

Boletim Epidemiológico

12

Volume 56 | 26 ago. 2025

Implementação da tafenoquina nos municípios prioritários do Brasil, 2024

SUMÁRIO

- [1 Introdução](#)
- [2 Aspectos metodológicos](#)
- [5 Resultados e discussão](#)
- [11 Considerações finais](#)
- [12 Referências](#)

INTRODUÇÃO

A malária configura-se como um relevante problema de saúde pública global, afetando milhões de pessoas anualmente e figurando entre as principais causas de óbito por doenças infecciosas, especialmente em regiões tropicais e subtropicais. Em 2023, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou aproximadamente 263 milhões de casos da enfermidade e 597 mil mortes em todo o mundo, com a maioria dos óbitos concentrados no continente africano, onde a transmissão de *Plasmodium falciparum* é elevada e mais frequente. Nas Américas, foram registrados 548 mil casos e 342 óbitos por malária em 2023, sendo que Brasil, Venezuela e Colômbia concentraram mais de 80% dos casos autóctones do continente americano¹.

No Brasil, em 2023, a região amazônica concentrou 99% dos casos autóctones, com predomínio da espécie *Plasmodium vivax* (82%), concentrados em 26 municípios que responderam por 80% do total nacional. Embora a região extra-amazônica apresente baixa incidência, os casos ali registrados apresentam maior letalidade e configuram risco para o restabelecimento da transmissão local².

Devido ao impacto direto na saúde das pessoas acometidas, bem como os impactos sociais e econômicos observados em diferentes países, a OMS estabeleceu a meta de eliminar a malária em pelo menos 35 países até 2030, o que demanda esforços globais coordenados e investimentos contínuos em pesquisa e inovação^{3,4}. Alinhado a esse objetivo, o Brasil publicou o Plano Nacional de Eliminação da Malária em 2022, fundamentado nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que apresenta como uma das principais metas a eliminação da malária por *P. falciparum* até 2030 e por *P. vivax* até 2035⁴.

Contudo, a eliminação da malária no Brasil (e em outros países) ainda enfrenta importantes desafios, especialmente em relação aos casos por *P. vivax*, devido à presença das formas hipnozoitas do agente, capazes de causar recaídas

e manter a transmissão em áreas com presença de vetores^{5,6}. Para enfrentar esse desafio, o Ministério da Saúde publicou, em 5 de junho de 2023, a Portaria Sectics/MS n.º 27⁷, oficializando a incorporação da tafenoquina no Sistema Único de Saúde (SUS) como opção terapêutica para a cura radical da malária causada por *P. vivax* (eliminação completa do parasito, incluindo as formas latentes no figado). A decisão foi precedida por recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Novas Tecnologias em Saúde (Conitec), fundamentada em consulta pública e em estudos clínicos de Fase 3 conduzidos em Manaus/AM e Porto Velho/RO⁸. Diferentemente da primaquina, medicamento de escolha para a cura radical até 2023, cuja posologia é de sete dias de tratamento e comumente está associado à baixa adesão, a tafenoquina é administrada em dose única em combinação com a cloroquina. Essa característica de redução na duração do tratamento representa um avanço no combate às recaídas e na interrupção da transmissão da doença.

Antes da publicação dessa portaria, em janeiro de 2023, foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) no território Yanomami⁹. Considerando o cenário de vulnerabilidade e a relevância epidemiológica da malária na região – caracterizada por elevado número de casos por *P. vivax* e pela presença de fatores agravantes, como questões nutricionais e dificuldades de acesso aos serviços de saúde – reforçou-se a pertinência da estratégia no território, que foi definido como prioritário para o início da implementação da tafenoquina, em março de 2024.

Após a implementação inicial no território Yanomami, o Programa Nacional de Prevenção, Controle e Eliminação da Malária (PNCEM), por meio da Coordenação de Eliminação da Malária (Cema/DEDT/SVSA), iniciou os treinamentos técnicos para a expansão da estratégia em outras localidades, com treinamentos sobre a testagem enzimática de G6PD (glicose-6-fosfato desidrogenase) e o algoritmo de tratamento da malária por *P. vivax* com o uso da tafenoquina, de forma gradual e escalonada, em municípios endêmicos prioritários. A meta permanece sendo expandir o uso da tafenoquina para todo o território nacional, ao mesmo tempo em que se busca qualificar os profissionais de saúde que atuam na vigilância e nos diversos níveis da rede de atenção, capacitando-os para o manejo clínico da doença, assegurando o uso adequado da medicação e promovendo um cuidado integral e seguro aos pacientes.

Até o momento, o uso da tafenoquina está restrito aos casos de malária por *P. vivax* não complicada (aspecto clínico) a pacientes com mais de 16 anos,

peso superior a 35 kg, que não estejam grávidas ou amamentando e apresentem atividade enzimática de G6PD igual ou superior a 6,1 UI/gHb. Adicionalmente, o tratamento com tafenoquina associada a cloroquina deve ser apenas em casos registrados como novos, excluindo recaídas, que devem ser tratadas conforme a recomendação vigente, com derivados de artemisinina mais primaquina por 14 dias¹⁰.

O teste de G6PD tem a função de avaliar os níveis de atividade da enzima glicose-6-fosfato desidrogenase, cuja baixa atividade pode provocar hemólise grave durante o tratamento completo da malária por *P. vivax* (cura radical). Esse tratamento exige a eliminação dos parasitos na fase sanguínea e dos hipnozoítos, por meio da combinação de um esquizonticida com uma 8-aminoquinolina, como primaquina ou tafenoquina. Com base no resultado do teste, é possível orientar a segurança do tratamento, ajustando ou evitando o uso desses fármacos oxidantes em indivíduos com atividade enzimática reduzida¹¹.

A implementação da tafenoquina representa um avanço importante no controle da malária no Brasil, alinhando-se aos esforços globais de eliminação da doença e reafirmando o compromisso com o fortalecimento do sistema de saúde, por meio de inovações tecnológicas e planejamento estratégico. Nesse contexto, este boletim tem como objetivo descrever o processo de implementação da tafenoquina como ferramenta terapêutica para o manejo clínico e controle da malária por *P. vivax* em municípios e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) selecionados da região amazônica de março a dezembro de 2024.

■ ASPECTOS METODOLÓGICOS

Planejamento e estratégia para implementação da tafenoquina e teste G6PD no SUS

Seleção dos locais

Foram selecionados 17 municípios e 7 Dsei localizados na região amazônica, distribuídos em seis estados, priorizando aqueles com maior número de casos de *P. vivax* notificados em 2023, que concentram aproximadamente 80% da carga de malária por essa espécie no País, bem como territórios com maior vulnerabilidade à transmissão, incluindo áreas remotas, terras indígenas, regiões ribeirinhas e áreas de atividade de garimpo.

A expansão da implementação em nível nacional foi planejada de forma progressiva e escalonada, a partir da

experiência nos municípios selecionados para o ano de 2024. A atualização sobre a implementação da tafenoquina será divulgada posteriormente, após o fechamento dos dados de 2025.

Organização dos treinamentos

Em março de 2024, a Cema/DEDT/SVSA coordenou reuniões preparatórias para a implementação do algoritmo de tratamento com tafenoquina e o teste de G6PD no SUS, em parceria com profissionais de instituições de pesquisa – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/AM – Instituto Leônidas & Maria Deane – ILMD), Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD), Centro de Pesquisa em Medicina Tropical de Rondônia (Cemetron), Instituto Evandro Chagas (IEC) e Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas Drª Rosemary Costa Pinto (FVS-RCP) – além de membros do Comitê Técnico Assessor (CTA), visando definir a composição das equipes de treinadores, o conteúdo e o cronograma dos treinamentos, bem como o público-alvo.

QUADRO 1 – Cronograma das oficinas de treinamento para implementação da tafenoquina e do teste de G6PD nos municípios prioritários, entre março e dezembro de 2024

Grupo	Municípios e Dsei / UF	Data do treinamento
1	Dsei Yanomami/RR	17 a 23 de março
2	Dsei Yanomami/RR	2 a 4 de abril
3	Dsei Yanomami/RR	11 a 14 de abril
4	Manaus/AM	22 a 24 de abril
5	Calçoene/AP	14 de maio
6	Barcelos/AM	20 a 21 de maio
7	Santa Isabel do Rio Negro/AM	23 a 24 de maio
8	Porto Velho/RO	11 a 13 de junho
9	Cruzeiro do Sul e Rodrigues Alves/AC	25 de junho
10	Mâncio Lima e Dsei Alto Rio Juruá/AC	26 de junho
11	Guajará/AM	27 de junho
12	São Gabriel da Cachoeira/AM e Dsei Alto Rio Negro	7 a 9 de agosto
13	Itaituba, Jacareacanga e Dsei Rio Tapajós/PA	27 a 29 de agosto
14	Dsei Yanomami/RR	11 a 13 de setembro
15	Dsel Leste Roraima/RR	1º a 3 de outubro
16	Tefé, Alvarães e Dsei Médio Rio Solimões e Afluentes/AM	4 a 5 de dezembro
17	Candeias do Jamari, Guajará Mirim, Nova Mamoré, Dsei Porto Velho/RO	18 a 19 de dezembro

Fonte:

Após as reuniões preparatórias, cada treinamento realizado nas localidades indicadas no Quadro 1 contemplou, de forma presencial, aspectos teóricos e práticos, abordando os critérios de elegibilidade e a interpretação dos resultados da testagem de G6PD.

O treinamento foi destinado a profissionais vinculados ao Programa da Malária nos estados, nos municípios e no Dsei da região amazônica, incluindo enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes de combate às endemias (ACE), agentes comunitários de saúde (ACS), microscopistas, técnicos de laboratório, médicos, farmacêuticos/bioquímicos e entomologistas. As atividades, organizadas em oficinas teóricas e práticas, foram articuladas entre técnicos do Ministério da Saúde e gestores das Secretarias Estaduais, Municipais e dos Dsei, com foco na logística, conforme cronograma definido pela Cema/DEDT/SVSA.

Por uma estratégia logística – que incluiu a proximidade entre municípios prioritários e a possibilidade de reunir profissionais do Dsei em um mesmo local para os treinamentos – foram programados 17 grupos de treinamento para o período de março a dezembro de 2024 (Quadro 1).

ETAPA 1 – Teórico

- Critérios para prescrição e administração segura da tafenoquina.
- Apresentação do algoritmo de tratamento com tafenoquina para casos de malária por *P. vivax*.
- Apresentação dos materiais e equipamentos necessários para a realização do teste G6PD.

- Funcionamento do analisador de G6PD e seus componentes.
- O uso correto do teste quantitativo de G6PD e hemoglobina.
- Interpretação do resultado para a definição da conduta clínica.
- Apresentação do manejo clínico da malária grave e não grave.
- Orientações sobre o manejo de possíveis efeitos adversos.

ETAPA 2 – Prática

- Realização do teste de G6PD e interpretação dos resultados pelos profissionais participantes.
- Aplicação de questionário pós-treinamento.

Distribuição de insumos implementação da estratégia

O Ministério da Saúde foi responsável pela aquisição e distribuição dos insumos às localidades participantes, conforme o número de municípios selecionados, previamente ao treinamento. Os insumos distribuídos foram:

- a) Kit para Teste Quantitativo de Hemoglobina e G6PD – contém 25 testes para medir os níveis de hemoglobina e a atividade da enzima G6PD.

- b) Monitor Portátil (Analizador G6PD) – equipamento para leitura padronizada dos testes, garantindo precisão e confiabilidade no diagnóstico.
- c) Tafenoquina 150 mg – medicamento antimalárico em dose única (2 comprimidos de 150 mg via oral).

Análise e monitoramento dos pacientes tratados após a implementação

Após os treinamentos para implementação da nova estratégia nos locais prioritários, os dados do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Malária (Sivep-Malaria) foram utilizados para monitorar o número de tratamentos com tafenoquina e sua adequação aos critérios de elegibilidade, nos municípios e no Dsei onde a estratégia foi implementada entre março e dezembro de 2024. A análise considerou o número de casos de malária por *P. vivax*, o total de pacientes testados para G6PD e tratados com tafenoquina, bem como informações sobre resultados da testagem (atividade enzimática de G6PD – alta, média e baixa), sexo, idade e peso. Os critérios de elegibilidade para o tratamento estão apresentados na Figura 1.

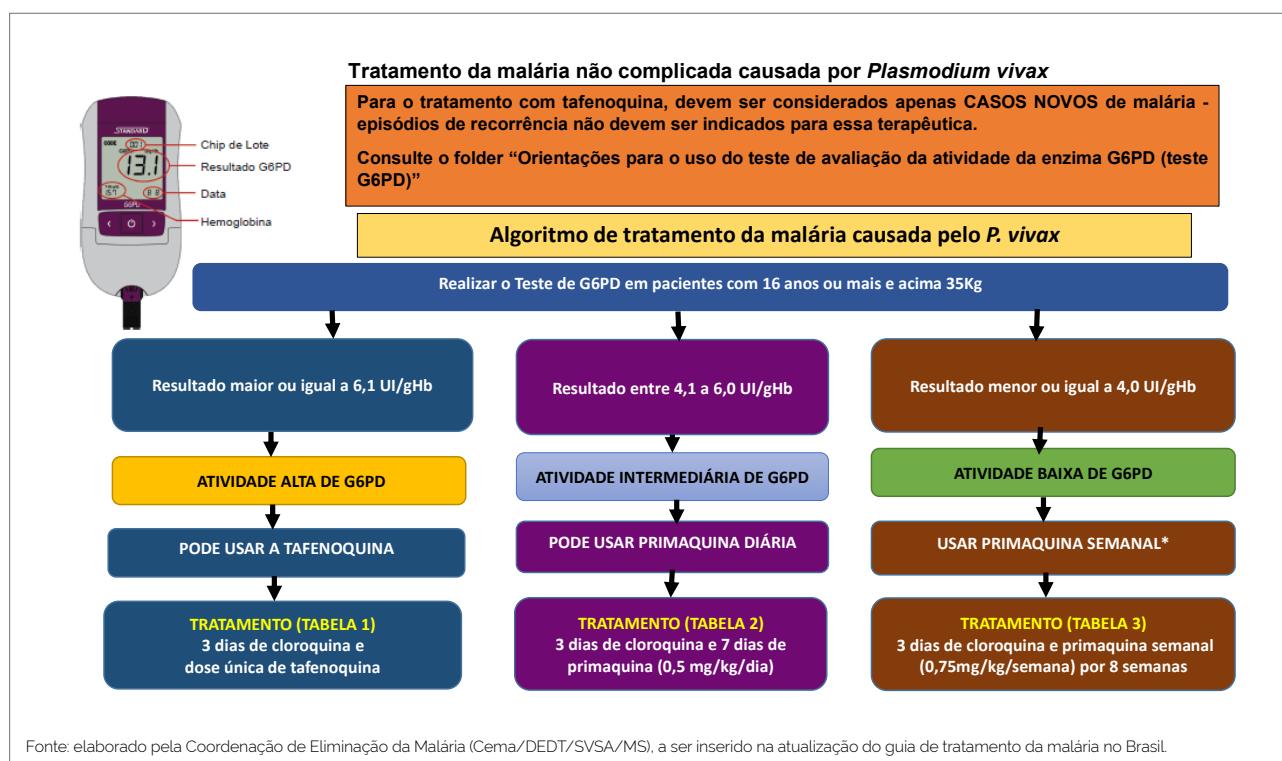


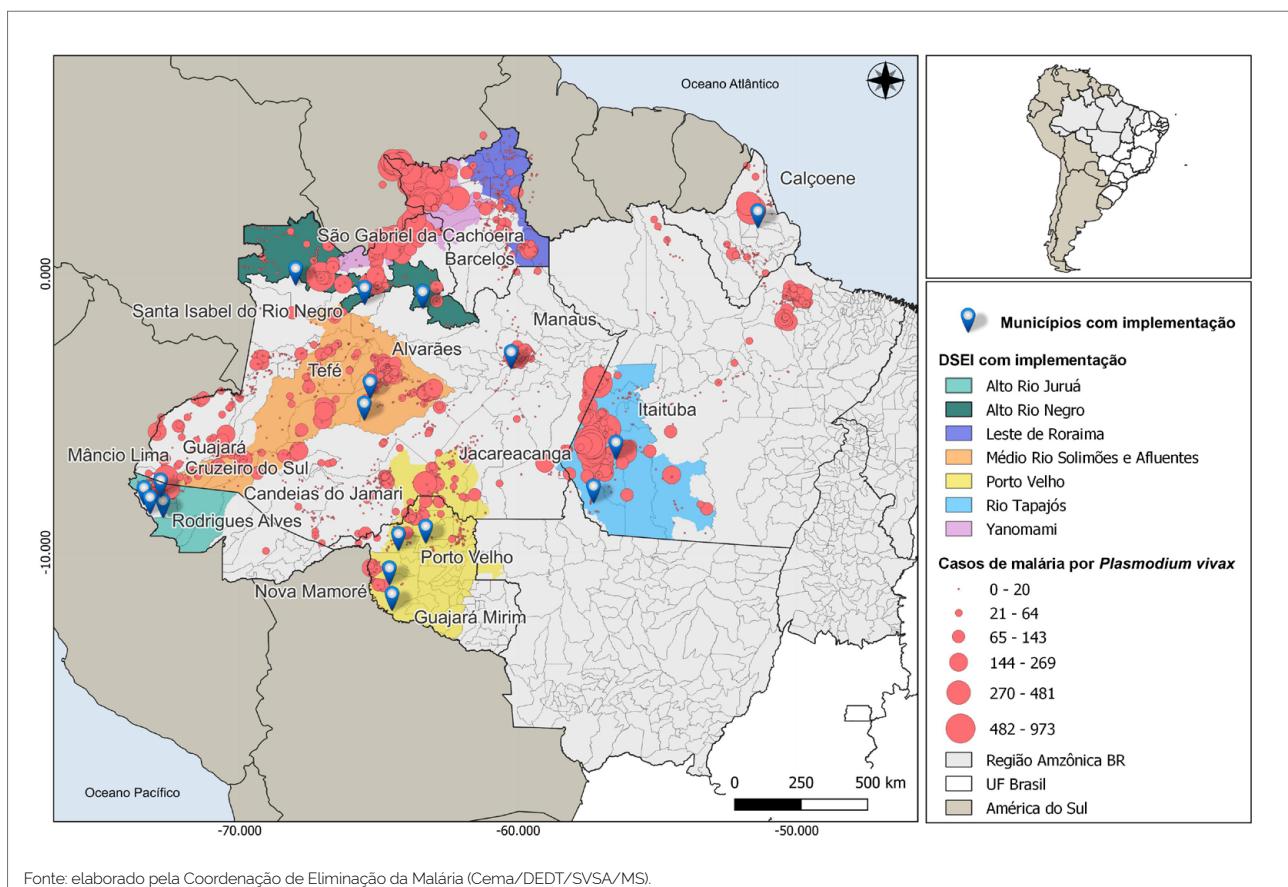
FIGURA 1 Fluxograma do algoritmo de elegibilidade de pacientes ao uso da tafenoquina no tratamento da malária por *Plasmodium vivax* (casos novos)

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Treinamentos para implementação da tafenoquina em municípios e Dsei prioritários

Considerando os 17 grupos de treinamento programados entre março e dezembro de 2024, nos 17 municípios e

7 Dsei prioritários para a implementação da tafenoquina – definidos com base no número de casos de *P. vivax* – a Cema/DEDT/SVSA treinou 1.939 profissionais, distribuídos em 34 turmas, em 6 estados da região amazônica: Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia e Roraima (Figura 2; Quadro 2).



Fonte: elaborado pela Coordenação de Eliminação da Malária (Cema/DEDT/SVSA/MS).

FIGURA 2 Municípios da região amazônica com implementação da testagem de G6PD e uso da tafenoquina como alternativa para o tratamento da malária por *Plasmodium vivax*, definidos estrategicamente com base no número de casos autóctones registrados em 2023

QUADRO 2 Resumo do número de turmas e profissionais treinados durante as ações de implementação da tafenoquina e do teste de G6PD nos Dsei e municípios selecionados, no período entre março e dezembro de 2024

Grupos de treinamento	Municípios e Dsei/UF	N.º de turmas	N.º de profissionais
1	Dsei Yanomami/RR	4	109
2	Dsel Yanomami/RR	3	97
3	Dsei Yanomami/RR	1	18
4	Manaus/AM	3	155
5	Calçoene/AP	2	60
6	Barcelos/AM	1	125
7	Santa Isabel do Rio Negro/AM	1	83
8	Porto Velho/RO	3	205
9	Cruzeiro do Sul e Rodrigues Alves/AC	1	120
10	Mâncio Lima e Dsei Alto Rio Juruá/AC	1	62
11	Guajará/AM	1	50
12	São Gabriel da Cachoeira/AM e Dsei Alto Rio Negro	3	156
13	Itaituba, Jacareacanga e Dsei Rio Tapajós/PA	3	115
14	Dsei Yanomami/RR	3	145
15	Dsei Leste Roraima/RR	3	176
16	Tefé, Alvarães e Dsei Médio Rio Solimões e Afluentes/AM	2	133
17	Candeias do Jamari, Guajará Mirim, Nova Mamoré, Dsei Porto Velho/RO	2	130
TOTAL		34	1.939

Fonte: dados obtidos durante os treinamentos de implementação da tafenoquina pela Coordenação de Eliminação da Malária (Cema/DEDT/SVSA/MS).

No período analisado, os treinamentos no estado de Roraima se concentraram exclusivamente em áreas indígenas. Nos Dsei Yanomami e Dsei Leste Roraima, foram no total 545 profissionais de saúde treinados para atuação no território. Essa estratégia foi essencial para alcançar regiões remotas e populações historicamente vulneráveis à malária, assegurando a qualificação das equipes locais para o uso seguro da tafenoquina.

No Amazonas, foram treinados 702 profissionais em 11 turmas, sendo o estado com o maior número de profissionais treinados entre março e dezembro de 2024. Destaca-se Manaus, que reuniu um dos maiores grupos para o treinamento, com 155 participantes. As ações também abrangeram o Dsei Médio Rio Solimões e Afluentes.

Em Rondônia, 335 profissionais foram treinados em 5 turmas, abrangendo quatro municípios e o Dsei Porto Velho. A capital concentrou a maior turma individual, com 205 participantes.

No Acre, foram treinados 182 profissionais em 2 turmas, contemplando três municípios e o Dsei Alto do Rio Juruá.

No Pará, 115 profissionais foram treinados em 3 turmas, com atuação em dois municípios de alta transmissão de malária vivax no estado e no Dsei Rio Tapajós.

No Amapá, apesar de a oficina ter sido realizada em Macapá, os profissionais treinados eram de Calçoene. Foram 60 profissionais treinados em 2 turmas, que contou ainda com o apoio do Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen/AP) para interiorização da estratégia.

Os municípios e Dsei onde as equipes foram treinadas abrangem 621 unidades notificadoras, responsáveis pelo diagnóstico e pela notificação de casos de malária. Para viabilizar a implementação da tafenoquina nessas unidades, foi realizada a distribuição prévia dos insumos necessários, configurando uma estratégia para descentralizar o diagnóstico e ampliar o acesso ao tratamento conforme os critérios clínicos estabelecidos. Ao todo, foram distribuídos 80.550 kits do teste G6PD, 1.068 analisadores e 63.602 comprimidos de tafenoquina de 150 mg.

Uso da tafenoquina no tratamento de *P. vivax* no Brasil pós-implementação

De acordo com os dados do Sivep-Malaria, entre março e dezembro de 2024, período correspondente ao início da implementação da tafenoquina, foram realizadas 6.235 testagens de atividade da G6PD em 166 unidades notificadoras localizadas na região amazônica.

Do total de pacientes testados, 75,8% (4.726) apresentaram alta atividade enzimática (igual ou superior a 6,1), 18% (1.122) atividade intermediária (entre 4,1 e 6,0) e 6,2% (387) níveis baixos de G6PD (menor que 4,1). Entre os 4.726 pacientes testados que apresentaram alta atividade enzimática de G6PD e foram considerados elegíveis para o tratamento com tafenoquina, 4.016 (84,9%) iniciaram a medicação no período de março a dezembro de 2024. No entanto, o número de pacientes tratados em novembro (993) e dezembro (978) de 2024 pode ser alterado em razão do intervalo entre a ocorrência do atendimento, a notificação e a inserção das informações no sistema.

A diferença entre o número de pacientes elegíveis (4.726) e os que efetivamente iniciaram o tratamento (4.016) está, em parte, relacionada ao período inicial da implementação, quando muitos testes de G6PD podem ter sido realizados em pessoas com contraindicações clínicas ao uso da tafenoquina – como gestantes, lactantes ou indivíduos com menos de 16 anos – independentemente da atividade enzimática. A elegibilidade para o uso da medicação exige a ausência de contrain-

dicações clínicas, além de níveis adequados de G6PD⁶. Ainda que a proporção de pacientes elegíveis que não iniciaram o tratamento tenha sido baixa, é importante considerar a influência de fatores individuais externos, como a ausência de informações claras sobre os riscos e benefícios do tratamento, preocupações com possíveis efeitos adversos ou recusa espontânea por parte dos pacientes. Para garantir que todos os elegíveis tenham a oportunidade de se beneficiar da terapia, é essencial compreender essas barreiras, promovendo ações educativas que abordem dúvidas e preocupações, reforcem a segurança e eficácia do tratamento e incentivem a adesão^{6,12}.

Com relação ao número de pacientes tratados após o início da implementação, observou-se aumento progressivo ao longo dos meses, com novembro registrando o pico de tratamentos com tafenoquina, totalizando 993 pessoas atendidas no SUS. Esse resultado esteve diretamente relacionado à ampliação do número de localidades treinadas para a testagem e administração do esquema terapêutico, o que explica o início mais lento entre março e maio (Figura 3).

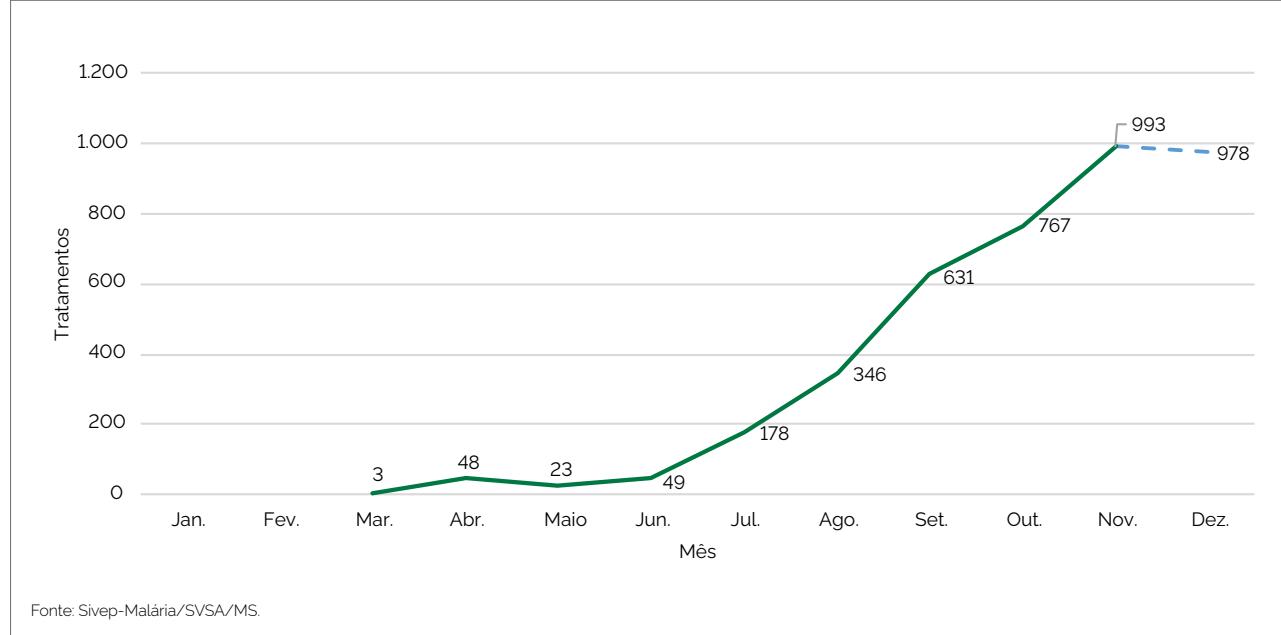
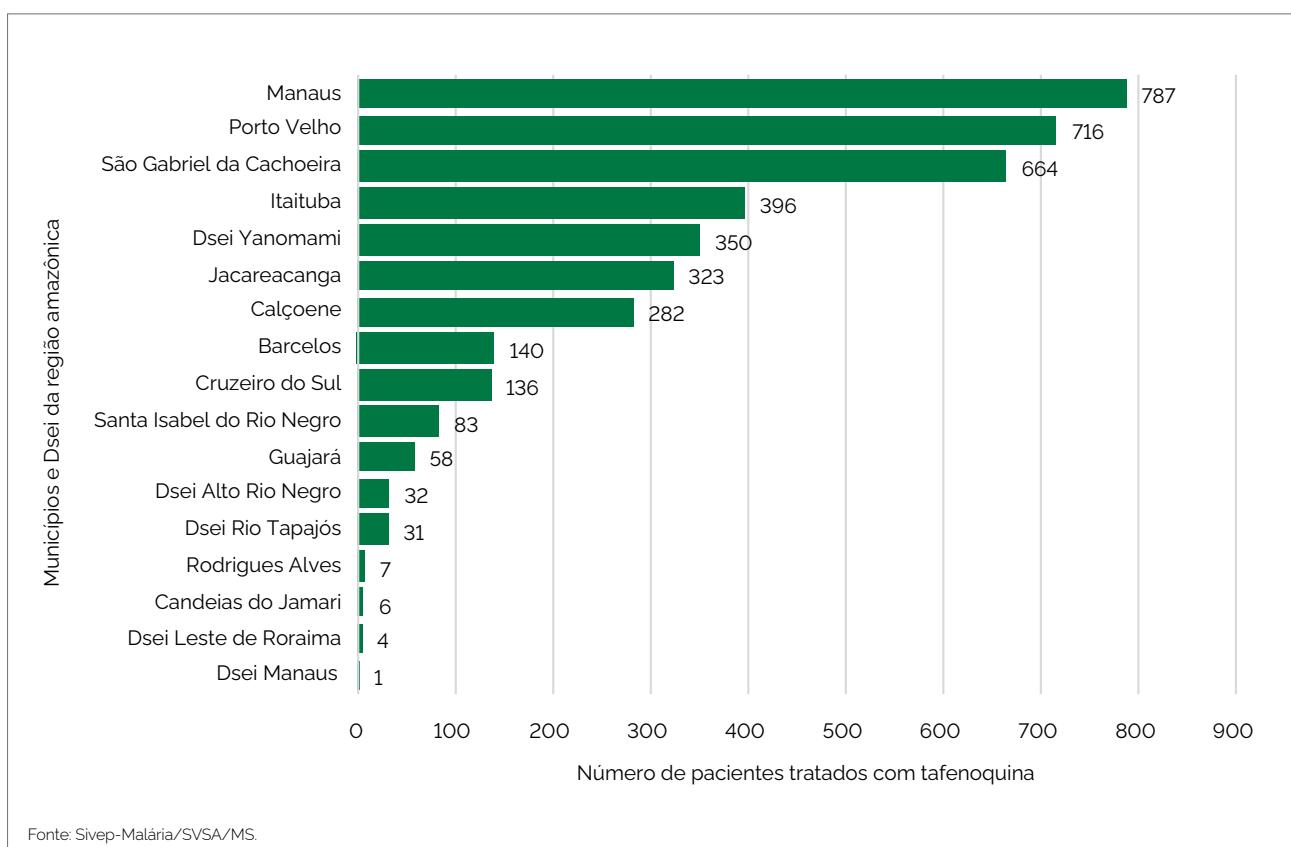


FIGURA 3 Distribuição mensal de pacientes com malária por *Plasmodium vivax* tratados com tafenoquina nos municípios e Dsei/UF prioritários da região amazônica, entre março e dezembro de 2024. Linhas pontilhadas indicam dados preliminares, sujeitos à alteração

Com relação aos municípios com maior número de pacientes testados e tratados com tafenoquina (Figura 4), destacaram-se Manaus/AM, com 787 casos, e Porto Velho/RO, com 716 casos, seguidos por São Gabriel da Cachoeira/AM, com 664; Itaituba/PA, com 396; e Jacareacanga/PA, com 323. Entre as áreas indígenas, o

Dsei Yanomami apresentou o maior número de pessoas tratadas (350), seguido pelo Dsei Alto Rio Negro (32) e Dsei Rio Tapajós (31). Além disso, foram registrados casos pontuais de pacientes tratados com tafenoquina nos Dsei Leste de Roraima (4) e Manaus (1).



Fonte: Sivep-Malaria/SVSA/MS.

FIGURA 4 Número de pacientes com malária por *Plasmodium vivax* tratados com tafenoquina, por município e Dsei prioritários da região amazônica, entre março e dezembro de 2024

As capitais Manaus e Porto Velho se destacaram entre os municípios com maior número de casos testados e tratados com tafenoquina. Além de concentrarem importantes fluxos populacionais¹³, esses municípios foram cenário do estudo de Implementação da Tafenoquina (TRuST – *Tafenoquine Roll-out Study*)¹⁴, um estudo observacional em condições reais que avaliou a viabilidade da cura radical apropriada para *Plasmodium vivax* antes da implementação nacional. Essa iniciativa contribuiu para o maior número de tratamentos realizados nessas localidades até o momento, demonstrando a viabilidade da estratégia na Amazônia brasileira, com segurança considerada aceitável e alta adesão ao protocolo de testagem quantitativa da atividade da G6PD antes do uso da tafenoquina^{11,15}.

Embora a Figura 3 indique um aumento gradual na adesão ao tratamento com tafenoquina, a regularidade no abastecimento dos insumos necessários ainda representa um desafio para a consolidação da estratégia, uma vez que a segurança terapêutica depende da realização prévia do teste de atividade da G6PD⁶. Inicialmente, para viabilizar a implementação nos municípios definidos, foi feita uma distribuição antecipada desses insumos, visando ampliar o acesso ao tratamento. Contudo, a morosidade na entrega e os desafios logísticos, especialmente no transporte para áreas de difícil acesso, podem limitar a expansão e comprometer a efetividade da iniciativa caso não haja suporte contínuo para a distribuição e o uso adequado dos materiais.

A análise do perfil dos pacientes tratados com tafenoquina nos municípios e Dsei prioritários da região amazônica, entre março de 2024 e janeiro de 2025 (Figura 5), indicou que 97,3% dos tratamentos foram classificados como adequados, 2,0% como inadequados e 0,7% não apresentaram informação de peso para indivíduos com 16 anos ou mais. Todos os casos confirmados de *P. vivax* receberam tratamento adequado. A maioria dos tratamentos foi realizada em casos novos (99,4%), com apenas 0,6% de recorrências. A atividade da enzima G6PD foi classificada como alta em 99,6% dos casos, baixa em 0,1% e intermediária em 0,3%.

A análise desse painel de monitoramento demonstrou inconsistências importantes nos registros, como a presença de lactantes entre os tratados e a ausência de dados sobre o peso em uma parcela dos pacientes. Diante desses achados, a Cema reconheceu a necessidade de validação das informações junto aos estados, municípios e Dsei, diante da possibilidade de erros de digitação nos sistemas. Como resposta, passou a adotar, de forma sistemática, a solicitação formal de revisão e

correção de dados inconsistentes, quando necessário, com o objetivo de assegurar maior confiabilidade ao monitoramento da implementação do tratamento.

Embora a maioria dos pacientes testados nas unidades com implementação apresentasse níveis elevados de atividade da G6PD, essa distribuição não foi homogênea entre as regiões. A variação nos níveis pode estar associada a fatores genéticos, características populacionais, ambientais ou ainda a limitações operacionais na realização da testagem em determinadas localidades¹⁶. Esse fator, reforça a importância do monitoramento contínuo da testagem, de forma a aumentar o conhecimento sobre o perfil das populações locais e assegurar a segurança do tratamento.

Um dos pontos fortes da implementação foi a elevada adesão aos critérios estabelecidos para o uso da tafenoquina. A maioria dos pacientes tratados apresentava diagnóstico confirmado de *P. vivax*, idade igual ou superior a 16 anos, peso corporal igual ou superior a 35 kg, pessoas do sexo feminino que não estavam grávidas nem amamentando (Figura 5). Essa atenção dos profissionais locais com os critérios estabelecidos contribuiu para a segurança e eficácia do tratamento, minimizando o risco de eventos adversos. É importante destacar que, desde o início da implementação, não foram notificados casos de reações adversas atribuídas à tafenoquina.

Entre os pacientes tratados, 79,9% foram identificados por busca passiva (demanda espontânea) – ou seja, procuraram espontaneamente os serviços de saúde. A maioria apresentava sintomas (95,6%), era do sexo masculino (71,5 %), autodeclarada de raça/cor parda (56,1%), com idade entre 31 e 40 anos (21,6%) e ensino médio completo (25,1%).

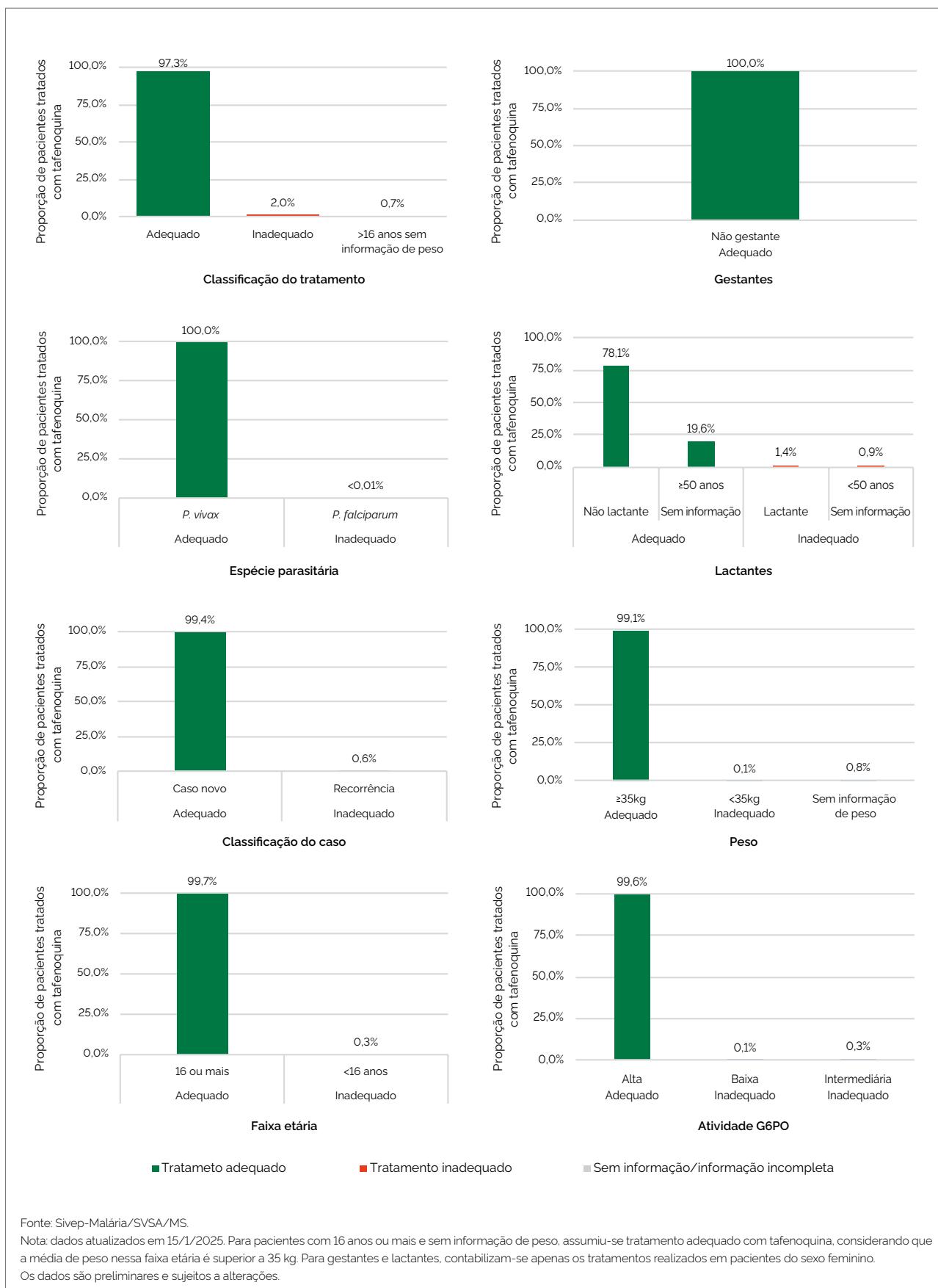


FIGURA 5 Painel de monitoramento do perfil dos pacientes tratados com tafenoquina nos municípios e Dsei prioritários da região amazônica, entre março de 2024 e janeiro de 2025, de acordo com os critérios de elegibilidade

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos desafios, a introdução da tafenoquina na região amazônica representa um marco importante no enfrentamento da malária causada por *P. vivax* no Brasil. Os resultados parciais (março-dezembro, 2024) indicam que o tratamento tem sido administrado de forma adequada, com alta adesão aos critérios definidos pelo Ministério da Saúde e desempenho satisfatório dos profissionais treinados durante as oficinas. Contudo, é fundamental reconhecer que a implementação é um processo contínuo, que demanda monitoramento constante e ajustes nas estratégias adotadas.

Em suma, a implementação da tafenoquina representa uma política pública promissora para a cura radical da malária causada por *P. vivax* no Brasil, reforçando o compromisso com a eliminação da doença por meio de ações contínuas de todos os envolvidos no âmbito do SUS.

Ao longo do processo de implementação, foram identificadas algumas limitações e desafios que merecem atenção e devem ser considerados no aprimoramento das próximas etapas. Entre os principais desafios da implementação, destacam-se a logística de distribuição do medicamento em áreas de difícil acesso, a densidade dos conteúdos abordados nos treinamentos aliada à carga horária reduzida – o que pode ter comprometido o aprendizado dos participantes – e as dificuldades no acompanhamento dos pacientes em locais com infraestrutura limitada. Soma-se a isso a necessidade de sensibilizar continuamente os profissionais para a incorporação da testagem da G6PD e da administração da tafenoquina na rotina, além do fortalecimento de parcerias locais para garantir capacitações contínuas e o uso sistemático de ferramentas de monitoramento.

A limitação de acesso à internet em algumas regiões também dificultou a realização do questionário pós-teste, prejudicando a coleta e análise de dados. Esses dados não foram incluídos neste boletim pois começaram a ser registrados apenas em outubro de 2024, restringindo a amostragem a um período de três meses. Espera-se que, com os dados completos de 2025, essa limitação seja superada e a avaliação da estratégia se torne mais representativa.

Diante dessas limitações e desafios, algumas recomendações foram elaboradas para melhorar a estratégia nacional de controle e eliminação da malária por *P. vi-*

vax. Ao Ministério da Saúde cabe assegurar a sustentabilidade das ações de capacitação nos municípios onde a estratégia já foi implementada, bem como ampliar sua cobertura, em conformidade com os princípios da Política Nacional de Vigilância em Saúde, por meio da formação inicial e da educação permanente dos profissionais em todos os níveis de atenção. Essa ampliação deve incluir processos formativos contínuos, metodologias participativas e revisões periódicas dos materiais didáticos, garantindo a atualização técnica e a qualificação das equipes para o fortalecimento da vigilância, da prevenção, do controle e da eliminação da malária. Ainda, cabe ao Ministério da Saúde a continuidade do apoio técnico por meio de ações estruturadas, como capacitações presenciais e a distância, além de supervisões técnicas periódicas aos estados, aos municípios e aos Dsei. É igualmente importante fortalecer a integração com a saúde indígena, de modo a articular estratégias específicas voltadas a populações vulneráveis. Além disso, deve-se assegurar a manutenção de uma logística eficiente de distribuição de insumos, garantindo o abastecimento regular e oportuno das unidades de saúde, sobretudo nas áreas de difícil acesso.

Às Secretarias Estaduais de Saúde, recomenda-se planejar a solicitação e distribuição da tafenoquina e dos testes de G6PD, monitorar indicadores epidemiológicos relacionados à malária vivax e apoiar tecnicamente os municípios na implementação das ações. Por sua vez, as Secretarias Municipais de Saúde devem promover treinamentos contínuos, garantir o registro completo e preciso das informações dos pacientes, estruturar a rede de testagem de G6PD, assegurar o acompanhamento adequado dos pacientes e implementar mecanismos para garantir a elegibilidade ao tratamento com tafenoquina, conforme os critérios estabelecidos.

Por fim, aos Dsei, recomenda-se aprimorar a logística de testagem e distribuição da tafenoquina em áreas remotas, adaptar as estratégias às especificidades das comunidades indígenas, capacitar as equipes de saúde para um diagnóstico e tratamento oportunos e seguros, além de assegurar a qualidade dos registros clínicos.

Essas ações, articuladas de forma interinstitucional e contínua, são essenciais para consolidar a tafenoquina como ferramenta terapêutica inovadora para o manejo clínico e controle da malária por *P. vivax* e para avançar no compromisso com a eliminação da doença no Brasil.

Agradecimentos

A Coordenação de Eliminação da Malária (Cema), juntamente com o Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT) e a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), agradece às instituições envolvidas na implementação da tafenoquina (Fiocruz/AM – ILMD); Fundação de Medicina Tropical – Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD); Centro de Pesquisa em Medicina Tropical de Rondônia (Cemetron); Instituto Evandro Chagas (IEC); Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas – Drª Rosemary Costa Pinto (FVS-RCP); às Secretarias Municipais de Saúde, às Secretarias Estaduais de Saúde e aos Dsei; Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) e Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Sectics).

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World malaria report 2024: addressing inequity in the global malaria response. Geneva: WHO; 2024.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Dia da Malária nas Américas – um panorama da malária no Brasil em 2022 e no primeiro semestre de 2023. [Internet]. Boletim Epidemiológico, 2024. [citado em 11 ago. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-01/view>
3. World Health Organization. Global technical strategy for malaria 2016-2030. [Internet]. Geneva: WHO; 2015. [citado em 11 ago. 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/global-technical-strategy-for-malaria-2016-2030.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Elimina Malária Brasil: Plano Nacional de Eliminação da Malária. [Internet]. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. [citado em 11 ago. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/malaria/politicas-de-saude/elimina-malaria-brasil-plano-nacional-de-eliminacao-da-malaria/view>
5. Lacerda MVG, Llanos-Cuentas A, Krudsood S, Lon C, Saunders DL, Mohammed R, et al. Single-dose tafenoquina to prevent relapse of *Plasmodium vivax* malaria. *N Engl J Med.* 2019;380(3). doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1710775>
6. Nascimento JR, Brito-Sousa JD, Almeida ACG, Melo MM, Costa MRF, Barbosa LRA, et al. Prevalence of glucose 6-phosphate dehydrogenase deficiency in highly malaria-endemic municipalities in the Brazilian Amazon: a region-wide screening study. *Lancet Reg Health Am.* 2022. doi: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100273>
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Portaria SECTICS/MS n.º 27, 5 de junho de 2023. Diário Oficial da União, Brasília (DF). [citado em 11 ago. 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2023/20230606_portaria_dou_27.pdf
8. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. Consulta pública sobre tecnologia que pode curar pacientes com malária de maneira rápida e eficaz recebe contribuições até maio. [Internet]. [citado em 11 ago. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/noticias/2023/abril/doencas-negligenciadas-consulta-publica-sobre-tecnologia-que-pode-curar-pacientes-com-malaria-de-maneira-rapida-e-eficaz-recebe-contribuicoes-ate-maio>
9. COE Yanomami – Ministério da Saúde. [Internet]. [citado em 11 ago. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/coes/coe-yanomami>
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Guia de tratamento da malária no Brasil [Internet]. 2ª edição; 2021. [citado em 11 ago. 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/malaria/tratamento/guia_tratamento_malaria_2nov21_isbn_site.pdf/view
11. Brito M, Rufatto R, Murta F, Sampaio V, Balieiro P, Baía-Silva D, et al. Operational feasibility of *Plasmodium vivax* radical cure with tafenoquina or primaquine following point-of-care, quantitative glucose-6-phosphate dehydrogenase testing in the Brazilian Amazon: a real-life retrospective analysis. *Lancet Glob Health.* 2024;12(3). doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00542-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00542-9)
12. Cubillos AL, Porras A, Rico AE. Eficacia de la tafenoquina en la profilaxis y tratamiento de la malaria por *Plasmodium vivax*: revisión sistemática y metaanálisis. *Biomédica.* 2022;42:364–77. doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.5988>

13. Arisco NJ, Peterka C, Castro MC. Spatiotemporal analysis of within-country imported malaria in Brazilian municipalities, 2004-2022. *PLoS Glob Public Health*. 2024;4(7). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003452>
14. *P. vivax* Information Uub. O estudo Trust. [Internet]. [citado em 11 ago. 2025]. Disponível em: <https://www.vivaxmalaria.org/projects/pave-feasibility-studies/tafenoquine-roll-out-study-trust/o-estudo-trust>
15. Santos A, Brito M, Silva E, Rocha F, Oliveira A, Dávila R, et al. Perspectives of healthcare professionals on training for quantitative G6PD testing during implementation of tafenoquine in Brazil (QualiTReST Study). *PLoS Negl Trop Dis*. 2024;18(6). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0012197>
16. Salazar Y. Resposta terapêutica na malária por *Plasmodium vivax*: variabilidade genética de enzimas metabolizadoras da primaquina e o clearance de gametócitos [dissertação]. Belo Horizonte: Fundação Oswaldo Cruz; 2022. [citado em 11 ago. 2025]. Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/items/85a06094-3229-4965-bba3-1edc25a3a714>



Boletim Epidemiológico

ISSN 2358-9450

©1969. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Ministro de Estado da Saúde

Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Mariângela Batista Galvão Simão

*Comitê editorial***Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)**

Mariângela Batista Galvão Simão

Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT)

Marília Santini de Oliveira

Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI)

Eder Gatti Fernandes

Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (Daent)

Letícia de Oliveira Cardoso

Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DVSAT)

Agnes Soares da Silva

Departamento de Emergências em Saúde Pública (Demsp)

Edenilo Baltazar Barreira Filho

Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente (Daevs)

Guilherme Loureiro Werneck

Departamento de Hiv/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi)

Draurio Barreira Cravo Neto

Centro Nacional de Primatas (Cenp)

Aline Amaral Imbeloni

Instituto Evandro Chagas (IEC)

Lívia Carício Martins

*Equipe editorial***Coordenação de Eliminação da Malária (Cema/DEDT/SVSA)**

Alexander Vargas, Ana Carolina Laraia Ciarlini, Anderson Coutinho da Silva, Edília Samela Freitas Santos, Márcia Regina de Andrade, Marcio Pereira Fabiano, Thayany Magalhães de Almeida

Colaboração: Alda Maria da Cruz, Daniela Michele de Moura Rocha Pires, Geovani San Miguel Nascimento, Gilberto Gilmar Moresco, Jessica de Oliveira Sousa, José Manoel de Souza Marques, Marília Santini de Oliveira, Pablo Sebastian Tavares Amaral, Pablo Secato Fontoura, Ronan Rocha Coelho

*Editoria técnico-científica***Coordenação-Geral de Editoração Técnico-Científica em Vigilância em Saúde (CGEVS/DAEVS/SVSA)**

José Fabrício de Carvalho Leal, Tatiane Fernandes Portal de Lima Alves da Silva

Diagramação

Fred Lobo (CGEVS/DAEVS/SVSA)

Revisão

Tatiane Souza (CGEVS/DAEVS/SVSA)