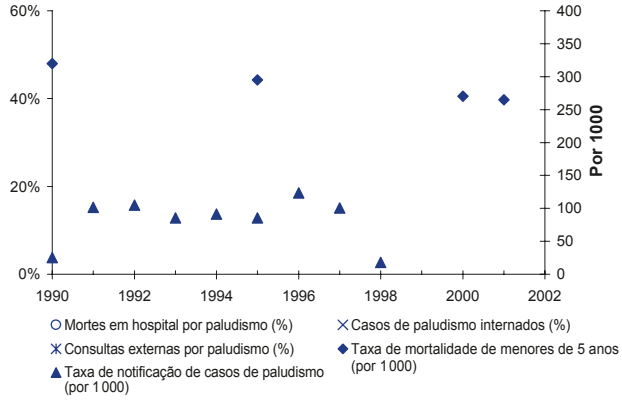


Morbilidade e mortalidade por paludismo	0% 20% 40% 60% 80% 100%	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo						
Admissões de casos de paludismo						
Consultas de pacientes externos com paludismo						
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)		MS	18			
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)						

Mosquiteiros e MTI	0% 20% 40% 60% 80% 100%	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros						
Menores de 5 anos usando mosquiteiros		MICS			17	
Famílias com MTI						
Menores de 5 anos usando MTI		MICS			1	

Tratamento antipalúdico	0% 20% 40% 60% 80% 100%	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico		MICS			48	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina		MICS			48	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h						
Consultando serviço de saúde						
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico		MICS			14	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina		MICS			14	

Paludismo na gravidez	0% 20% 40% 60% 80% 100%	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez		MICS			41	
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes						
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez						
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes						
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros						
Mulheres grávidas utilizando MTI						



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI		Data
Imposto de importação - mosquiteiros	18%	2000
IVA – mosquiteiros	18%	2000

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

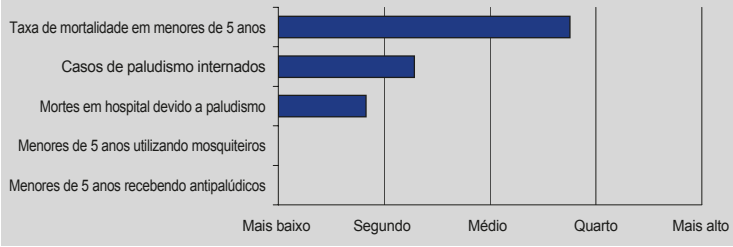
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Nigéria

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	116929
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,8
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	110
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	183
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	39,5
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	100 (0)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

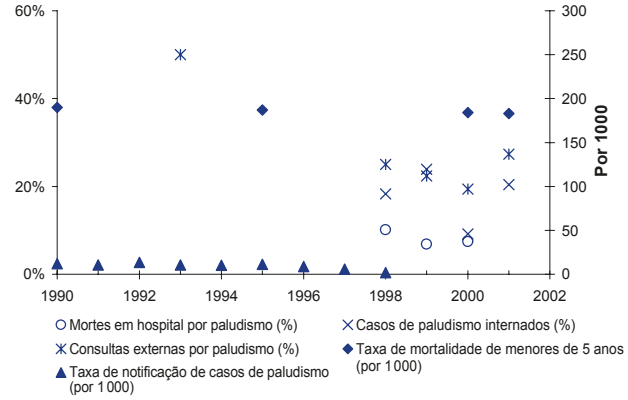


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS	10	7	7	
Admissões de casos de paludismo	MS	18	24	9	20
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS	25	22	19	27
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	2			
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)					

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros					
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI					

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	DHS	64			
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes	DHS	35			
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI		Data
Imposto de importação - mosquiteiros	5%	2001
IVA – mosquiteiros	5%	2001

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

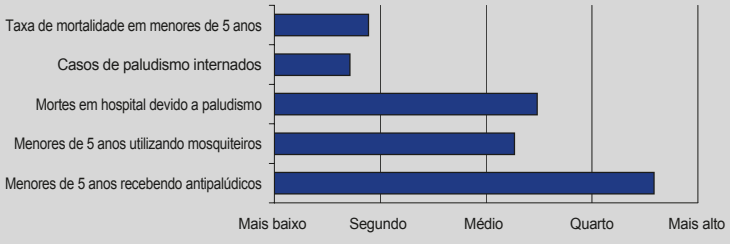
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

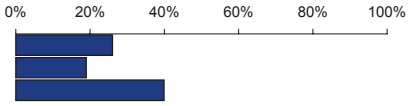
[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Quénia

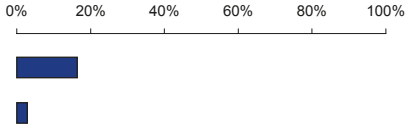
Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	31293
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,5
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	78
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	122
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	34,1
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	53 (24)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

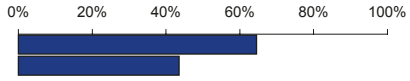




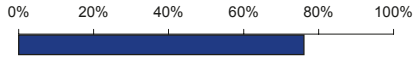
Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS		26		
Admissões de casos de paludismo	MS		19		
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS		40		
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS		10	5	
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)	MS			1	



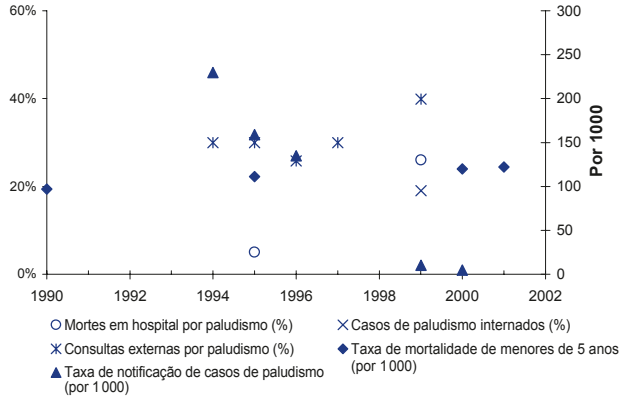
Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	MICS			16	
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	MICS			3	



Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			65	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			44	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			42	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			25	



Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	MICS			76	
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	1998
Sem complicações	Provável	SP
	Confirmada	SP
Fracasso do tratamento		AQ
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	SP - TPI

Taxas e impostos em MTI		Data
Imposto de importação - mosquiteiros	18%	2001
IVA – mosquiteiros		

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

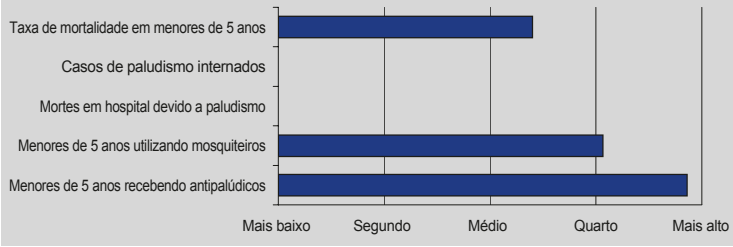
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

República Centro Africana

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	3782
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,3
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	115
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	180
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	37,5
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	100 (0)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

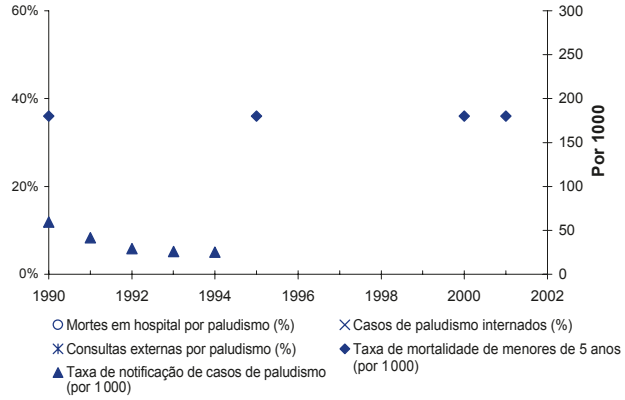


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo					
Admissões de casos de paludismo					
Consultas de pacientes externos com paludismo					
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)					
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)					

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	MICS			31	
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	MICS			2	

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			69	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			66	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			26	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			22	

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI		Data
Imposto de importação - mosquiteiros	21%	2000
IVA – mosquiteiros	21%	2000

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

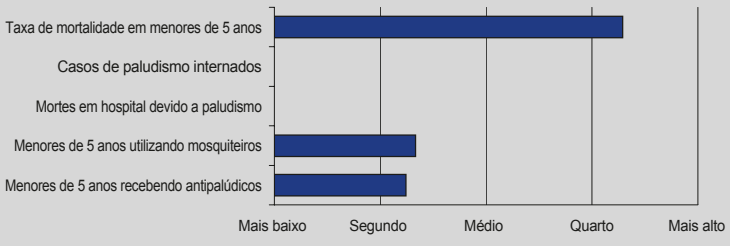
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

República Democrática do Congo

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	52522
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	3,2
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	129
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	205
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	48
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	92 (3)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

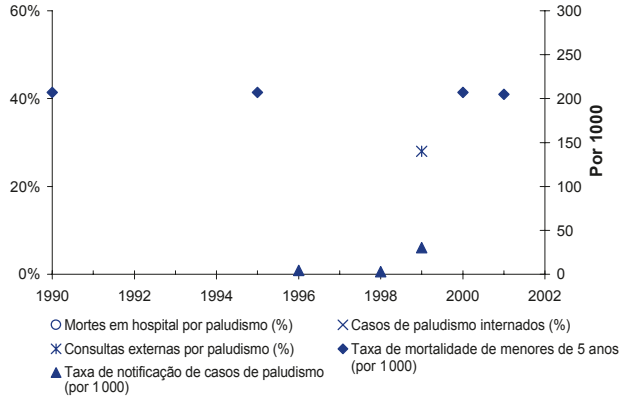


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo					
Admissões de casos de paludismo					
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS		28		
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	3	30		
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)	MS			14	

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	MICS			12	
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	MICS			1	

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			45	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			45	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			24	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			18	

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	MICS			68	
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	SP
	Confirmada	SP
Fracasso do tratamento		Quinina 3xdia/7 dias
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	SP - TPI

Taxas e impostos em MTI	Data
Imposto de importação - mosquiteiros	
IVA – mosquiteiros	

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

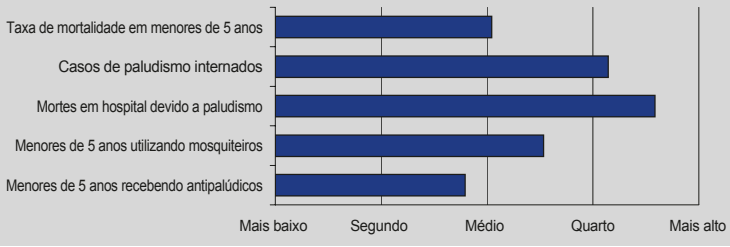
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

República Unida da Tanzânia

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	35965
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,9
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	104
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	165
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	37,9
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	93 (3)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

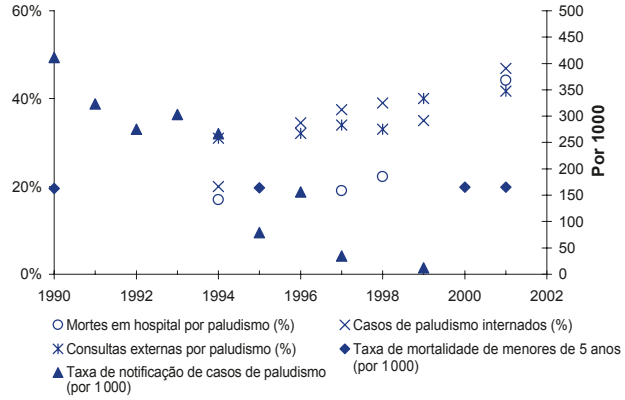


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS	22			44
Admissões de casos de paludismo	MS	39	35		47
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS	33	40		42
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	912	12		
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)					

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros	DHS		30		
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	DHS		21		
Famílias com MTI	DHS	1			
Menores de 5 anos usando MTI	DHS		2		

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	DHS		53		
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	DHS		53		
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	DHS	81			
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes	DHS	81			
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	1999
Sem complicações	Provável	SP
	Confirmada	SP
Fracasso do tratamento		AQ
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	SP - TPI

Taxas e impostos em MTI		Data
Imposto de importação - mosquiteiros	0%	Antes de Abuja
IVA – mosquiteiros	0%	Antes de Abuja

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

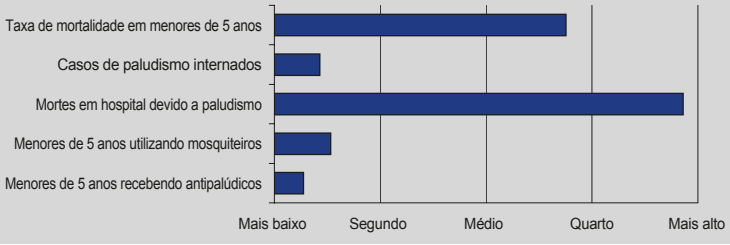
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

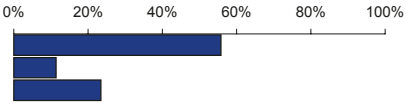
[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Ruanda

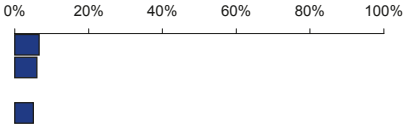
Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	7949
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,1
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	96
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	183
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	42,1
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	53 (14)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

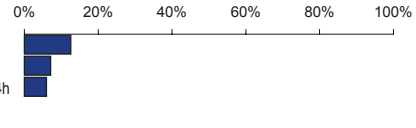




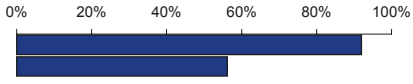
Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS	58	56	56	
Admissões de casos de paludismo	MS	21	15	11	
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS	34	25	23	
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	221	142	110	
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)	MS	8	4	3	



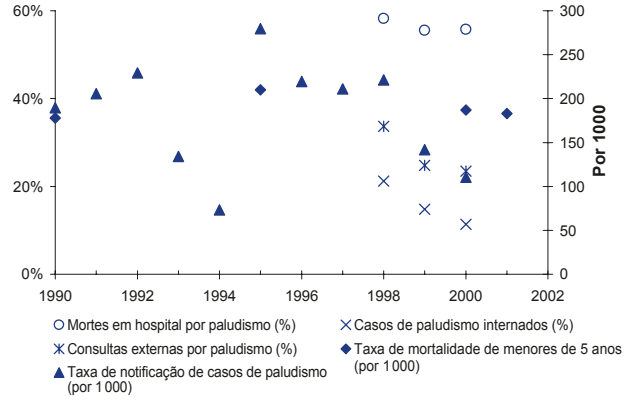
Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros	DHS			7	
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	MICS			6	
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	MICS			5	



Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			13	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			7	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h	DHS			6	
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			8	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			4	



Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	DHS			92	
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes	DHS			56	
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	2000
Sem complicações	Provável	AQ + SP
	Confirmada	AQ + SP
Fracasso do tratamento		Quinina 3xdia/7 dias
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI	Data
Imposto de importação - mosquiteiros	
IVA – mosquiteiros	

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

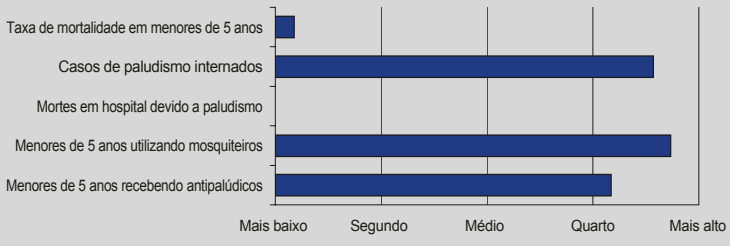
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

São Tomé e Príncipe

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	140
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	1,8
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	57
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	71
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	0 (0)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

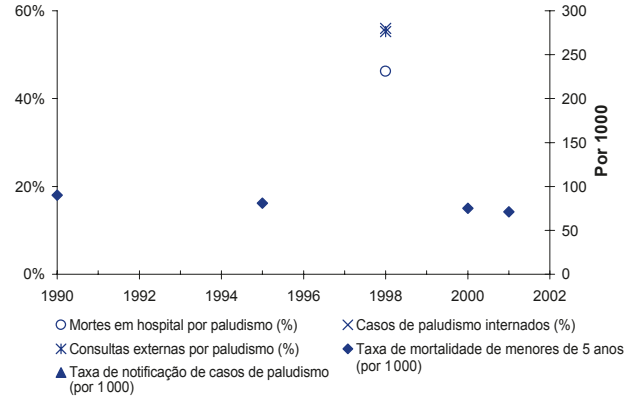


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS	46	70		
Admissões de casos de paludismo	MS	56			
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS	55			
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	330		314	
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)	MS	61			

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	MICS			43	
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	MICS			23	

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			61	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			61	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			58	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			46	

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	MICS			91	
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI	Data
Imposto de importação - mosquiteiros	
IVA – mosquiteiros	

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

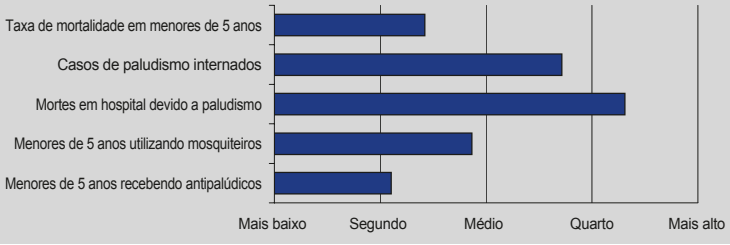
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Senegal

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	9662
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,5
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	79
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	138
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	37,6
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	100 (0)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

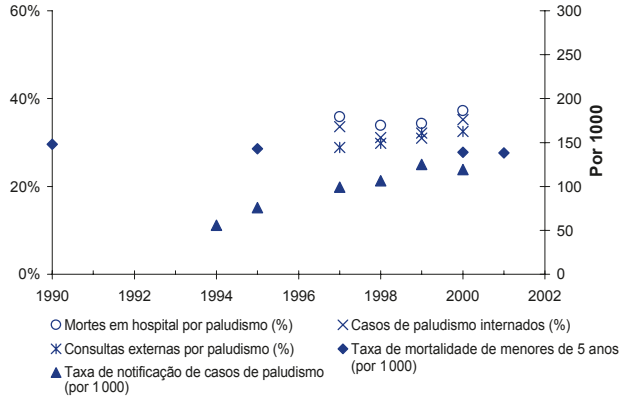


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS	34	34	37	
Admissões de casos de paludismo	MS	31	31	35	
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS	30	32	32	
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	106	125	119	
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)	MS	2	4	3	

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	MICS			15	
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	MICS			2	

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			36	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			36	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			23	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			20	

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	MICS			79	
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI		Data
Imposto de importação - mosquiteiros	21%	2000
IVA – mosquiteiros	21%	2000

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

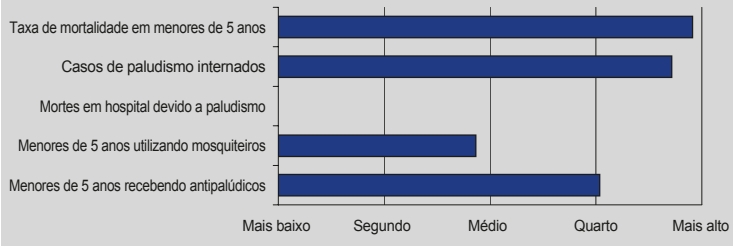
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Serra Leoa

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	4587
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	1,1
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	182
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	316
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	49,1
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	100 (0)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

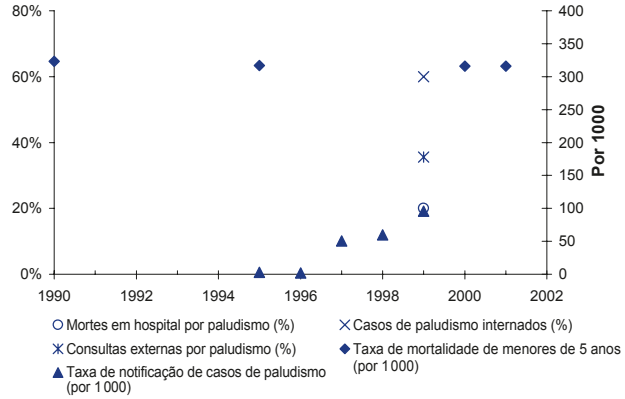


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS		20		
Admissões de casos de paludismo	MS		60		
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS		36		
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	60	96		
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)					

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	MICS			15	
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	MICS			2	

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			61	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			60	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			36	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			36	

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	MICS			68	
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI		Data
Imposto de importação - mosquiteiros	20%	2001
IVA – mosquiteiros	20%	2001

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

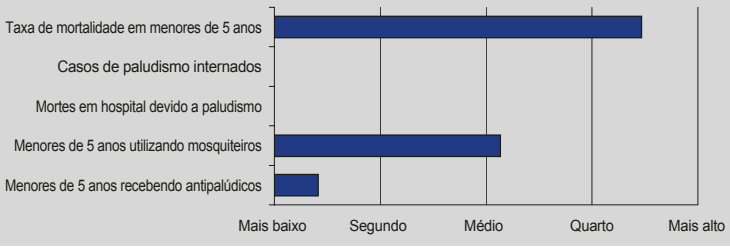
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Somália

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	9157
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,4
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	133
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	225
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	51,8
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	20 (79)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

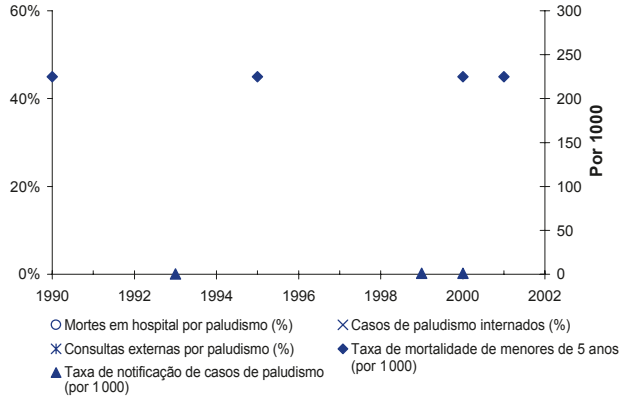


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo					
Admissões de casos de paludismo					
Consultas de pacientes externos com paludismo					
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS		1	1	
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)					

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	MICS		16		
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	MICS		0		

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS		19		
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS		19		
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	MICS	32			
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	
	Confirmada	
Fracasso do tratamento		
Paludismo grave		
Gravidez	Prevenção	

Taxas e impostos em MTI	Data
Imposto de importação - mosquiteiros	
IVA – mosquiteiros	

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

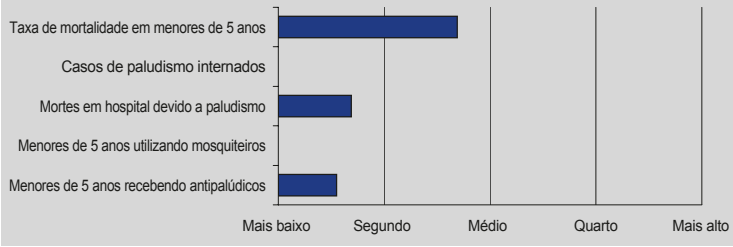
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Suazilândia

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	938
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	1,8
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	106
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	149
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	33,4
População a risco (%)	MARA[1]	77

Posição proporcional para indicadores escolhidos

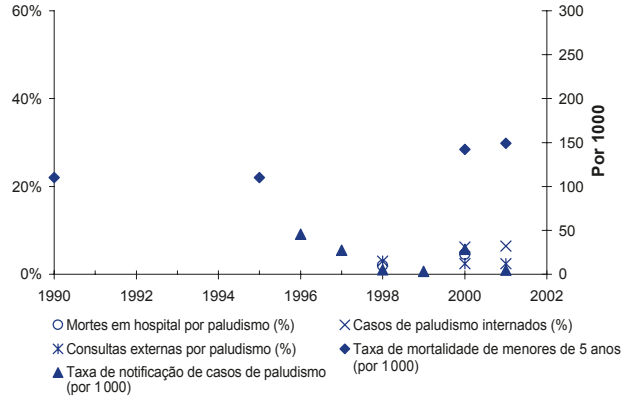


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS	2		5	
Admissões de casos de paludismo	MS			6	6
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS	3		2	2
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	5	3	28	5
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)					

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	MICS			0	
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	MICS			0	

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			26	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			22	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			12	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			9	

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	MICS			87	
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI	Data
Imposto de importação - mosquiteiros	
IVA – mosquiteiros	

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

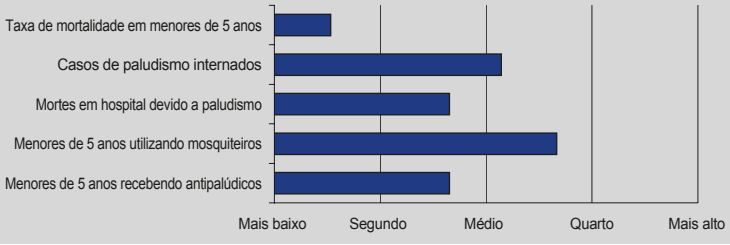
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Sudão

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	31809
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,3
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	65
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	107
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	33,6
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	74 (25)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

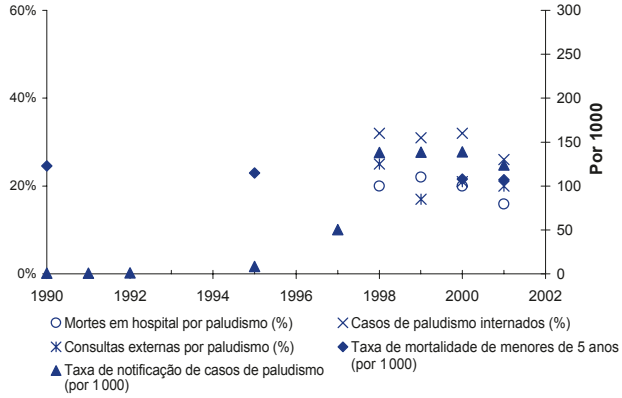


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS	20	22	20	16
Admissões de casos de paludismo	MS	32	31	32	26
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS	25	17	21	20
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	138	139	139	124
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)	MS	4	5	3	4

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	MICS[2]			23	
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	MICS[2]			0	

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS[2]			50	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS[2]			49	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS[2]			33	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS[2]			32	

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	2000
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP, MQ ou Q
Paludismo grave		Q ou ART
Gravidez	Prevenção	

Taxas e impostos em MTI	Data
Imposto de importação - mosquiteiros	
IVA – mosquiteiros	

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

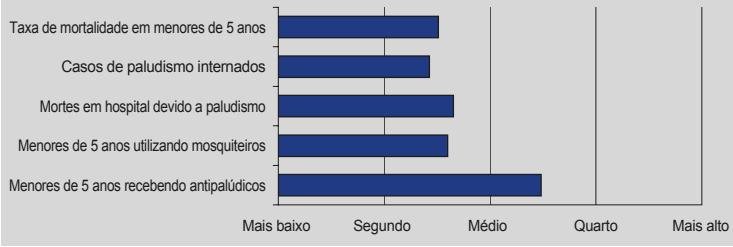
[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

[2] valores do MICS (Estudos Agrupados de Indicadores Múltiplos) representam o Norte do Sudão

Togo

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	4657
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,8
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	79
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	141
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	38,7
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	100 (0)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

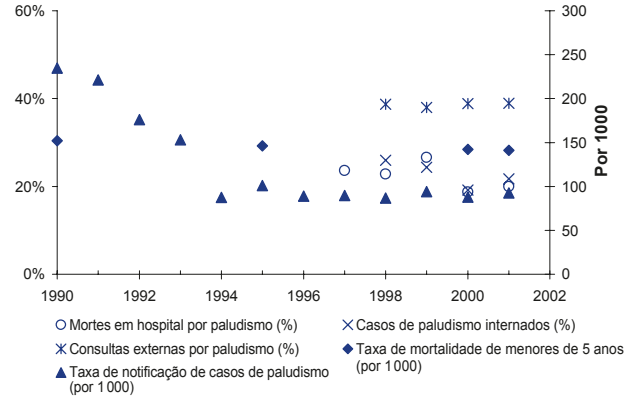


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS	23	27	19	20
Admissões de casos de paludismo	MS	26	24	19	22
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS	39	38	39	39
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	87	94	88	93
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)	MS	2	3	3	3

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	MICS			15	
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	MICS			2	

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			60	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			59	
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS			21	
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS			21	

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	MICS			73	
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	----
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg
	Confirmada	CQ 25 mg/kg
Fracasso do tratamento		SP
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI		Data
Imposto de importação - mosquiteiros	18%	2000
IVA – mosquiteiros	18%	2000

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

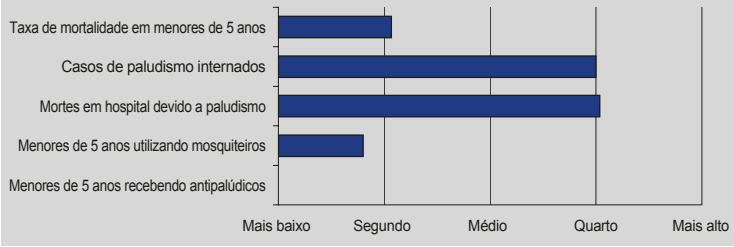
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Uganda

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	24023
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	3,0
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	79
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	124
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	50,6
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	90 (3)

Posição proporcional para indicadores escolhidos

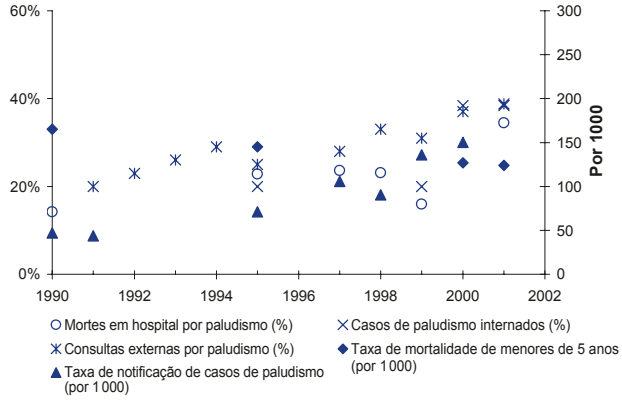


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS	23	16		35
Admissões de casos de paludismo	MS		20	38	38
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS	33	31	37	39
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	90	136	150	
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)	MS			0.1	

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros	DHS			13	
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	DHS			7	
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	DHS			0	

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	DHS				92
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes	DHS				84
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros	DHS				7
Mulheres grávidas utilizando MTI	DHS		1		



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	2000
Sem complicações	Provável	CQ 25 mg/kg + SP
	Confirmada	CQ 25 mg/kg + SP
Fracasso do tratamento		Quinina 3xdia/7 dias
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente

Taxas e impostos em MTI		Data
Imposto de importação - mosquiteiros		
IVA – mosquiteiros	0%	2000

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

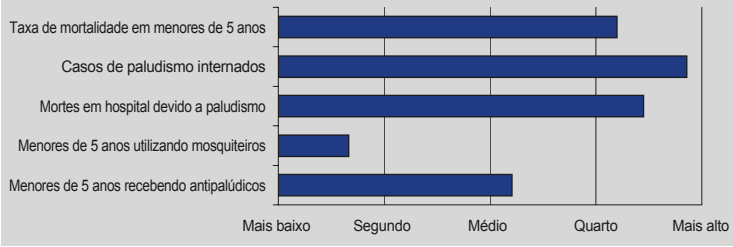
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

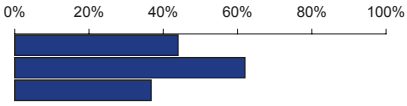
Zâmbia

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	10649
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,5
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	112
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	202
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	41,5
População a risco de endemia (epidemia) (%)	MARA[1]	96 (3)

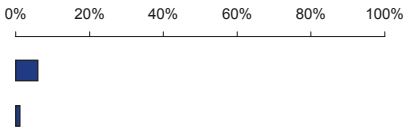
Posição proporcional para indicadores escolhidos



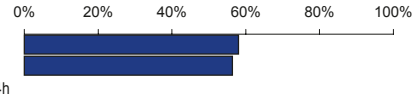
Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS	19	22		44
Admissões de casos de paludismo	MS	27	35		62
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS	32	35		37
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	342	268	342	204
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)	MS			24	15



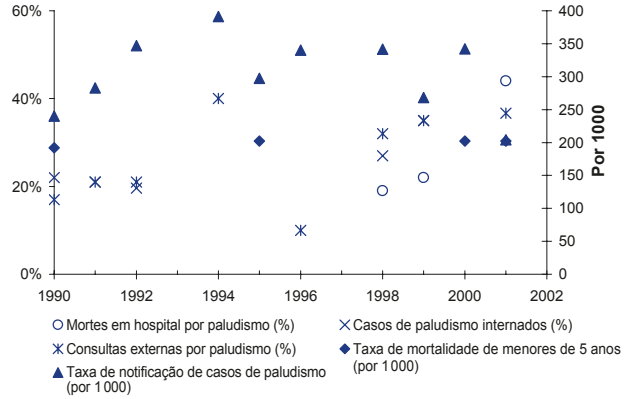
Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros					
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	MICS		6		
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI	MICS		1		



Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico	MICS		58		
Menores de 5 anos tratados com cloroquina	MICS		56		
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					



Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	MICS	83			
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	2002
Sem complicações	Provável	Coartem
	Confirmada	Coartem
Fracasso do tratamento		Quinine
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	CQ semanalmente (SP-TPI)**

Taxas e impostos em MTI		Data
Imposto de importação - mosquiteiros	18%	2001
IVA – mosquiteiros	0%	2001

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

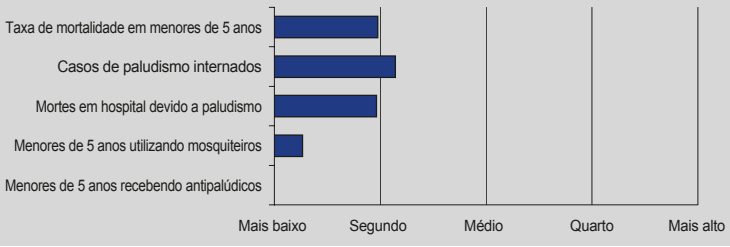
Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

Zimbabué

Indicadores gerais	Fonte	2001
População (milhares)	UNPOP	12852
Taxa de crescimento populacional(%)	UNPOP	2,0
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	UNICEF	76
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000)	UNICEF	123
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	UNPOP	35,1
População a risco (%)	MARA[1]	84

Posição proporcional para indicadores escolhidos

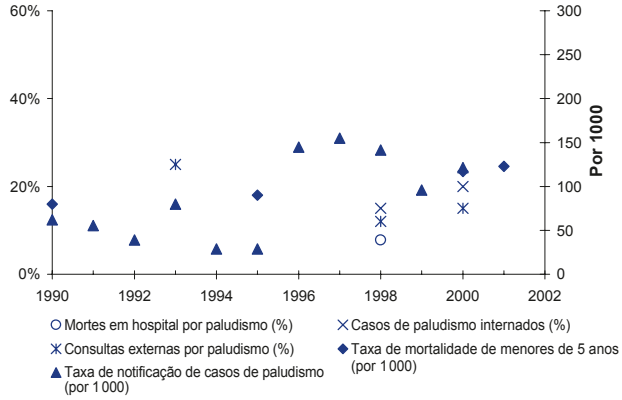


Morbilidade e mortalidade por paludismo	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mortes em hospital devido a paludismo	MS	8			
Admissões de casos de paludismo	MS	15		20	
Consultas de pacientes externos com paludismo	MS	12		15	
Casos de paludismo em pacientes externos (por 1000)	MS	141	96	121	
Casos de paludismo em pacientes internados (por 1000)	MS			1	

Mosquiteiros e MTI	Fonte	1998	1999	2000	2001
Famílias com mosquiteiros	DHS		10		
Menores de 5 anos usando mosquiteiros	DHS		3		
Famílias com MTI					
Menores de 5 anos usando MTI					

Tratamento antipalúdico	Fonte	1998	1999	2000	2001
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico <24h					
Consultando serviço de saúde					
Menores de 5 anos tratados com qualquer antipalúdico					
Menores de 5 anos tratados com cloroquina					

Paludismo na gravidez	Fonte	1998	1999	2000	2001
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 1 vez	DHS	93			
Mulheres grávidas recebendo ANC pelo menos 2 vezes	DHS	80			
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 1 vez					
Mulheres grávidas recebendo TPI pelo menos 2 vezes					
Mulheres grávidas utilizando mosquiteiros					
Mulheres grávidas utilizando MTI					



Política de tratamento antipalúdico

	Data adoptada:	2001
Sem complicações	Provável	CQ + SP
	Confirmada	CQ + SP
Fracasso do tratamento		Quinina 3xdia/7 dias
Paludismo grave		Quinina 3xdia/7 dias
Gravidez	Prevenção	Maloprim semanalmente

Taxas e impostos em MTI		Data
Imposto de importação - mosquiteiros	10%	Antes de Abuja
IVA – mosquiteiros	20%	Antes de Abuja

Observações:

Para uma explicação de indicadores, níveis e outras informações, ver a Descrição Geral da Caracterização dos Países

As fontes reflectem os valores mais recentes

A taxa de notificação de casos baseia-se no número de casos notificados de pacientes externos

Os estudos representativos de países (MICS e DHS) são utilizados para notificar estimativas de cobertura das intervenções para 1) posse e utilização de mosquiteiros e MTI, e 2) tratamento antipalúdico

[1] A população a risco é determinada a partir de dados climáticos retrospectivos e projecções sobre população. A percentagem de população a risco não varia anualmente.

QUADRO 3

Quadro 3: Percentagem de crianças menores de 5 anos que dormiram sob um mosquiteiro (de qualquer tipo) durante a noite anterior ao inquérito, segundo características do contexto

País	Fonte	Ano	Total	Sexo Masc.	Sexo Fem.	Urbano	Rural	Grupo económico				
								Mais pobre	Menos pobre	Médio	Menos rico	Mais rico
Angola	MICS	2001	**10,2**	9,5	10,9	10,9	8,6	7,1	5,7	5,4	11,1	20,2
Benim	DHS	2001	**32,0**	31,7	32,3	42,9	26,8	...	...	...	...	...
Burundi	MICS	2000	**2,6**	2,7	2,6	27,6	0,7	0,2	0,7	0,8	1,9	8,8
Camarões	MICS	2000	**11,3**	11,4	11,3	17,6	8,7	7,3	9,8	8,9	14,5	18,6
Chade	MICS	2000	**26,9**	26,6	27,2	57,5	18,6	22,5	13,6	19,5	32,1	50,3
Comores	MICS	2000	**36,4**	37,3	35,5	56,8	31,1	23,4	25,6	32,8	40,9	60,6
Costa do Marfim	MICS	2000	**9,6**	9,7	9,4	11,9	7,9	7,0	8,0	12,9	11,0	9,8
Eritreia*	DHS	2002	**12,1**	11,8	12,4	14,3	11,0	...	...	...	...	...
Gâmbia	MICS	2000	**42,1**	43,1	41,0	35,7	45,9	44,5	46,1	44,5	37,8	32,9
Guiné-Bissau	MICS	2000	**67,0**	67,2	66,7	74,9	63,5	60,5	63,4	66,8	71,4	74,7
Guiné Equatorial	MICS	2000	**15,4**	16,7	14,0	29,8	9,9	7,3	8,6	22,8	16,3	26,8
Madagáscar	MICS	2000	**30,3**	30,1	30,5	31,7	29,9	27,9	38,0	30,3	23,0	31,6
Malaui	DHS	2000	**7,6**	...	...	20,8	5,7	...	...	...	...	...
Mali**	DHS	2001	**37,2**	...	...	43,4	35,2	...	...	...	...	...
Níger	MICS	2000	**16,6**	17,2	16,0	35,8	13,7	12,9	7,8	15,5	14,0	32,5
Quénia	MICS	2000	**16,4**	15,7	17,1	34,9	10,2	6,8	8,6	9,2	19,2	42,5
República Centro Africana	MICS	2000	**30,9**	31,0	30,8	48,2	19,8	18,6	16,7	23,1	41,4	58,8
República Democrática do Congo	MICS	2001	**11,8**	11,9	11,7	15,0	10,3	7,1	14,0	9,7	9,6	18,6
República Unida da Tanzânia**	DHS	1999	**20,7**	...	...	47,9	13,0	...	...	...	...	...
Ruanda	MICS	2000	**6,0**	5,6	6,4	27,8	2,2	0,5	0,9	0,8	9,7	37,7
São Tomé e Príncipe	MICS	2000	**42,5**	41,8	42,4	60,4	27,1	31,4	14,8	25,9	25,5	47,6
Senegal	MICS	2000	**15,2**	...	...	13,3	16,2	15,5	20,4	15,6	11,4	11,7
Serra Leoa	MICS	2000	**15,2**	16,1	14,3	12,6	16,1	15,6	15,7	14,9	15,4	14,4
Somália	MICS	1999	**15,6**	15,9	15,3	18,7	16.3***	...	...	...	...	...
Suazilândia	MICS	2000	**0,2**	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,5
Sudão, setentrional	MICS	2000	**23,1**	23,1	23,1	25,8	20,6	18,1	23,1	24,7	23,6	23,1
Togo	MICS	2000	**14,8**	15,4	14,1	18,5	13,3	11,3	11,8	13,1	16,1	26,2
Uganda	DHS	2000-01	**7,3**	...	...	21,1	5,7	...	...	...	...	...
Zâmbia	MICS	1999	**6,0**	6,1	5,9	8,5	4,7	3,9	3,0	4,8	7,2	11,5
Zimbabué**	DHS	1999	**3,0**	...	...	...	...	...	...	...	...	...
África a sul do Sara				**20,7**	**20,5**	**29,8**	**17,0**	**15,9**	**16,2**	**18,3**	**20,6**	**30,0**

Observações:
DHA = Estudos Demográficos e Sanitários
MICS = Estudos Agrupados de Indicadores Múltiplos
* Dados preliminares
** Os dados referem-se a estimativas a nível de famílias de todas as crianças menores de 5 anos usando qualquer mosquiteiro
*** Somália: excluindo a população nómada

Quadro 4: Percentagem de crianças menores de 5 anos que dormiram sob um mosquiteiro tratado com insecticida na noite anterior ao inquérito, segundo características do contexto

País	Fonte	Ano	Total	Sexo Masc.	Sexo Fem.	Urbano	Rural	Grupo económico				
								Mais pobre	Menos pobre	Médio	Menos rico	Mais rico
Angola	MICS	2001	**2,3**	2,3	2,3	2,9	0,9	0,8	0,8	0,8	3,8	4,7
Benim	DHS	2001	**7,4**	7,0	7,8	13,5	4,4	…	…	…	…	…
Burundi	MICS	2000	**1,3**	1,4	1,2	14,8	0,2	0,0	0,7	0,2	0,5	4,7
Camarões	MICS	2000	**1,3**	1,3	1,4	2,7	0,8	0,5	0,1	1,1	2,5	3,1
Chade	MICS	2000	**0,6**	0,6	0,6	1,3	0,4	0,4	0,4	0,0	0,2	2,1
Comores	MICS	2000	**9,3**	9,3	9,3	16,8	7,4	5,0	6,0	7,1	9,2	19,9
Costa do Marfim	MICS	2000	**1,1**	1,2	1,1	1,9	0,6	0,3	1,0	1,6	1,2	2,1
Eritreia***	DHS	2002	**4,2**	4,3	4,1	4,8	4,0	…	…	…	…	…
Gâmbia	MICS	2000	**14,7**	14,4	15,2	7,2	19,4	17,6	20,7	13,9	10,8	7,4
Guiné-Bissau	MICS	2000	**7,4**	7,9	7,1	19,0	2,5	2,2	2,7	4,1	9,3	23,0
Guiné Equatorial	MICS	2000	**0,7**	0,9	0,6	3,2	0,2	0,0	0,2	1,9	0,6	3,1
Madagáscar	MICS	2000	**0,2**	0,2	0,2	0,8	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3
Malaui	DHS	2000	**2,9**	…	…	11,6	1,6	…	…	…	…	…
Níger	MICS	2000	**1,0**	0,9	1,1	4,0	0,5	0,3	0,3	0,5	0,1	3,7
Quénia	MICS	2000	**2,9**	3,0	2,8	3,9	2,6	2,0	2,7	2,5	3,2	4,2
República Centro Africana	MICS	2000	**1,5**	1,3	1,8	2,1	1,2	0,6	1,3	1,1	2,0	2,7
República Democrática do Congo	MICS	2001	**0,7**	0,7	0,8	2,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,4	3,1
República Unida da Tanzânia	DHS	1999	**2,1**	…	…	4,8	1,3	…	…	…	…	…
Ruanda	MICS	2000	**5,0**	4,8	5,3	23,9	1,7	0,3	0,6	0,5	8,4	31,9
São Tomé e Príncipe	MICS	2000	**22,8**	20,8	23,4	32,4	14,4	9,3	7,9	12,8	12,2	26,1
Senegal	MICS	2000	**1,7**	…	…	1,5	1,7	0,7	2,4	2,1	1,6	1,3
Serra Leoa	MICS	2000	**1,5**	1,7	1,3	3,9	0,7	0,2	0,3	0,6	2,0	5,3
Somália	MICS	1999	**0,3**	0,3	0,5	0,4	0,6	…	…	…	…	…
Suazilândia	MICS	2000	**0,1**	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,3
Sudão, setentrional	MICS	2000	**0,4**	0,4	0,5	0,7	0,2	0,1	0,3	0,5	0,5	0,9
Togo	MICS	2000	**2,0**	2,3	1,6	3,7	1,4	0,9	0,3	1,3	2,4	7,1
Uganda	DHS	2000-01	**0,2**	…	…	0,9	0,2	…	…	…	…	…
Zâmbia	MICS	1999	**1,1**	1,3	0,8	1,6	0,8	0,2	0,4	1,0	1,1	2,9
África a sul do Sara				**3,7**	**3,8**	**6,7**	**2,5**	**1,9**	**2,3**	**2,5**	**3,3**	**7,3**

Observações:
DHA = Estudos Demográficos e Sanitários
MICS = Estudos Agrupados de Indicadores Múltiplos
* Dados preliminares
** Os dados referem-se a estimativas a nível de famílias de todas as crianças menores de 5 anos usando qualquer mosquiteiro
*** Somália: excluindo a população nómada

QUADRO 5

Quadro 5: Percentagem de crianças menores de 5 anos com febre que foram tratadas com um antipalúdico, segundo características do contexto

País	Fonte	Ano	Total	Sexo Masc.	Sexo Fem.	Urbano	Rural	Grupo económico: Mais pobre	Menos pobre	Médio	Menos rico	Mais rico
Angola	MICS	2001	**63,0**	63,1	62,8	63,1	62,7	57,8	64,2	64,2	65,0	62,7
Benim	DHS	2001	**60,4**	59,0	62,0	62,3	59,7	...	...	...	...	...
Burundi	MICS	2000	**31,3**	30,2	32,6	41,7	30,6	23,9	34,2	29,8	28,8	37,4
Camarões	MICS	2000	**66,1**	67,0	65,1	70,8	64,4	59,1	66,7	61,0	76,7	70,8
Chade	MICS	2000	**31,9**	30,9	32,8	41,2	29,5	21,1	34,3	29,5	33,5	40,5
Comores	MICS	2000	**62,7**	62,2	63,1	65,2	62,1	51,2	67,5	60,7	67,9	66,3
Costa do Marfim	MICS	2000	**57,5**	57,0	58,0	68,6	49,8	41,9	54,3	60,8	73,2	69,5
Eritreia*	DHS	2002	**3,6**	4,2	2,9	4,0	3,5	...	...	...	...	...
Gâmbia	MICS	2000	**55,2**	59,6	51,0	58,0	53,5	54,9	56,0	56,5	58,1	47,4
Gana	DHS	1998	**60,7**	60,7	60,7	60,1	60,9	...	...	...	...	...
Guiné-Bissau	MICS	2000	**58,4**	57,5	59,4	71,9	51,7	43,7	56,0	57,3	61,8	76,8
Guiné Equatorial	MICS	2000	**48,6**	47,2	50,2	55,2	42,9	44,2	45,2	53,8	49,1	53,2
Madagáscar	MICS	2000	**60,7**	59,3	62,3	61,9	60,5	66,0	55,9	64,2	58,2	52,7
Malaui	DHS	2000	**27,0**	...	...	33,7	26,3	...	...	...	...	...
Níger	MICS	2000	**48,1**	48,7	47,4	59,0	47,1	41,6	43,3	49,2	47,7	64,9
Quénia	MICS	2000	**64,5**	65,6	63,4	63,6	64,7	64,0	62,7	63,7	62,4	75,8
República Centro Africana	MICS	2000	**68,8**	69,0	68,6	75,8	65,2	59,3	64,6	71,6	74,7	79,0
República Democrática do Congo	MICS	2001	**45,4**	44,9	45,9	49,6	43,7	40,9	44,3	47,8	46,9	46,7
República Unida da Tanzânia	DHS	1999	**53,4**	54,3	52,4	61,7	51,6	...	...	...	...	...
Ruanda	MICS	2000	**12,6**	14,5	11,1	20,7	11,7	8,8	10,0	12,0	16,0	30,4
São Tomé e Príncipe	MICS	2000	**61,2**	62,2	60,8	61,9	61,4	60,6	51,7	59,4	62,9	62,4
Senegal	MICS	2000	**36,2**	34,9	37,6	52,7	30,1	25,4	30,0	33,1	54,8	56,1
Serra Leoa	MICS	2000	**60,7**	61,4	59,9	60,8	60,7	53,3	58,5	63,9	65,2	64,4
Somália	MICS	1999	**18,5**	18,7	18,4	11,1	24,4	...	...	...	...	...
Suazilândia	MICS	2000	**25,5**	27,1	23,9	28,4	26,9	35,1	16,2	28,3	27,7	18,7
Sudão, setentrional	MICS	2000	**50,2**	51,7	48,5	60,6	42,1	32,1	41,3	54,6	61,3	75,3
Togo	MICS	2000	**60,0**	60,2	59,8	62,2	59,4	56,8	58,1	61,3	61,2	70,0
Zâmbia	MICS	1999	**58,0**	58,2	57,8	57,9	58,0	52,6	50,4	66,7	56,9	65,5
África a sul do Sara				**49,2**	**48,8**	**53,0**	**46,6**	**45,2**	**48,4**	**52,2**	**55,0**	**58,5**

Observações:
DHA = Estudos Demográficos e Sanitários
MICS = Estudos Agrupados de Indicadores Múltiplos
* Dados preliminares

Quadro 6: Percentagem de população vivendo em zonas a risco de transmissão do paludismo

País	0 condições climáticas: sem risco de paludismo(%)	> 0 e < 0,2 condições climáticas: risco de paludismo epidémico(%)	≥ 0,2 condições climáticas: risco de paludismo emdémico(%)	< 0,5 condições climáticas: sem risco de paludismo	≥ 0,5 condições climáticas: zona a risco de paludismo
África do Sul	…	…	…	80	20
Angola	1	8	90	…	…
Benim	0	0	100	…	…
Botsuana	….	…	…	68	32
Burkina Faso	0	0	100	…	…
Burundi	15	17	68	…	…
Camarões	2	4	94	…	…
Chade	0	4	96	…	…
Congo	0	0	100	…	…
Costa do Marfim	0	0	100	…	…
Djibuti	0	98	2	…	…
Eritreia	1	7	92	…	…
Etiópia	36	24	40	…	…
Gabão	4	0	96	…	…
Gâmbia	0	0	100	…	…
Gana	0	0	100	…	…
Guiné	0	0	100	…	…
Guiné-Bissau	0	0	100	…	…
Guiné Equatorial	1	1	98	…	…
Libéria	0	0	100	…	…
Madagáscar	4	7	89	…	…
Malaui	1	3	97	…	…
Mali	0	1	99	…	…
Mauritânia	0	35	65	…	…
Moçambique	0	0	100	…	…
Namíbia	…	…	…	59	41
Níger	0	3	97	…	…
Nigéria	0	0	100	…	…
Quénia	22	24	53	…	…
República Centro Africana	0	0	100	…	…
República Democrática do Congo	6	3	92	…	…
República Unida da Tanzânia	4	3	93	…	…
Ruanda	33	14	53	…	…
São Tomé e Príncipe	100	0	0	…	…
Senegal	0	0	100	…	…
Serra Leoa	0	0	100	…	…
Somália	1	79	20	…	…
Suazilândia	…	…	…	23	77
Sudão	1	25	74	…	…
Togo	0	0	100	…	…
Uganda	7	3	90	…	…
Zâmbia	1	3	96	…	…
Zimbabué				16	84

Observações:

As estimativas derivam dum modelo teórico de distribuição de paludismo endémico com base em condições climáticas (média a longo prazo de pluviosidade e temperatura) propícias a transmissão do paludismo.

Onde o clima é pouco propício, o paludismo é mínimo e propenso a epidemias. Em certas condições, zonas marginais podem ter níveis de transmissão constantes mais baixos (por exemplo, na África oriental) ou ciclos fortes com as estações com grande variação inter-anual (por exemplo, na África ocidental e austral).

Onde o clima é propício, o paludismo é provavelmente endémico/estável (hipo-, hiper-, ou holo-endémico, relacionado com as estações do ano ou perpétuo).

Fontes:

Cartografia do Risco de Paludismo na África (MARA) (http://www.mara.org.za)

Craig MH et al. A climate-based distribution model of malaria transmission in sub-Saharan Africa. Parasitology Today, 1999, 15:105–111.

Para categorizar as zonas a risco de paludismo, ver Snow RW et al. A preliminary continental risk map for malaria mortality among African children. Parasitology Today, 1999, 15:99-104.

QUADRO 7

Quadro 7: Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

Objectivo 6: Lutar contra o VIH/SIDA, paludismo e outras doenças

Indicador 22: Proporção de população em zonas a risco de paludismo utilizando medidas de prevenção e tratamento eficazes

Estimativas do UNICEF/OMS para indicadores de prevenção e tratamento antipalúdico

País	Fonte	Ano	% de menores de 5 anos dormindo sob MTI	% de menores de 5 anos com febre tratados com antipalúdicos
Angola	MICS	2001	2,3	63,0
Benim	DHS	2001	7,4	60,4
Burundi	MICS	2000	1,3	31,3
Camarões	MICS	2000	1,3	66,1
Chade	MICS	2000	0,6	31,9
Comores	MICS	2000	9,3	62,7
Costa do Marfim	MICS	2000	1,1	57,5
Eritreia[a]	DHS	2002	4,2	3,6
Etiópia	DHS	2000	…	3,0
Gâmbia	MICS	2000	14,7	55,2
Gana	DHS	1998	…	60,7
Guiné-Bissau	MICS	2000	7,4	58,4
Guiné Equatorial	MICS	2000	0,7	48,6
Madagáscar	MICS	2000	0,2	60,7
Malaui	DHS	2000	2,9	27,0
Níger	MICS	2000	1,0	48,1
Quénia	MICS	2000	2,9	64,5
República Centro Africana	MICS	2000	1,5	68,8
República Democrática do Congo	MICS	2001	0,7	45,4
República Unida da Tanzânia	DHS	1999	2,1[b]	53,4
Ruanda	MICS	2000	5,0	12,6
São Tomé e Príncipe	MICS	2000	22,8	61,2
Senegal	MICS	2000	1,7	36,2
Serra Leoa	MICS	2000	1,5	60,7
Somália	MICS	1999	0,3	18,5
Suazilândia	MICS	2000	0,1	25,5
Togo	MICS	2000	2,0	60,0
Uganda	DHS	2000-01	0,2	…
Zimbabué	MICS	1999	1,1	58,0
África a sul do Sara (média populacional ponderada)			**2**	**42**

[a] Dados preliminares

[b] Percentagem de agregados familiares onde todos os menores de 5 anos dormem sob MTI

Notas

Notas