SMC Alliance

Do conceito à escala

Celebrar 10 anos

de quimioprevenção sazonal da malária

Alguns direitos reservados. Esta obra é disponibilizada sob a licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-CompartilhaIgual 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Nos termos desta licença, pode copiar, redistribuir e adaptar a obra para fins não comerciais, desde que a obra seja corretamente citada, conforme indicado abaixo. Sempre que esta obra for utilizada, não deverá haver qualquer insinuação de que a SMC Alliance apoia qualquer organização, produto ou serviço específico. O logótipo da SMC Alliance só pode ser reproduzido com a expressa autorização do secretariado da SMC Alliance. Em caso de adaptação da obra, deve obter uma licença para a sua obra sob a mesma licença Creative Commons ou uma equivalente.

Citação sugerida: SMC Alliance. *Do conceito à escala: Celebrar 10 anos de quimioprevenção sazonal da malária. Londres: Malaria Consortium; 2023.*

Índice

Preâmbulo 4

1. O argumentário para a SMC 5

2. Do piloto à escala 5

DESTAQUE 1: **Projeto piloto da SMC em Katsina, Nigéria** 5
DESTAQUE 2: **Incorporação da SMC nas estruturas do sistema de saúde no Burquina Faso** 6
DESTAQUE 3: **Desenvolvimento do mercado para aumentar a produção de SPAQ** 7

3. SMC na atualidade 7

DESTAQUE 4: **A Covid-19 e o seu impacto na SMC** 12
DESTAQUE 5: **Expansão da SMC às crianças dos 5 aos 10 anos de idade no Senegal** 12

4. O futuro da SMC 13

DESTAQUE 6: **Expansão da SMC a novas geografias** 13
DESTAQUE 7: **Integração da SMC com outros serviços de saúde** 13
DESTAQUE 8: **Distribuição de rotina da SMC** 14
DESTAQUE 9: **Harmonização transfronteiriça** 14
DESTAQUE 10: **Digitalização da SMC** 15

5. Considerações finais 14

Referências 16

Sobre a SMC Alliance 16

Agradecimentos 16

Preâmbulo

O sucesso da quimioprevenção sazonal da malária (SMC, na sigla em inglês) é testemunho de uma década de inabalável perseverança de todos os intervenientes da SMC. Também testemunha o compromisso dos países, entidades reguladoras, doadores e profissionais de saúde na busca por formas de reduzir o impacto da malária nos jovens.

Este relatório descreve esta evolução. Ao longo dos últimos 10 anos, intervenientes de todos os setores trabalharam a SMC no terreno gerando dados para apoiar uma mudança das políticas relativas à malária, com o objetivo de reduzir o fardo da doença, em especial entre as pessoas carenciadas.

Ansiosos por reproduzir o seu sucesso inicial em sítios como a Nigéria e o Senegal, 13 países da África ocidental adotaram agora a SMC e estão a ajudá-la a chegar a novas geografias e grupos etários de modo a proteger ainda mais vidas. Embora a SMC tenha provado o seu valor enquanto medida de prevenção, a SMC Alliance está a tentar reforçar e aumentar o impacto da SMC; a título de exemplo, estudos demonstraram que a eficácia da SMC aumenta de forma considerável quando combinada com a vacina contra a malária RTS,S.

Os números não enganam. Protegeram-se milhões de vidas preciosas. Não podemos perder esta dinâmica que tanto custou a ganhar. A SMC Alliance está a preparar-se para novos desafios da malária que, certamente, surgirão nos próximos 10 anos. Se conseguirmos evitar a ocorrência e reduzir a transmissão da malária, já é meio caminho andado. A SMC mostra-nos o caminho.

Erin Eckert

Co-presidente, SMC Alliance

1. O argumentário para a SMC

Há uma longa história de utilização de medicamentos antimaláricos para a prevenção da malária nas populações afetadas.[1] Nos primeiros anos do novo milénio, a abordagem voltou a merecer nova atenção, em especial sob a forma do tratamento preventivo intermitente (IPT, na sigla em inglês), que implica a administração repetida de ciclos terapêuticos de medicamentos a pessoas em risco, independentemente se estão ou não infetadas. O objetivo é prevenir a doença mantendo concentrações do fármaco no sangue. Inicialmente, o IPT foi utilizado para conferir proteção às grávidas e às crianças com menos de um ano de idade, designado como tratamento preventivo intermitente na gravidez (IPTp) e tratamento preventivo intermitente em bebés (IPTi), respetivamente. Contudo, reconheceu-se também que em áreas onde a transmissão da malária é sazonal, a maioria dos casos e mortes por malária ocorre não nos bebés, mas nas crianças mais velhas.[2] Estudos realizados no Senegal e no Mali indicaram que ciclos regulares de antimaláricos administrados durante o pico da transmissão podem ser eficazes na redução dos casos de malária entre as crianças mais velhas nessas áreas.[3,4] Esta abordagem foi inicialmente conhecida como o tratamento preventivo intermitente em crianças (IPTc). Várias questões ficaram por responder, nomeadamente sobre: a escolha dos antimaláricos; a dosagem, o momento e a frequência da administração dos ciclos antimaláricos; os critérios relativos à faixa etária e à sazonalidade que devem ser utilizados para nortear a utilização da IPTc; como a intervenção pode ser implementada de forma sustentável, garantindo, ao mesmo tempo, uma elevada cobertura; em que medida a abordagem afeta o desenvolvimento da resistência do parasita; e de que forma a abordagem complementa a proteção conferida por outras medidas de controlo da malária.

Ao longo dos anos subsequentes, realizaram-se muitos estudos para, por um lado, confirmar que o IPTc pode ser uma estratégia eficaz de prevenção da malária em áreas de transmissão sazonal da malária e, por outro, dar resposta às perguntas em aberto.[5,6] Os resultados de ensaios randomizados demonstraram que a abordagem pode prevenir cerca de 75% dos episódios tanto de malária sem complicações quanto de malária grave em crianças.[6] Uma combinação de dois medicamentos antimaláricos emergiu como o regime terapêutico mais seguro e eficaz: sulfadoxina-pirimetamina (SP) e amodiaquina (AQ). Com o crescimento do consenso em torno da utilização da IPTc de forma mais ampla em áreas onde a transmissão da malária é sazonal, a intervenção passou a ser conhecida como a quimioprevenção sazonal da malária (SMC).

Tendo em conta o crescente número de evidências, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou a expansão da SMC na região do Sahel e do sub-Sahel em 2012.[7] As rondas anuais da SMC destinadas a crianças dos 3 aos 59 meses de idade e implicando quatro ciclos mensais de SP mais AQ (SPAQ) foram recomendadas em áreas onde a transmissão da malária era extremamente sazonal. Estas foram definidas como áreas onde mais de 60% dos casos de malária clínica ocorrem durante um máximo de quatro meses e onde a taxa de ataque clínico da malária é superior a 0,1 ataques por época de transmissão entre as crianças com menos de 5 anos de idade. A administração da SMC deve arrancar no início do pico da época de transmissão, que, por norma, coincide com a época das chuvas. A recomendação de política especificou que a SMC não deve ser implementada em áreas onde a eficácia terapêutica da SPAQ é inferior a 80% devido à resistência do parasita. Por este motivo, não se recomendou a expansão da SMC na África Oriental e Austral, onde a resistência à SP é generalizada. À recomendação de política seguiu-se, em 2013, a publicação de um guia prático sobre a SMC que forneceu informações técnicas e ferramentas operacionais para orientar a tomada de decisões sobre a adoção e implementação da SMC.[8] Em 2015, a SMC foi incorporada na Estratégia Técnica Mundial para a Malária 2016–2030 da OMS, que apela à expansão da prevenção da malária entre os grupos vulneráveis.[9]

2. Do piloto à escala

Após a recomendação da OMS para a expansão da SMC, os governos do Chade, Gâmbia, Mali, Mauritânia, Níger e Senegal assinaram a Iniciativa de Nouakchott em 2013 a fim de acelerar e coordenar os esforços de controlo da malária a nível regional. O âmbito geográfico foi alargado, mais tarde, para incluir o Burquina Faso e a Nigéria.[10] Realizaram-se vários projetos piloto (Destaque 1) em diversos países para determinar a melhor estratégia de execução da SMC. Na maioria dos contextos, a distribuição de medicamentos baseada na comunidade alcançou uma maior cobertura do que as estratégias de distribuição baseadas num ponto fixo.[11]

DESTAQUE 1:

Projeto piloto da SMC em Katsina, Nigéria

Um dos locais selecionados para testar a SMC, na sequência da recomendação da OMS, foi o estado de Kasina, no norte da Nigéria. Ao longo de um projeto que começou em 2013 e teve a duração de 33 meses, as autoridades do estado de Katsina trabalharam com parceiros para conceber um sistema de administração da SMC baseado na comunidade. Tal implicou lançar e executar a administração da SMC no seio da população-alvo e avaliar a aceitação por parte da comunidade, o custo e a eficácia desta abordagem. O projeto abrangeu mais de 150.000 crianças em Katsina, tendo sido entregues mais de 487.000 blisters de SPAQ. Algumas conclusões importantes desta fase foram que os distribuidores comunitários devem ser das comunidades onde trabalham e que é necessário envolver de perto os principais intervenientes do sistema de saúde a fim de assegurar a apropriação a nível local e a coerência com a política nacional.[12] O sucesso no estado de Katsina levou à utilização da SMC nos estados de Jigawa e Kano em 2014.

Malaria Consortium

Em 2014, oito países da região do Sahel estavam a implementar a SMC, chegando a cerca de 2,5 milhões de crianças. Contudo, não obstante o apoio de um conjunto de doadores, não havia financiamento suficiente para se chegar a um maior número de crianças. A expansão também foi travada pela oferta limitada de SPAQ com garantia de qualidade, tanto na formulação quanto na dosagem necessárias para a SMC. Entre 2015 e 2017, o projeto "Alcançar a Expansão Catalítica da SMC no Sahel" (ACCESS-SMC) procurou ultrapassar estes obstáculos. O objetivo geral era expandir a SMC em setes países do Sahel: Burquina Faso, Chade, Gâmbia, Guiné, Mali, Níger e Nigéria. No seu auge, o projeto ACCESS-SMC chegou a mais de sete milhões de crianças. Tal foi possível graças

DESTAQUE 2:

Incorporação da SMC nas estruturas do sistema de saúde no Burquina Faso

No Burquina Faso, a distribuição da SMC arrancou em 2014. Ainda que na altura não fizesse parte da estratégia nacional oficial, o Programa Nacional para o Controlo da Malária, apoiado por parceiros, expandiu gradualmente a intervenção ao longo de cinco anos: de 7 distritos em 2014 para 17 em 2015, 54 em 2016, 59 em 2017, 65 em 2018 e 70 distritos em 2019, representando 100% do país. Este sucesso só foi possível graças ao forte compromisso para com a atividade aos níveis nacional, regional e local, garantindo a sensibilização e o apoio para a SMC no seio das comunidades. Um exemplo de como as estruturas existentes do sistema de saúde ajudaram à expansão da SMC foi a utilização de enfermeiras-chefe nas unidades de saúde para coordenar a formação e a mobilização de equipas de distribuidores comunitários que, por sua vez, telefonaram para as famílias a informar que as distribuições estavam prestes a começar. Os estudos realizados pelo Instituto de Estudos e Investigação de Saúde Pública do Burquina Faso em 2017 concluíram que, em três distritos, 95% das mães sabiam da eminente campanha.

A expansão com êxito da SMC no Burquina Faso ao longo deste período e as histórias de sucesso correspondentes persuadiram o governo a integrar a SMC na política nacional sobre a malária e no plano estratégico para o controlo da malária.

Malaria Consortium

à estreita colaboração com os programas nacionais da malária, que estabeleceram claramente programas para a SMC e incorporaram esta intervenção nas diretrizes nacionais e nas estruturas existentes do sistema de saúde (Destaque 2).

À medida que os países foram ganhando cada vez mais experiência sobre a implementação da SMC, a intervenção tornou-se num programa anual regular, com ciclos mensais de distribuição da SMC durante a época de alta transmissão. Desde então, foram criados processos de rotina e ferramentas para todas as outras componentes da

“Antes da SMC, o meu centro registava cerca de 200 a 300 casos de malária por mês, agora regista 75 a 150 casos por mês. Outro fator extraordinário é o facto de a SMC constituir um incentivo para a população aderir a outras campanhas de prevenção [intervenções] em massa, como a vacinação contra a pólio.”

Gassara Goudja, chefe de saúde, Walia Ordre de Malte, Chade, em 2018

“Já não gasto dinheiro [rendimentos] do meu pequeno negócio para cuidar dos meus filhos porque já não ficam doentes durante a época das chuvas. Agora consigo poupar dinheiro. Queremos que a SMC continue, caso contrário os nossos filhos vão sofrer e não conseguiremos poupar dinheiro porque vamos passar o tempo novamente no centro de saúde.”

Bénédicte, cuidadora de Ziniaré, Burkina Faso, em 2018

Fotos: Sophie Garcia/Malaria Consortium

DESTAQUE 3:

Desenvolvimento do mercado para aumentar a produção de SPAQ

À medida que a SMC se alargou no âmbito do projeto ACCESS-SMC e a procura pela SPAQ aumentou, envidaram-se esforços para incrementar a produção de SPAQ adequada para crianças, acessível e com garantia da qualidade, em colaboração com um fabricante. Durante o projeto, a produção global de SPAQ para a SMC passou de 9,9 milhões de blisters em 2014 para mais de 70 milhões em 2017.

Ao longo dos últimos anos, verificou-se um aumento do acesso e da procura de SPAQ. Em 2021, dois fabricantes – baseados na China e Índia – receberam o estatuto de pré-qualificação da OMS para a sua SPAQ. Além disso, tem havido esforços para aumentar a capacidade de produção em África, com um fabricante queniano a tornar-se no primeiro fornecedor africano de SP (metade da SPAQ) aprovado pela OMS. De referir ainda o trabalho realizado com dois fabricantes nigerianos para desenvolver produtos de SP de elevada qualidade.

Nos últimos anos, têm vindo a aumentar as preocupações sobre a resistência à SP. Para solucionar esta questão, tiveram lugar consultas sobre as características desejadas para os medicamentos da SMC da próxima geração, o que resultou na identificação de várias combinações de potenciais alternativas à SPAQ. Estão em curso estudos de segurança em voluntários saudáveis sobre estas novas combinações.

Medicines for Malaria Venture

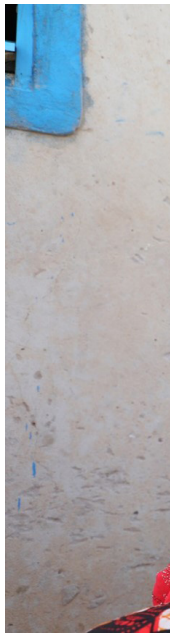
intervenção (Figura 1) e as atividades da SMC desenrolam-se ao longo do ano. O aumento da escala da SMC também criou um mercado para os medicamentos SPAQ com garantia de qualidade. (Destaque 3).

O projeto ACCESS-SMC contribuiu igualmente para a criação da base de evidências sobre o impacto da SMC em larga escala, avaliando a sua viabilidade, eficácia e rentabilidade, sem descurar a segurança e a resistência ao medicamento. O projeto demonstrou que a SMC é segura, possibilita uma elevada cobertura utilizando uma estratégia de entrega porta-a-porta e a resistência à SPAQ mantém-se esporádica.[13] Os estudos de controlo de caso em sete países do ACCESS-SMC demonstraram que a SMC implementada em condições programáticas fornece elevados níveis de proteção por comparação com aqueles dos contextos dos ensaios, com uma eficácia de proteção média de 88% contra a malária clínica num período de 28 dias.[14] Um estudo no Mali mostrou que a SMC reduziu em 39% as hospitalizações entre as crianças com menos de 5 anos.[15] Além disso, foi também demonstrado que a SMC tem uma elevada relação custo/eficácia. Uma análise à SMC implementada em sete dos países do projeto ACCESS-SMC em 2016 calculou que a intervenção permitiu poupar 66 milhões de dólares norte-americanos aos sistemas de saúde desses países, reduzindo os custos de diagnóstico, tratamento e hospitalização relacionados com a malária.[16]

3. SMC na atualidade

Com base nos sucessos iniciais da SMC, os programas nacionais da malária continuaram a expandir a SMC. Em 2021, 15 países estavam a implementar a SMC, chegando a cerca de 45 milhões de crianças. Tal só foi possível graças à liderança dos programas nacionais da malária e ao apoio dos parceiros de implementação e doadores. Nos últimos anos, a SMC continuou a crescer, não obstante os desafios decorrentes do surgimento da pandemia da

Cuidadora administrando diretamente a SPAQ ao seu filho numa aldeia Fulani do estado de Sokoto. Créditos: Malaria Consortium



“Dez anos após os primeiros pilotos da SMC, a Unitaid orgulha-se de ter apoiado a introdução em grande escala e a nível mundial desta intervenção vital, ao mesmo tempo que nos orgulhamos de ver o impacto que os nossos esforços iniciais estão a ter num maior acesso nos dias que correm. Quando a Unitaid e os parceiros iniciaram o projeto ACCESS-SMC, a adoção da recomendação da OMS de 2012 era baixa e menos de 4% das crianças elegíveis beneficiavam da SMC. O ACCESS-SMC promoveu uma maior adesão ao demonstrar a viabilidade e o impacto da SMC em larga escala, ao mesmo tempo que ajudou a indústria a fabricar um produto adequado para crianças, saboroso e fácil de administrar especificamente para a SMC. Ao longo da duração do projeto, sete países conseguiram expandir com êxito o acesso à SMC, chegando a mais de 25% de todas as crianças elegíveis na altura e ajudando a reduzir o custo do tratamento para menos de 4 USD por criança. Através de um forte espírito de parceria, colaboração e coordenação dentro da comunidade da malária, no final do projeto, mais cinco países tinham arrancado com os seus programas. Hoje em dia, 15 países implementam a SMC e mais de 45 milhões de crianças têm acesso à intervenção. Com a expansão generalizada, o impacto destes esforços iniciais está patente na atualidade: desde o início do projeto ACCESS-SMC em 2014, estima-se que tenham sido evitados 160 milhões de casos de malária e tenham sido poupadas mais de 700.000 vidas.”

Dr. Phillipe Duneton, Diretor-Executivo, Unitaid

> “Estou convicto da eficácia dos medicamentos antimaláricos distribuídos. Encorajo todas as mulheres a dirigirem-se aos centros de saúde para tomarem estes medicamentos, seguirem o tratamento e respeitarem as instruções dos profissionais de saúde.”

Zeinabou Issafoi, cuidadora de Zinder, Níger

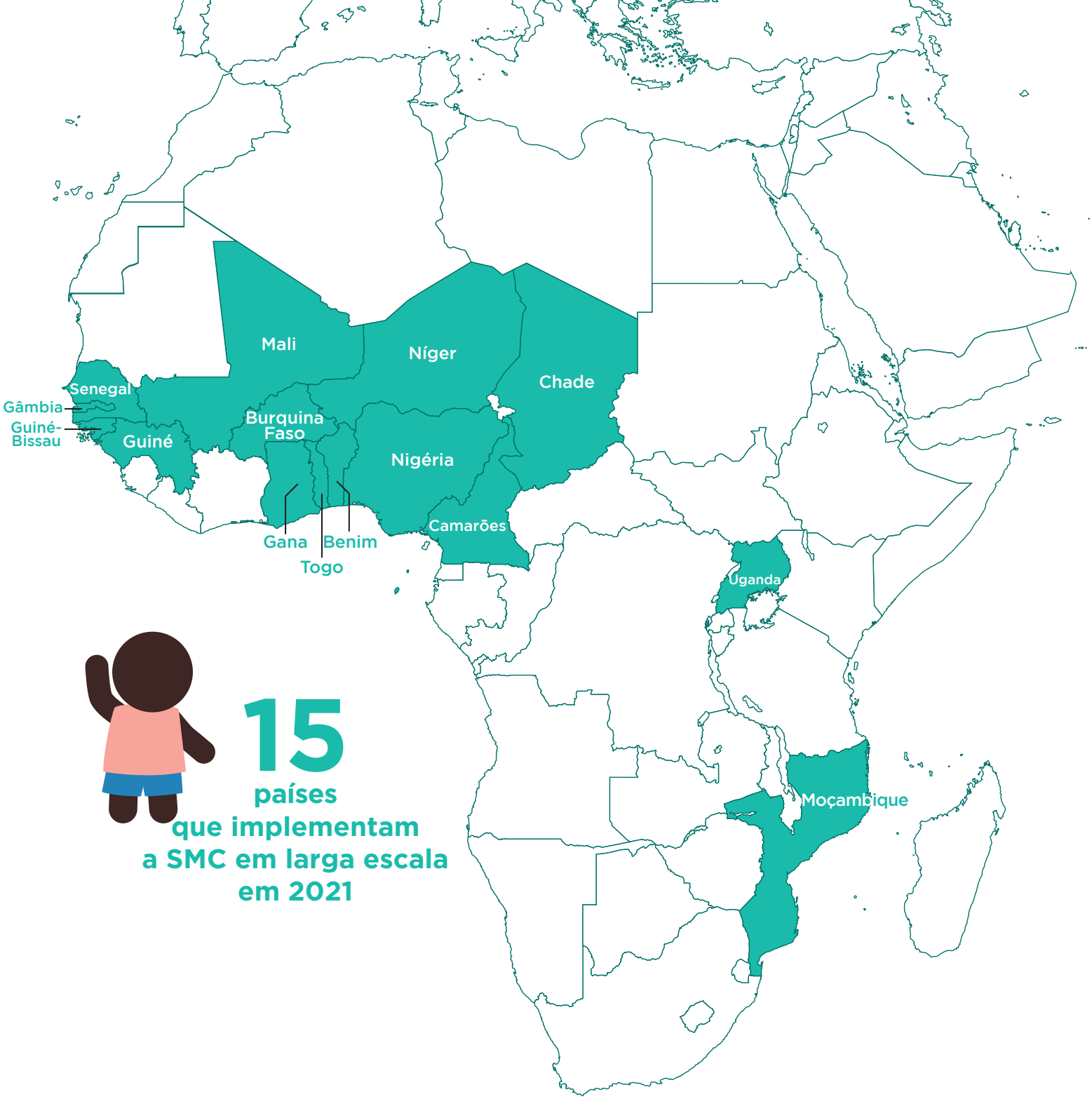
> “Hoje em dia, as mulheres estão cientes da importância dos medicamentos antimaláricos porque viram resultados positivos. Às vezes os pais perguntam-nos quando será a próxima campanha.”

Aissata Saga, distribuidor comunitário no distrito de Saga, Niamey, Níger

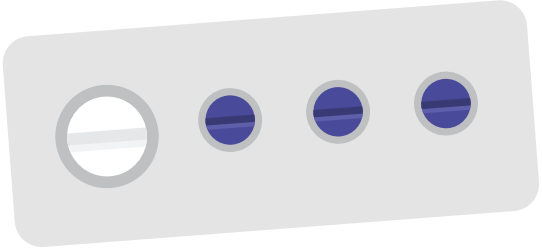
> “Em 2020, graças aos nossos parceiros, conseguimos proteger 4,5 milhões de crianças contra a malária através da campanha de SMC, apesar das perturbações do sistema de saúde provocadas pela Covid-19.”

Dr. Abou Yahaya, Coordenador do PNCM, Níger

Fotos: Hadjara Laouali Balla/CRS

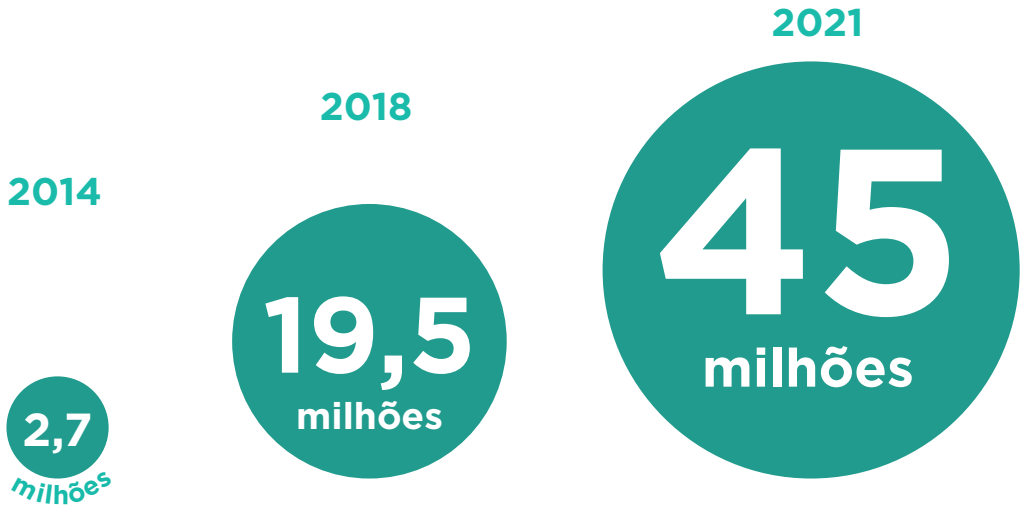


15
países que implementam a SMC em larga escala em 2021



728 milhões
de blisters de SPAQ adquiridos desde 2014

Número de crianças abrangidas



A SMC oferece uma proteção de

contra a malária clínica

em crianças dos 3 aos 59 meses de idade ao longo de um período de 28 dias[14]

O custo económico médio

ponderado da administração de quatro ciclos mensais de SMC é

$3,63

por criança[16]

DESTAQUE 4:

A Covid-19 e o seu impacto na SMC

Para assegurar a continuação das campanhas da SMC – na medida em que são um serviço essencial para combater a malária – minimizando, ao mesmo tempo, o risco de infeção por Covid-19 para os distribuidores comunitários e as comunidades, foi necessário adaptar todas as componentes de intervenção da SMC. Foram introduzidas várias medidas para proteger e salvaguardar as crianças, as cuidadoras e os distribuidores comunitários envolvidos nas campanhas da SMC. Entre estas medidas incluem-se: a compra e a distribuição de equipamento de proteção individual (EPI); a adaptação dos assistentes de tarefa para os distribuidores comunitários a fim de incluírem orientações específicas sobre a Covid-19; o reforço das medidas de higiene e distanciamento; e a comunicação com a comunidade e a gestão de rumores sobre a Covid-19 e a malária. A comunidade internacional da SMC, através da RMB Partnership to End Malaria, também trabalhou em conjunto para emitir diretrizes operacionais abrangentes para os países com vista a promover o alinhamento das campanhas da SMC com a resposta mais alargada à Covid-19.

A pandemia também causou perturbações nas cadeias de abastecimento, afetando os calendários de entrega de EPI e medicamentos usados na SMC. Foram criadas reservas nacionais para ambos os produtos, mas também se procedeu a compras complementares nos mercados globais. Tal revelou-se difícil à medida que a procura atingiu níveis sem precedentes.

Não obstante os desafios – e uma conjuntura extremamente complexa – as campanhas da SMC de 2020 decorreram em todas as geografias, à escala normal, chegando a mais de 30 milhões de crianças.

Malaria Consortium

Covid-19 (Destaque 4).[17]

A expansão da SMC na região do Sahel é habitualmente vista como uma história de sucesso. Nos últimos anos, o discurso global entre a comunidade da SMC incide, cada vez mais, sobre a adaptação da intervenção a diferentes contextos e as inovações que poderão ser introduzidas para maximizar o seu contributo na luta global contra a malária. Assistimos a uma mudança de paradigma, passando de uma abordagem universal à SMC para uma abordagem com muito mais variedade e flexibilidade.

Em junho de 2022, a OMS publicou as diretrizes consolidadas para a malária,[18] que sublinham a necessidade de proporcionar uma maior flexibilidade a países com malária endémica a fim de adaptar as estratégias da malária ao contexto e à epidemiologia locais. Relativamente à SMC, as diretrizes já não definem restrições geográficas e conferem uma maior flexibilidade em termos de reconhecimento do risco baseado na idade.

Muitos países levaram a cabo exercícios de estratificação para determinar a matriz ideal para a intervenção da malária ao nível subnacional. Em alguns casos, alguns exercícios resultaram na identificação de novos locais que são adequados para a SMC, incluindo locais onde uma parte significativa dos casos de malária ocorrem pouco antes ou após o período de quatro meses do pico de transmissão. Nestes locais, alguns países adaptaram a sua estratégia de SMC de modo a ajustar o número de ciclos mensais de SMC. Por exemplo, inicialmente, a Nigéria tinha-se centrado em nove estados do Sahel no norte do país, nos quais a SMC foi implementada pela primeira vez em 2020. Na sequência de um exercício de estratificação realizado no âmbito da iniciativa High Burden to High Impact em 2019, o Programa Nacional para a Eliminação da Malária agora considera 20 estados e o Território da Capital Federal como elegíveis para a SMC. Os estados do sul, onde a época de transmissão é mais prolongada, tencionam implementar cinco ciclos mensais da SMC. A SMC foi implementada em todos estes estados em 2022, o que contribui de forma considerável para o aumento do número de crianças que receberam a SMC nos últimos anos.

Além da expansão para novos locais, alguns países experimentaram alargar a faixa etária das crianças elegíveis para a SMC. Por exemplo, um estudo efetuado no Senegal concluiu que a SMC é bem tolerada e eficaz nas crianças até aos 10 anos de idade (Destaque 5).[19]

DESTAQUE 5:

Expansão da SMC às crianças dos 5 aos 10 anos de idade no Senegal

A adoção da SMC no Senegal passou por várias etapas. Após a recomendação da OMS em março de 2012, o Programa Nacional para o Controlo da Malária organizou uma série de seminários para a adoção da SMC e de duas outras estratégias (artesunato retal e ACT na gravidez). Os estudos da SMC realizados no centro e sul do Senegal apresentados durante estas reuniões mostraram elevadas taxas de eficácia protetora tanto nas crianças com menos de 5 anos de idade quanto no grupo dos 5 aos 9 anos de idade. Observou-se que a SMC era viável, aceite tanto pelas comunidades quanto pelos profissionais de saúde e apresentava um bom perfil de segurança (Cisse et al 2016, Ndiaye et al, 2016, Ndiaye et al 2019). Os dados sobre a incidência da malária fornecidos pelos hospitais no sudeste do Senegal confirmaram a elevada taxa de incidência da malária grave nas crianças dos 5 aos 9 anos de idade. A SMC foi adotada em dezembro de 2012 e implementada nas crianças dos 3 aos 120 meses em 2013 a título experimental, antes de ser expandida em 2014 a 4 regiões.

Université de Thiès

Administração da SMC em Moçambique durante a Covid-19 Créditos: Malaria Consortium

4. O futuro da SMC

Graças à maior flexibilidade na implementação da SMC é provável que a SMC se expanda para novos locais. Estes incluem zonas na África Oriental e Austral onde o fardo da malária é elevado e a transmissão é sazonal, mas a resistência do parasita à SMC é alta. A modelização da malária indicou que a SMC poderá ser uma estratégia viável de prevenção da malária apesar da resistência do parasita.[20] Estão em curso estudos que exploram a viabilidade, acessibilidade e o impacto da SMC no Uganda e em Moçambique, sendo que os resultados preliminares são promissores (Destaque 6). No entanto, por comparação com o Sahel, existe uma heterogeneidade bastante maior na África Oriental e Austral, por exemplo, em termos de perfis de resistência do parasita, transmissão e prevalência da malária e imunidade da população. Quanto mais soubermos sobre a eficácia da quimioprevenção[21] dos medicamentos da SMC em diferentes contextos – por outras palavras, a sua capacidade de eliminar as infeções existentes e impedir novas infeções – mais confiança teremos para prever a eficácia futura da SMC nesses contextos. Ainda que a SPAQ continue a ser eficaz para ser utilizada na SMC, é necessário desenvolver e testar regimes terapêuticos alternativos que possam substituir ou complementar a SPAQ no futuro. De igual modo, são necessários mais estudos sobre o impacto das alterações climáticas e as emergências humanitárias.

A SMC é uma plataforma de base comunitária que chega constantemente a um grande número de crianças e poderá ser utilizada para a implementação de outras intervenções no futuro, assim aumentando a cobertura combinada e reduzindo os custos gerais (Destaque 7). Em alguns casos, as intervenções poderão não ser executadas através da plataforma da SMC, mas o impacto poderá ser maximizado ao coordenar a respetiva implementação num determinado local. Trata-se, por exemplo, da distribuição de redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração e vacinas da malária. Um estudo realizado no Burquina Faso e no Mali concluiu que uma combinação da SMC e da vacina contra a malária RTS,S/AS01 era melhor do que qualquer uma das intervenções de forma independente. Outras abordagens para minimizar os custos e garantir a sustentabilidade da intervenção são a integração da SMC nas atividades de rotina do sistema de saúde (Destaque 8) e a harmonização

DESTAQUE 6:

Expansão da SMC a novas geografias

Até 2021, a SMC só tinha sido implementada na região do Sahel da África Ocidental, onde a SMC tinha mostrado uma eficácia de 75% na prevenção de casos de malária sem complicações e graves, durante o pico de transmissão. Na África Oriental e Austral, fatores como a resistência ao parasita, os diversos níveis de transmissão da malária, a imunidade da população e os polimorfismos genéticos levantaram dúvidas sobre se a SMC poderia ser uma estratégia eficaz de prevenção da malária fora da região do Sahel.

Desde 2021, o Uganda e Moçambique têm estado na linha da frente da realização de estudos de implementação da SMC na região para avaliar a sua aceitabilidade, viabilidade e eficácia tendo em vista uma possível expansão. Em 2022, a OMS emitiu diretrizes atualizadas sobre a quimioprevenção. Estas dão mais flexibilidade aos países com malária endémica para desenvolverem estratégias de quimioprevenção adequadas aos contextos locais, tornando-se ainda mais evidente a possibilidade de utilização da SMC fora da região do Sahel.

As conclusões dos estudos de implementação em Moçambique e no Uganda sugerem que a SMC com a SPAQ é segura, viável e aceitável no contexto local, alcançando uma elevada cobertura nas áreas de estudo. Além disso, a intervenção parece ser extremamente eficaz. Os resultados de ensaios não randomizados demonstraram que as crianças nos distritos onde a SMC foi distribuída tinham 86% e 92% menos probabilidade, respetivamente, de desenvolver malária clínica do que as crianças em distritos não abrangidos pela SMC em Moçambique e no Uganda.[24]

Em janeiro de 2023, Moçambique tornou-se no primeiro país fora da região do Sahel a expandir a SMC a partir do seu estudo inicial.

Malaria Consortium

DESTAQUE 7:

Integração da SMC com outros serviços de saúde

A distribuição da SMC baseada na comunidade chega, de forma consistente, a um grande número de crianças. A mesma plataforma pode ser usada para a execução de outras intervenções. Por exemplo, o Burquina Faso, o Mali e o Níger integraram com êxito o rastreio da subnutrição na execução da SMC. Na Nigéria, a integração da administração de suplementos de vitamina A com a SMC aumentou consideravelmente a cobertura da vitamina A.[22] Em alguns casos, as intervenções poderão não ser executadas através dos mesmos mecanismos, mas uma abordagem parcialmente integrada pode maximizar o impacto combinado na saúde pública. Por exemplo, a Guiné utilizou as campanhas da SMC para verificar a utilização de redes mosquiteiras pelas famílias, o estado de vacinação das crianças e a utilização dos serviços para a malária na gravidez. A utilização da plataforma da SMC para outras intervenções de base comunitária e a coordenação entre os programas de saúde poderão gerar eficiências a nível do sistema de saúde, maximizando a cobertura e reduzindo os custos gerais.

Para identificar os melhores mecanismos de execução e assegurar que a integração não é feita às custas de uma menor qualidade ou de um maior custo da SMC, são necessários estudos para avaliar a viabilidade, aceitabilidade, segurança e relação custo/eficácia total das intervenções integradas de base comunitária.

Catholic Relief Services
Malaria Consortium

DESTAQUE 8:

Distribuição de rotina da SMC

Nos Camarões, no início de 2022, antes do arranque da campanha de SMC, decidiu testar-se uma nova abordagem à distribuição, conhecida como distribuição de rotina. A mobilização social, a enumeração das famílias e a administração da SMC foram realizadas pelo atual quadro de distribuidores comunitários (DC) em 11 distritos de entre os 47 elegíveis para a SMC. Estes DC foram responsáveis por cobrir todas as crianças nas suas áreas de cobertura num período inferior a 10 dias. A expectativa é que o facto de os DC conhecerem as famílias nas suas comunidades deverá facilitar estes passos necessários. Pelo contrário, nos outros 36 distritos da SMC, a SMC foi realizada como uma campanha em massa, exigindo o recrutamento, a formação e o pagamento a um grande número de distribuidores. Com base nos resultados comunicados da campanha de 2022, mais de 98% das crianças enumeradas receberam a SMC. Não foi observada qualquer diferença em termos de desempenho entre os distritos da campanha em massa e aqueles da campanha de rotina; porém, o custo da distribuição de rotina foi bastante inferior (1,24$/criança tratada na campanha em massa por comparação com 1,02$ na campanha de rotina). Um total de 2147 DC participaram na mobilização e distribuição no modo de rotina. Este número teria sido 4102 no modo da campanha em massa. Da mesma forma, o Togo encontra-se a realizar um estudo sobre como integrar a SMC na prestação de rotina dos serviços de saúde de base comunitária.

Population Services International

DESTAQUE 9:

Harmonização transfronteiriça

O projeto "Sahel Malária e Doenças Tropicais Negligenciadas" (SM/NTD) foi implementado entre 2016 e 2019 no Burquina Faso, Mali e Níger. Tinha como objetivo aumentar o acesso e a utilização de serviços harmonizados de nível comunitário para a prevenção e o tratamento da malária e determinadas doenças tropicais negligenciadas em áreas transfronteiriças específicas. Tal implicou reforçar a colaboração regional entre os países participantes, apoiar a implementação coordenada da SMC e outras intervenções nas zonas transfronteiriças e desenvolver a capacidade institucional para coordenar e monitorizar a implementação. A coordenação e a harmonização da execução da SMC nos três países garantiram que as populações na região fronteiriça receberam a SMC no momento certo e ajudaram a obter uma cobertura elevada.

Organização Oeste Africana da Saúde

transfronteiriça da implementação da SMC (Destaque 9).

Por fim, as ferramentas digitais poderão revolucionar a forma de implementação das intervenções de saúde pública, aumentando a eficiência, responsabilização e igualdade. Há muito espaço para a utilização de ferramentas digitais na SMC, incluindo ao nível do mapeamento da população-alvo, da recolha de dados administrativos e do processamento de pagamentos para os responsáveis pela implementação da SMC no terreno (Destaque 10). Um obstáculo que, até ao momento, tem travado a expansão das

DESTAQUE 10:

Digitalização da SMC

A digitalização trouxe-nos dados mais fiáveis. "Podemos acompanhar o trabalho do agente no terreno em tempo real e também temos dados de cobertura em tempo real, pelo que não precisamos de inquéritos sobre a cobertura", refere o PNLP no Benim, onde o governo tenciona digitalizar na íntegra as suas campanhas de SMC através de uma campanha de saúde parcialmente integrada. A digitalização implicou a utilização por parte da campanha da SMC da base de dados do processo de enumeração da campanha de redes mosquiteiras. Por outras palavras, não foi necessário enumerar novamente as famílias; ao invés, os agentes da campanha apenas tiveram de atualizar as informações sobre nascimentos, mortes e movimentos da população. Tal gerou poupanças de custos e economias de escala. Também foram envidados esforços para executar análises de dados a fim de compreender melhor quais as famílias que poderão ter ficado de fora durante a campanha. Esta atividade contribuiu para a reformulação da estratégia para campanhas futuras. Outros países começaram a explorar a utilização de ferramentas digitais na SMC (incluindo o Benim, o Burquina Faso, o Gana, a Guiné, o Mali, o Níger, a Nigéria e a Gâmbia) para digitalizarem as campanhas da SMC em várias plataformas a fim de aumentar a eficiência, a qualidade e a cobertura das campanhas, assim como para reforçar a transparência operacional e a responsabilização.

Catholic Relief Services

ferramentas digitais na SMC é a necessidade de definir modelos de implementação escaláveis e sustentáveis, idealmente possibilitando uma utilização polivalente em diferentes campanhas de saúde e atividades de vigilância de rotina.

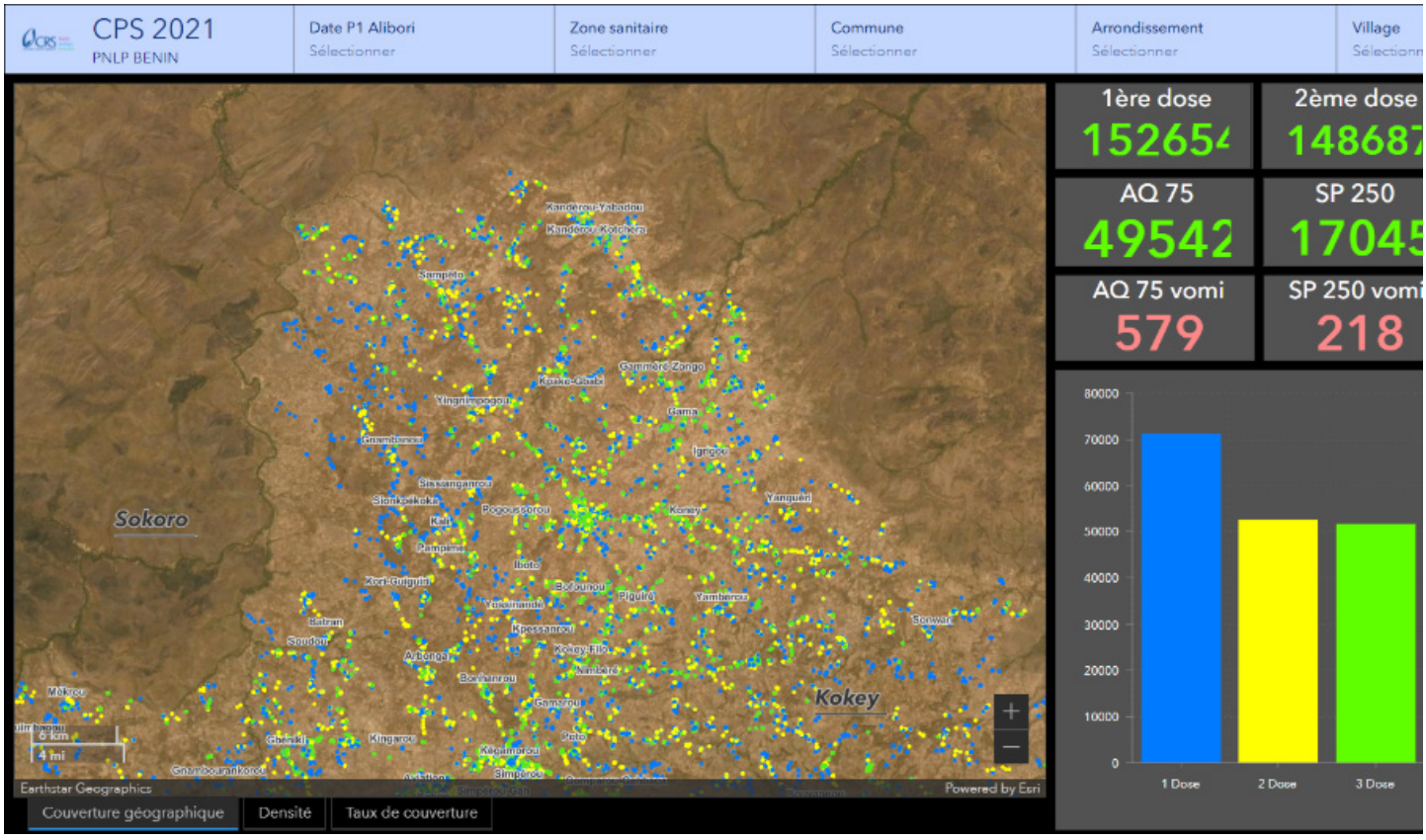
5. Considerações finais

Este relatório traçou o crescimento da SMC desde o conceito inicial antes de ter sido recomendada pela OMS em 2012 até à escala que levou a intervenção a chegar a 45 milhões de crianças em 2021. A última década tem sido uma história de sucesso marcada pela colaboração, liderada pelos programas nacionais de controlo da malária e apoiada por organizações de implementação e uma série de doadores internacionais incluindo a Unitaid, o Fundo Mundial de Luta contra a Sida, a Tuberculose e a Malária, a Iniciativa do Presidente dos EUA contra a Malária, a Fundação Bill e Melinda Gates e a Agência Coreana para a Cooperação Internacional. Os generosos donativos de filantropos e o altruísmo real da comunidade também têm apoiado a SMC.

Durante a última década, a comunidade da SMC apostou na inovação. Em parceria com empresas farmacêuticas, a produção de SPAQ foi alargada para satisfazer a procura crescente, ao passo que a formulação dos medicamentos foi alterada para melhorar a aceitabilidade junto das crianças-alvo. Em alguns países, a SMC foi alargada a outras faixas etárias, enquanto outros países testaram novas abordagens à distribuição de rotina, ao passo que novas ferramentas digitais passaram a ser usadas para fornecer dados que permitem que os programas da malária tomem decisões mais informadas sobre o planeamento da campanha. Mais recentemente, os países de implementação tiveram de estabelecer um equilíbrio entre a continuidade da SMC e as pressões sobre os serviços de saúde resultantes do surto da pandemia da Covid-19, durante a qual a intervenção foi concluída à escala prevista, com algumas adaptações para controlar a infeção.

Os números gerais apresentados no presente relatório ilustram a enorme escala que foi atingida ao longo de toda a década. No total, foram adquiridos 728 milhões de blisters de medicamentos da SMC que posteriormente foram distribuídos pelos países de implementação. Estes medicamentos forneceram uma eficácia de 88% de proteção contra a malária nas crianças dos 3 aos 59 meses de idade. Foi possível alcançar esta escala e eficácia, mantendo, ao mesmo tempo, o custo por criança baixo.

Agora, numa altura em que entramos na segunda década de implementação da SMC, as diretrizes consolidadas e atualizadas sobre a malária publicadas pela OMS em 2022 alargaram os critérios sobre onde e como implementar a SMC. O Uganda e Moçambique são referências que demonstram de que forma a SMC pode ser utilizada com êxito fora da região do Sahel. Estes desenvolvimentos sugerem que é possível continuar a aumentar a escala da SMC ao longo da próxima década e muitos outros milhões de crianças podem ser abrangidas e protegidas da malária.



Painel de controlo da cobertura da SMC no Benim. Cada ponto representa cada dose recebida por cada criança. O ponto azul representa a primeira dose, o amarelo a segunda dose e o verde a terceira dose. Créditos: Elijah Egwu, CRS

Referências

1. Greenwood B. The use of anti-malarial drugs to prevent malaria in the population of malaria-endemic areas. Am J Trop Med Hyg. 2004; 70(1): 1-7.
2. Greenwood B. Review: Intermittent preventive treatment--a new approach to the prevention of malaria in children in areas with seasonal malaria transmission. Trop Med Int Health. 2006; 11(7): 983-91.
3. Cissé B, Sokhna C, Boulanger D, Milet J, Bâ el H, Richardson K, et al. Seasonal intermittent preventive treatment with artesunate and sulfadoxine-pyrimethamine for prevention of malaria in Senegalese children: A randomised, placebo-controlled, double-blind trial. Lancet. 2006; 367(9511): 659-67.
4. Dicko A, Sagara I, Sissoko MS, Guindo O, Diallo AI, Kone M, et al. Impact of intermittent preventive treatment with sulphadoxine-pyrimethamine targeting the transmission season on the incidence of clinical malaria in children in Mali. Malar J. 2008; 7: 123.
5. Wilson AL; IPTc Taskforce. A systematic review and meta-analysis of the efficacy and safety of intermittent preventive treatment of malaria in children (IPTc). PLoS One. 2011; 6(2): e16976.
6. Meremikwu MM, Donegan S, Sinclair D, Esu E, Oringanje C. Intermittent preventive treatment for malaria in children living in areas with seasonal transmission. Revisão Sistemática da Base de Dados de Cochrane. 2012; 2012(2): CD003756.
7. Organização Mundial de Saúde. WHO policy recommendation: Seasonal malaria chemoprevention (SMC) for Plasmodium falciparum malaria control in highly seasonal transmission areas of the Sahel sub-region in Africa. Genebra: OMS; 2012.
8. Organização Mundial de Saúde. Seasonal malaria chemoprevention with sulfadoxine-pyrimethamine plus amodiaquine in children: A field guide. Genebra: OMS; 2013.
9. Organização Mundial de Saúde. Global technical strategy for malaria 2016 – 2030: 2021 update. Genebra: OMS; 2021.
10. Noor AM, Kibuchi E, Mitto B, Coulibaly D, Doumbo OK, Snow RW. Sub-national targeting of seasonal malaria chemoprevention in the Sahelian countries of the Nouakchott initiative. PLoS One. 2015; 10(8): e0136919.
11. Barry A, Issiaka D, Traore T, Mahamar A, Diarra B, Sagara I, et al. Optimal mode for delivery of seasonal malaria chemoprevention in Ouelessebougou, Mali: A cluster randomized trial. PLoS One. 2018; 13(3): e0193296.
12. Strachan CE, Kana M, Martin S, Dada J, Wandera N, Marasciulo M, et al. The use of formative research to inform the design of a seasonal malaria chemoprevention intervention in northern Nigeria. Malar J. 2016; 15: 474.
13. ACCESS-SMC Partnership. Effectiveness of seasonal malaria chemoprevention at scale in west and central Africa: An observational study. The Lancet, 2020; 396(10265): 1829–40.
14. Cairns M, Ceesay SJ, Sagara I, Zongo I, Kessely H, Gamougam K, et al. Effectiveness of seasonal malaria chemoprevention (SMC) treatments when SMC is implemented at scale: Case-control studies in 5 countries. PLoS Medicine, 2021; 18(9): e1003727.
15. Issiaka D, Barry A, Traore T, Diarra B, Cook D, Keita M, et al. Impact of seasonal malaria chemoprevention on hospital admissions and mortality in children under 5 years of age in Ouelessebougou, Mali. Malar J. 2020; 19(1): 103.
16. Gilmartin C, Nonvignon J, Cairns M, Milligan P, Bocoum F, Winskill P, et al. Seasonal malaria chemoprevention in the Sahel subregion of Africa: A cost-effectiveness and cost-savings analysis. Lancet Global Health, 2021; 9(2): e199-e208.
17. RBM Partnership to End Malaria. Adapting seasonal malaria chemoprevention in the context of COVID-19: Operational guidance. Genebra: RBM; 2020.
18. Cissé B, Ba EH, Sokhna C, NDiaye JL, Gomis JF, Dial Y, et al. Effectiveness of seasonal malaria chemoprevention in children under ten years of age in Senegal: A stepped-wedge cluster-randomised trial. PLoS Med. 2016; 13(11): e1002175.
19. Organização Mundial de Saúde. WHO guidelines for malaria. Genebra: OMS; 2022.
20. Owen BN, Winkel M, Bonnington C, Nuwa A, Achan J, Opigo J, et al. Dynamical malaria modeling as a tool for bold policy-making. Nat Med. 2022; 28(4): 610-611.
21. Organização Mundial de Saúde. Malaria chemoprevention efficacy study protocol. Genebra: OMS; 2022.
22. Oresanya O, Phillips A, Okereke E, Ahmadu A, Ibinaiye T, Marasciulo M, et al. Co-implementing vitamin A supplementation with seasonal malaria chemoprevention in Sokoto State, Nigeria: A feasibility and acceptability study. BMC Health Serv Res. 2022; 22(1): 871.
23. Chandramohan D, Zongo I, Sagara I, Cairns M, Yerbanga RS, Diarra M, et al. Seasonal malaria vaccination with or without seasonal malaria chemoprevention. N Engl J Med. 2021; 385(11): 1005-1017.
24. Nuwa A, Baker K, Bonnington C, Odongo M, Kyagulanyi T, Bwanika JB, et al. A non-randomized controlled trial to assess the protective effect of SMC in the context of high parasite resistance in Uganda. Malar J. 2023; 22: 63.

Sobre a SMC Alliance

A SMC Alliance é um grupo de partes interessadas com interesse na SMC, desde programas nacionais da malária até parceiros técnicos internacionais, doadores, institutos de investigação e agência de implementação. Foi criada por iniciativa dos países de implementação da SMC em novembro de 2013, sob os auspícios da reunião anual de revisão e planeamento das Redes Regionais da África Ocidental e Central para as atividades de controlo da malária, organizada em Abidjan, na Costa de Marfim. Desde 2020, a SMC Alliance é um fluxo de trabalho sob o Comité de Parceiros de Apoio Nacional/Regional da RBM Partnership to End Malaria. Desde 2020, a SMC Alliance é constituída por mais de 25 países de implementação, universidades e organizações de investigação, organizações governamentais e internacionais.

smc-alliance.org

@SMCAlliance

SMC Alliance

Agradecimentos

Este relatório foi compilado pelo Subgrupo Advocacia e Comunicações da SMC Alliance. O financiamento foi concedido pelo Malaria Consortium que atua como secretariado do subgrupo. A SMC Alliance agradece a todas as organizações e pessoas que contribuíram para elaboração do presente relatório. As seguintes pessoas contribuíram para a elaboração do relatório: Tete Amouh (RBM), Celine Audibert (MMV), Mohammad Bala (PNCM Nigéria), Hadjara Laouali Balla (CRS), Simon Cordery (Malaria Consortium), Catherine Dentinger (CDC), Erin Eckert (PSI), Charlotte Eddis (PSI), Ashley Giles (Malaria Consortium), Zeinabou Ide (Impact Sante Afrique), Monique Murindahabi (ALMA), Jean-Louis N'Diaye (Universite de Thies), Abena Poku-Awuku (MMV), Christian Rassi (Malaria Consortium), Samantha Rothbart (Malaria Consortium), Akinola Shonde (CRS), Andre-Marie Tchouatieu (MMV), Suzanne Van Hulle (CRS), James Wallen (Speak Up Africa), Doreen Yomoah (MMV) e Maggie Zander (Unitaid).