



**Organização
Mundial da Saúde**

ESCRITÓRIO REGIONAL **Africano**

AFR/RC58/PD/2
14 de Março de 2008

COMITÉ REGIONAL AFRICANO

ORIGINAL: INGLÊS

Quinquagésima-oitava sessão
Yaoundé, República dos Camarões, 1–5 de Setembro de 2008

Ponto 9 da ordem do dia provisória

**PARTILHAR AS MELHORES PRÁTICAS DE REFORÇO DAS INTERVENÇÕES
RELACIONADAS COM A PREVENÇÃO E CONTROLO DO PALUDISMO**

Painel de discussão

ÍNDICE

	<i>Parágrafos</i>
ANTECEDENTES.....	1 - 2
OBJECTIVOS.....	3
RESULTADOS ESPERADOS.....	4
MEMBROS DO PAINEL.....	5
ORDEM DE TRABALHOS.....	6

ANTECEDENTES

1. A Região Africana da OMS é a Região mais afectada pelo paludismo. É responsável por cerca de 60% dos estimados 300–500 milhões de casos de paludismo em todo o mundo e por mais de 80% dos óbitos por paludismo registados anualmente, a nível mundial. Os custos do paludismo para a Região estão estimados em 12 biliões de dólares por ano. Existe um acordo geral, em relação às intervenções com uma boa relação custo-eficácia, para a prevenção e controlo do paludismo, nomeadamente o uso de redes tratadas com insecticida (RTI), pulverização residual interna (PRI), tratamento preventivo intermitente para as grávidas e o tratamento rápido e eficaz dos casos.

2. A manifestação do interesse mundial em conseguir a eliminação do paludismo reforça a necessidade de acelerar o reforço das intervenções. A maioria dos países está a implementar, periodicamente, intervenções simples ou múltiplas, mas terá ainda de aumentar o número de intervenções. No final de 2006, menos de 10 % das crianças menores de cinco anos que tiveram febre palúdica tinham tomado a associação medicamentosa baseada na artemisinina e apenas 10% dessas crianças, em média, dormiam abrigadas por RTI. No entanto, em alguns países, onde o uso de RTI é superior a 40%, nomeadamente, na Eritreia, Quênia, Ruanda, São Tomé e Príncipe e Tanzânia (especificamente, na ilha de Zanzibar), verificou-se uma redução substancial da morbilidade e mortalidade por paludismo. Observaram-se reduções semelhantes na África do Sul e na Suazilândia, onde o uso das RTI está generalizado.

OBJECTIVOS

3. O objectivo geral deste painel de discussão é partilhar as melhores práticas, com a finalidade de ajudar os outros países a obterem resultados semelhantes.

Os objectivos específicos são:

- a) partilhar as melhores práticas e as lições aprendidas, para reforçar a luta contra o paludismo;
- b) identificar formas e meios de acelerar o reforço das intervenções;
- c) fazer recomendações sobre o caminho a seguir, para acelerar o reforço da prevenção e controlo do paludismo na Região.

RESULTADOS ESPERADOS

4. Os resultados esperados são:

- a) partilha das melhores práticas e das lições aprendidas;
- b) identificação das formas e meios para acelerar o reforço das intervenções;
- c) recomendações sobre o caminho a seguir, para acelerar o reforço da luta contra o paludismo na Região.

MEMBROS DO PAINEL

5. Membros propostos para o painel:

- a) Presidente: Ministro da Saúde (país a determinar).
- b) Presidente substituto (a determinar).
- c) Facilitador (a determinar).

- d) Peritos da Eritreia e do Ruanda.
- e) Dr. Rajendra Maharaj, perito em paludismo do Medical Research Council, África do Sul.

ORDEM DE TRABALHOS

6. A ordem de trabalhos deste painel de discussão será a seguinte:

- a) Observações iniciais e apresentação dos membros (5 minutos): Presidente.
- b) Experiência do Ruanda no reforço da prevenção e controlo do paludismo (10 minutos).
- c) Experiência da Eritreia no reforço da prevenção e controlo do paludismo (10 minutos).
- d) Experiência na prevenção e controlo do paludismo trans-fronteiras, na África Austral (10 minutos).
- e) Experiência de outros três países seleccionados (5 minutos cada).
- f) Debate (85 minutos): membros do painel.
- g) Recomendações pelo facilitador (10 minutos).
- h) Observações finais pelo Presidente (5 minutos).