



COMITÉ REGIONAL AFRICANO

AFR/RC54/INF/DOC.3

30 de Junho de 2004

Quinquagésima-quarta sessão
Brazzaville, Congo, 30 de Agosto–3 de Setembro de 2004

ORIGINAL: INGLÊS

Ponto 12.4 da ordem do dia provisória

ELIMINAÇÃO DA FILARÍASE LINFÁTICA NA REGIÃO AFRICANA: RELATÓRIO DOS PROGRESSOS

RESUMO

1. Em África, a filaríase linfática é causada por um verme filarial, *Wuchereria bancrofti*, transmitido principalmente pelas fêmeas de mosquitos *Anopheles* e *Culex*. A filaríase linfática manifesta-se em 39 dos 46 Estados-Membros da Região Africana da OMS. Calcula-se que 420 milhões de pessoas correm o risco de contrair esta doença na Região, o que representa 38% do fardo mundial.
2. As principais complicações da filaríase linfática são a elefantíase, o linfedema e o hidrocele. Calcula-se que ocorram em África 4,6 milhões de casos de linfedema e mais de 10 milhões de casos de hidrocele. A filaríase linfática é uma das doenças que mais debilitam e desfiguram. Entre as suas consequências sócio-económicas mencionam-se o estigma, a perda ou a redução da produtividade e os custos elevados do tratamento.
3. Reconhecendo o significado social e económico, bem como a importância da filaríase linfática para a saúde pública, a Quinquagésima Assembleia Mundial da Saúde adoptou, em 1997, uma resolução que apelava à eliminação da doença, enquanto problema mundial de saúde pública, até 2020. Com a aprovação da resolução, dois fabricantes de medicamentos doaram albendazol e ivermectina ao programa da filaríase linfática, enquanto esses medicamentos fossem necessários.
4. O Programa de Eliminação da Filaríase Linfática está presentemente activo em 20 países; nove estão na fase de administração de medicamentos em massa (MDA) e 11 completaram já o mapeamento da doença, ou estão com esse processo em curso. As taxas de cobertura terapêutica são satisfatórias (mais de 70%), e têm vindo a melhorar. No entanto, devido a constrangimentos financeiros, menos de 10% da população em risco estão cobertos pela administração de medicamentos em massa. Verificam-se atrasos na implementação de outras componentes do programa, como o controlo do vector e o tratamento e prevenção de incapacidades.
5. Se os recursos necessários estiverem disponíveis, será possível eliminar a filaríase linfática na Região Africana, até 2020.

ÍNDICE

	<i>Parágrafos</i>
ANTECEDENTES	1–6
PROGRAMA PARA A ELIMINAÇÃO DA FILARÍASE LINFÁTICA	7–9
PROGRESSOS	10–18
CONSTRANGIMENTOS E DESAFIOS	19–20
PERSPECTIVAS FUTURAS	21
CONCLUSÕES	22–24

ANEXOS

	<i>Páginas</i>
1. Distribuição da filaríase linfática na Região Africana da OMS	6
2. Manifestações da filaríase linfática.....	7
3. Situação do mapeamento e da MDA para a FL na Região Africana, em 2003	8
4. Resultados do mapeamento, mostrando o número de pessoas em risco de filaríase linfática por país africano, em 2003	9
5. Progressos e objectivos da MDA na Região Africana	10

Antecedentes

1. A filaríase linfática (FL), também conhecida por elefantíase, é causada por um verme filarial, *Wuchereria bancrofti*, que em África, é transmitido sobretudo pelas fêmeas dos mosquitos *Anopheles* e *Culex quinquefasciatus*. A filaríase linfática ocorre em 39 dos 46 Estados-Membros da Região Africana da OMS (ver mapa, Anexo 1). Calcula-se que pelo menos 420 milhões de pessoas da Região estejam em risco de contrair a doença, o que representa 38% do fardo mundial.

2. As principais manifestações da FL são a elefantíase, linfoedema e hidrocele (ver fotos, Anexo 2). Calcula-se que ocorram em África 4,6 milhões de casos de linfoedema e mais de 10 milhões de casos de hidrocele. Estas complicações fazem da filaríase linfática uma das doenças que mais debilitam e desfiguram.

3. Entre as consequências sócio-económicas da doença mencionam-se o estigma, a perda ou a redução de produtividade e os elevados custos do tratamento. Estes afectam financeiramente os serviços de saúde, que se debatem com recursos limitados. Por exemplo, numa zona endémica do Gana, um terço do total das cirurgias realizadas referem-se ao tratamento do hidroceles; cada operação custa 30 dólares americanos, o que ultrapassa o rendimento mensal de um ganês de classe média.

4. Reconhecendo o significado social e económico, bem como a importância da FL para a saúde pública, a Quinquagésima Assembleia Mundial da Saúde aprovou, em 1997, uma resolução (WHA50.29) que apelava à eliminação da FL, enquanto problema mundial de saúde pública, até 2020. Aprovada a resolução, dois fabricantes de medicamentos doaram albendazol e ivermectina ao programa mundial para eliminar a filaríase linfática, enquanto esses medicamentos fossem necessários.

5. Em 2000, a Região Africana lançou o Programa para a Eliminação da Filaríase Linfática (PEFL). Até à data, estão a implementar este programa 20 dos 39 Estados-Membros com endémicos.

6. Este relatório descreve os progressos alcançados até ao presente na eliminação da FL na Região Africana.

Programa de Eliminação da Filaríase Linfática

7. A meta do Programa para Eliminação da Filaríase Linfática é a eliminação da filaríase linfática enquanto problema de saúde pública, até ao ano 2020. Os objectivos específicos são:

- a) melhorar o estado geral de saúde das populações com endemia, graças ao maior acesso a intervenções de saúde pública, de preferência agindo por meio das estruturas e programas sanitários existentes;
- b) reduzir e, finalmente, interromper a transmissão da FL em todas as comunidades com endemia, através: i) da quimioterapia de massa, usando

albendazol co-administrado com ivermectina ou com dietilcarbamazina e ii) do controlo do vector;

- c) aliviar o sofrimento das pessoas com doenças declaradas, como a elefantíase e a hidrocele, usando instrumentos específicos de controlo da morbilidade;
 - d) instalar um sistema eficaz de monitorização que avalie constantemente os progressos do programa e ponha em destaque problemas operacionais, ou relacionados com a implementação do programa;
 - e) melhorar constantemente a prestação do programa, por meio da investigação operacional.
8. Os objectivos específicos do programa são os seguintes:
- a) até 2005, completar o mapeamento e identificar todas as comunidades com endemia que necessitem de intervenções para a interrupção da transmissão, como a administração de medicamentos em massa e o controlo do vector;
 - b) até finais de 2007, formar os gestores de programa de todos os Estados-Membros com endemia, para que coordenem as actividades nos respectivos países;
 - c) até finais de 2007, criar em todos os Estados-Membros com endemia planos nacionais de eliminação da FL e propor projectos para administração de medicamentos em massa, controlo do vector e actividades de tratamento e prevenção de incapacidades;
 - d) até finais de 2010, implementar em todos os Estados-Membros endémicos, programas nacionais de filaríase linfática que cubram a totalidade (100%) das comunidades com endemia e tratar com quimioterapia pelo menos 65% das populações em risco, em cada ronda de administração de medicamentos em massa;
 - e) até finais de 2010, iniciar em todas as comunidades endémicas, programas de base comunitária, para o tratamento do linfoedema;
 - f) até finais de 2010, reduzir, em pelo menos 80%, o fardo do hidrocele nas comunidades com endemia;
 - g) até finais de 2010, criar em todos os Estados-Membros endémico, sistemas funcionais de monitorização, para avaliar o progresso do programa, e efectuar a terceira ronda de administração de medicamentos em massa;
 - h) até finais de 2020, eliminar a FL enquanto problema de saúde pública em todos os países endémicos na Região Africana.
9. As principais estratégias do Programa para a Eliminação da Filaríase Linfática, são:
- a) interrupção da transmissão da doença pela administração de medicamentos em massa e o controlo do vector, os quais reduzirão para um nível baixo a

carga dos parasitas nos humanos (prevalência inferior a 1% nas crianças com menos de cinco anos de idade), para que a transmissão já não possa ocorrer;

- b) tratamento e prevenção de incapacidades para aliviar o sofrimento das pessoas incapacitadas pela doença e evitar a progressão das que se encontram em fases iniciais, para uma morbidade avançada.

Progressos

10. O Programa para a Eliminação da Filaríase Linfática foi lançado no ano 2000, a nível regional e mundial. Ao mesmo tempo, quatro países da Região Africana (Gana, Nigéria, Tanzânia e Togo) lançaram programas nacionais. Foi também criada uma aliança mundial para eliminar a FL, enquanto obstáculo ao desenvolvimento sócio-económico. Essa aliança mobiliza fundos adicionais que complementam os contributos dos governos, de modo a assegurar a intensificação das actividades. Está em curso a criação de uma parceria para a Região Africana, para a qual, em 2001, foi elaborado o projecto da Estratégia Regional de Eliminação da Filaríase Linfática.

11. O Grupo de Estudo do Programa Regional foi criado em 2001, tendo reunido pela primeira vez nesse mesmo ano. Realizaram-se posteriormente quatro outras sessões para analisar planos nacionais de actividade e recandidaturas dos países ao fornecimento de medicamentos. Dos 12 planos nacionais apresentados e analisados, nove já foram implementados. Os mesmos nove países apresentaram 22 recandidaturas anuais para medicamentos, que foram analisadas pelo Grupo de Estudo do Programa Regional.

12. A OMS elaborou uma metodologia para o mapeamento; o teste do antigene filarial em circulação é o instrumento simples recomendado e usado. O Escritório Regional Africano da OMS apoia os países na melhoria das capacidades de mapeamento, proporcionando seminários práticos sobre a respectiva metodologia. Esses seminários foram iniciados em 2000 e até à data, três deles deram formação a profissionais da saúde de 20 países. Os seminários obedeceram a uma sistematização, de tal modo que até 2005, o mapeamento estará completo na Região, de acordo com o objectivo definido a nível mundial.

13. Os países da Região encontram-se em diversas fases do mapeamento: 15 já o terminaram e cinco têm-no em curso (ver Anexo 3). Assim, dos 39 países-alvo endémicos, 20 (correspondendo a 51% do total) já iniciaram as actividades de eliminação. O cálculo das populações em risco nos países que já procederam ao mapeamento está resumido no Anexo 4.

14. A meta da administração de medicamentos em massa (MDA) para a Região Africana da OMS é 48,5 milhões até ao fim de 2005 (ver Anexo 5). Os números dos tratamentos em 2002 indicam 9.956.118 pessoas tratadas, para um objectivo regional de tratamentos anuais (RATO) de 16,1 milhões (correspondendo a 60%). Para 2003, a estimativa dos números indica 16.695.847 pessoas tratadas para um objectivo regional de tratamentos anuais (RATO), de 21,6 milhões (correspondendo a 77,3%). Estes números

representam menos de 10% do total das populações em risco que necessitam de tratamento na Região Africana (ver Anexo 4).

15. A administração de medicamentos em massa prossegue em nove países; em dois deles (Comores e Togo), a MDA cobre toda a população em risco, o que é muito importante, para se colocar a pressão necessária sobre a carga de parasitas e, desse modo, interromper a transmissão.

16. O controlo do vector está a ser planeado e executado em colaboração com o controlo dos mosquitos, dos programas de paludismo.

17. Seis países (Burkina Faso, Gana, Quênia, Nigéria, Tanzânia e Uganda) notificaram o tratamento de 8.781 casos de linfoedema e 4.339 cirurgias do hidrocele. O Quênia e o Uganda estão na fase inicial do tratamento de incapacidades. Não tem havido fundos disponíveis para o tratamento e a prevenção das incapacidades.

18. O Escritório Regional criou um programa de *software* (PELFDATA) para o registo electrónico de dados da filaríase linfática. Coordenadores nacionais e gestores de dados de dez países receberam formação sobre o uso desse *software*, que está presentemente a ser implementado em três países (Benim, Burkina Faso e Togo). O Burkina Faso, o Gana e o Togo procederam a inquéritos especiais para determinar se as taxas de cobertura terapêutica notificadas correspondiam às taxas de cobertura observadas.

Constrangimentos e desafios

19. Os principais obstáculos são a insuficiência de recursos financeiros e humanos, a co-endemia da *loa loa* e a debilidade dos sistemas nacionais de saúde. Deles resultaram uma lenta expansão das actividades e um atraso na implementação de certos componentes do programa (por exemplo, o controlo do vector).

20. O principal desafio consiste em abranger toda a população em risco num período razoável de tempo, para colocar a necessária pressão sobre a carga de microfilárias e, desse modo, alcançar a meta de interrupção da transmissão. Entre outros desafios, espera-se alcançar e manter taxas elevadas de cobertura terapêutica e geográfica. Além disso, nesta fase da implementação do programa é essencial a recolha de dados fiáveis para a avaliação, de modo a obter indicações claras sobre os progressos do programa em direcção à meta determinada. É também necessário efectuar o mapeamento da endemicidade da *loa loa*, para facilitar a administração de medicamentos em massa. Os Estados-Membros endémicos devem reforçar o seu empenhamento e a responsabilização para com o programa.

Perspectivas futuras

21. Preocupado com a saúde pública e com o significado sócio-económico da filaríase linfática e partindo da experiência já adquirida, o Programa para a Eliminação da Filaríase Linfática (PEFL) orientará as actividades futuras. Torna-se necessário uma advocacia mais intensa a fim de reforçar a responsabilização face ao programa e reforçar o apoio dos parceiros. Ao mesmo tempo, deverão criar-se sinergias entre o PEFL e outros programas de saúde pública, dentro e fora da Divisão de Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis, com vista a uma melhor relação custo-eficácia e maior eficiência. O sucesso e a manutenção de elevadas taxas de cobertura geográfica e terapêutica, devem ser aceleradas, para cumprir a meta da eliminação definida para a filaríase linfática. Outras actividades importantes são a vigilância e a monitorização; os países endémicos receberão apoio para as incluírem nos seus planos de acção, de modo a disporem de uma base factual para as suas decisões.

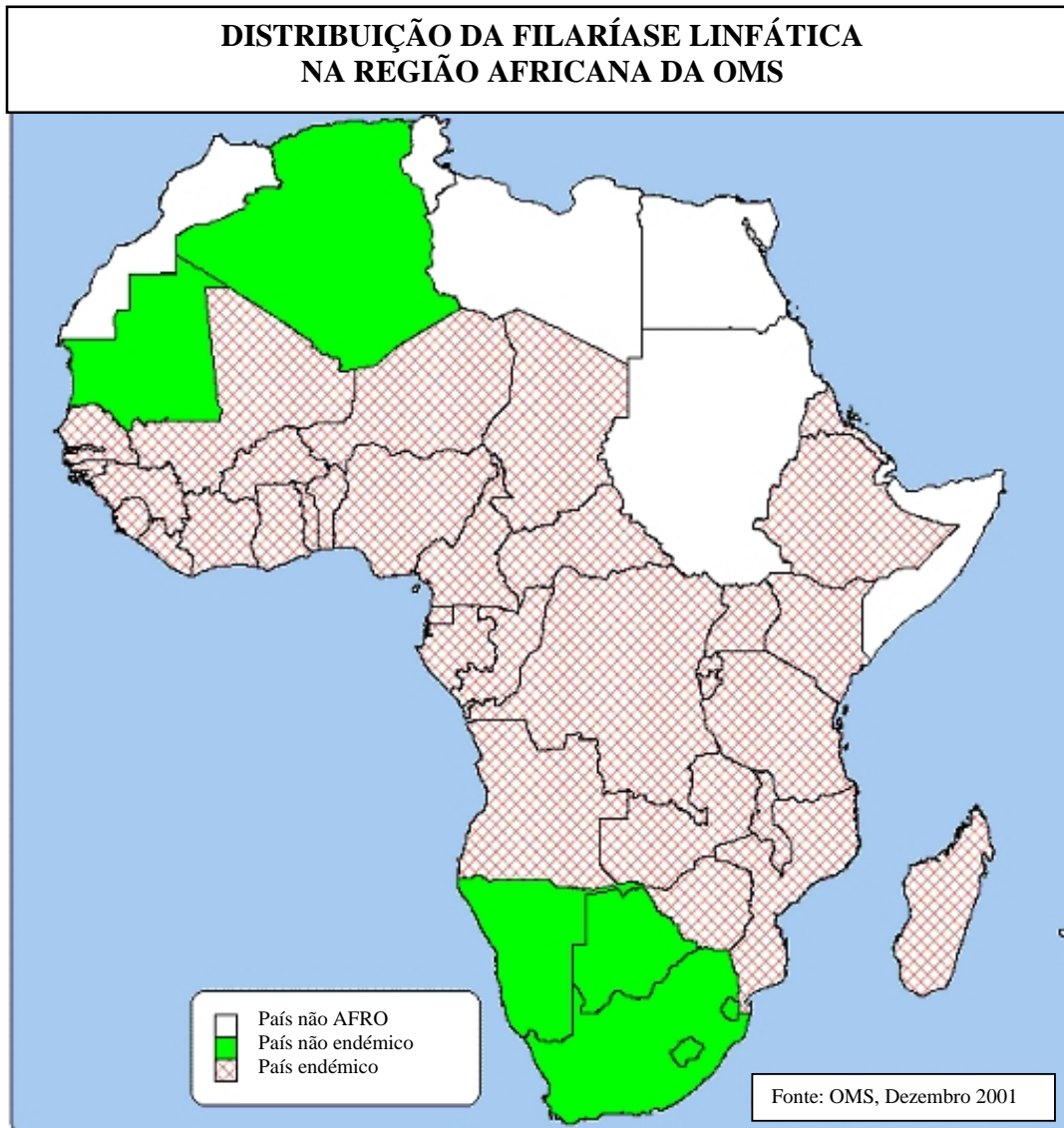
Conclusões

22. O Programa para a Eliminação da Filaríase Linfática é um programa orientado para os pobres, que foi bem acolhido pela comunidade internacional e pelos Estados-Membros da Região onde esta é uma doença endémica, os quais estão interessados na sua implementação. Quando o programa foi lançado a nível mundial, no ano 2000, quatro países da Região Africana tomaram medidas imediatas para lançar os seus programas nacionais. Até ao presente, encontram-se a implementar este programa 20 dos 39 países endémicos da Região.

23. Dos 20 países que estão a implementar actividades de eliminação da filaríase linfática, nove estão a efectuar a administração de medicamentos em massa. As taxas de cobertura terapêutica são satisfatórias (acima de 70%) e têm registado progressos com o passar dos anos. No entanto, devido aos constrangimentos financeiros e à insuficiência de funcionários, até ao presente, menos de 10% das populações em risco estão abrangidas pela MDA. Além disso, a implementação de outras componentes do programa, como o controlo do vector e o tratamento e prevenção de incapacidades, estão a sofrer atrasos.

24. Até à data, têm-se registado progressos significativos na implementação do PEFL. Contudo, muito existe ainda para ser feito. Com o contributo de todos os intervenientes (governos dos países afectados, comunidades e parceiros), a filaríase linfática será eliminada na Região Africana, até ao ano 2020.

ANEXO 1



ANEXO 2

MANIFESTAÇÕES DA FILARÍASE LINFÁTICA



ANEXO 3

**SITUAÇÃO DO MAPEAMENTO E DA MDA* PARA A FILARÍASE
LINFÁTICA NA REGIÃO AFRICANA, EM 2003**

Mapeamento completo, MDA iniciada	Mapeamento em curso, MDA iniciada	Mapeamento completo, sem MDA	Mapeamento iniciado, a completar em 2004
Benim Burkina Faso Comores Gana Togo Uganda	Quênia Nigéria Tanzânia	Camarões Côte d'Ivoire Guiné Equatorial Gâmbia Madagáscar Malawi Mali Níger Senegal	Zâmbia Zimbabwe

* MDA—Administração de Medicamentos em Massa

ANEXO 4

RESULTADOS DO MAPEAMENTO MOSTRANDO O NÚMERO DE PESSOAS EM RISCO DE FILARÍASE LINFÁTICA POR PAÍS AFRICANO, EM 2003

País	Nº total de pessoas examinadas	Prevalência*		Total de UI no país	Total de UI inquiridas	No. de UI endêmicas (%)	Total pop. em risco	Total pop.**	Situação do mapeamento
		Variação	Média						
Benim	4 874	1.2–12.5	2.09	77	77	48 (62.5)	3 430 000	5 720 000	Completo
Burkina Faso	6 246	2.0–74.0	28.98	53	53	53 (100.0)	12 997 000	11 087 000	Completo
Camarões	6 356	3.0–97.4	58.92	153	122	98 (80.3)	9 483 757	14 300 000	Completo***
Comores	Usados diferentes métodos de avaliação			3	3	3 (100.0)	578 000	632 000	Completo
Côte d'Ivoire	3 305	1.4–45.5	7.81	51	42	28 (66.6)	14 000 000	13 937 000	Completo****
Guiné Equatorial	1 166	2.3–8.1	5.84	17	17	15 (88.2)	420 000	420 000	Incompleto
Gâmbia	792	1.0–3.0	0.02	37	6	5 (83.3)	1 200 000	1 169 000	Completo
Gana	11 098	1.0–39.4	6.34	110	77	44 (57.1)	9 957 300	18 338 000	Completo***
Quênia	Usados diferentes métodos de avaliação			70	6	6 (100.0)	2 700 000	27 799 000	Incompleto
Madagáscar	3 871	1.2–56.0	9.01	111	87	69 (79.3)	TBA	15 353 000	Completo
Malawi	2 913	14.0–35.9	9.20	28	28	27 (96.4)	9 845 000	9 845 000	Completo
Mali	4 845	1.0–78.1	31.80	49	49	49 (100.0)	10 766 900	11 480 000	Completo
Níger	3 837	1.0–52.0	12.10	35	35	32 (91.4)	12 149 245	9 788 000	Completo****
Nigéria	Usados diferentes métodos de avaliação			774	26	26 (100.0)	80 000 000	118 369 000	Incompleto
Senegal	4 379	1.0–57.0	15.84	35	21	21 (60.0)	TBA	8 762 000	Completo
Tanzânia (Contín.)	3 933	4.0–72.0	42.84	108	52	11 (47.8)	20 000 000	30 799 000	Completo
Tanzânia (Zanzibar)	Usados diferentes métodos de avaliação			12	12	12 (100.0)	914 174	-	Completo
Togo	4 456	1.0–36.0	1.00	30	30	7 (23.3)	1 123 757	4 317 000	Completo
Uganda	6 980	1.9–26.8	7.80	56	56	24 (42.0)	TBA	20 256 000	Completo
Zâmbia	2 199	0.3–52.6	10.30	54	8	5 (62.5)	TBA	8 275 000	Incompleto
Zimbabwe	3 011	7.0–68.0	29.25	59	44	44 (100.0)	TBA	11 439 000	Incompleto

* Resultados de zonas onde foram detectados casos positivos.

** Melhores estimativas disponíveis.

*** Algumas UI foram excluídas do mapeamento; foram classificadas como não endêmicas com base em factores ecológicos.

**** Houve uma re-demarkação das UI depois de completado o mapeamento.

UI = Unidade de Implementação (em muitos países corresponde ao distrito)

TBA = A calcular

ANEXO 5

PROGRESSOS E OBJECTIVOS DA MDA NA REGIÃO AFRICANA

