



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DE SAÚDE

Programa Nacional de Controlo da Malária

Plano Estratégico 2012-2016

(Esboço Novembro 2011)

Programa Nacional de Controlo da Malaria



PREFÁCIO

Este documento apresenta o Plano Estratégico da Malária (PEM) 2012 – 2016, que foi desenvolvido através de uma abordagem multisectorial e participativa incluindo todos os parceiros do PNCM. Este plano surgiu após as conquistas e progressos do PNCM, em implementar o plano estratégico 2006-2009.

O PEM baseia-se nas recomendações da avaliação detalhada do PNCM através da Revisão do Programa da Malária (RPM) realizada em 2010 e os princípios e objectivos das iniciativas internacionais da malária como o Plano Global de Acção da Malária (PGAM), Objectivos do Desenvolvimento do Milénio (ODM), iniciativas da malária da SADC e a declaração de Abuja dos Chefes do Estado Africano. O plano é um instrumento de compromisso do Governo e uma determinação para resolver o problema da malária em Moçambique. O PEM enquadra-se no âmbito de esforços que o Governo está a empreender para melhorar o estado de saúde. Como um complemento do Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS) 2007-2012, o PEM visa contribuir para a redução da pobreza em Moçambique onde a malária continua sendo o principal desafio para a saúde pública e para o desenvolvimento sustentável em Moçambique.

Neste plano, o PNCM detalhou as estratégias definidas para combater a malária, que foram elaboradas de forma sustentável e que visam munir o programa da malária com objectivos e metas claras e indicadores para monitorar e avaliar, de modo a facilitar uma eficaz implementação das intervenções de prevenção e controlo da malária em Moçambique. O PEM defende inclusive parcerias entre o MISAU, outros ministérios, a sociedade civil, organizações não-governamentais, parceiros de cooperação, sector privado e a comunidade, a fim de alcançar os objectivos e metas definidas.

No entanto, para alcançar essas metas, são necessários recursos para a implementação das actividades de modo a cumprir de forma eficaz e sustentável o plano, reduzindo assim a mortalidade por malária em Moçambique. Tenho confiança que este PEM providencia as bases estratégicas necessárias para uma abordagem multisectorial e peço a todos contribuintes o combate à malária no país investindo todos os esforços na sua implementação de modo a apoiar Moçambique a atingir a sua visão de “um Moçambique livre de Malária”.

Maputo, Novembro de 2011

O Ministro da Saúde

Dr Alexandre Manguela

AGRADECIMENTOS

O presente plano foi elaborado por um grupo de consultores nacionais e internacionais, do Ministério da Saúde, OMS e contou com contribuição de vários parceiros de cooperação, organizações não Governamentais e indivíduos. O Ministério da Saúde gostaria de agradecer a: President's Malaria Initiative (PMI) / Centers for Disease Control and Prevention (CDC), HAI/MACEPA, FHI, Population Services International (PSI), United Nations Childre's Fund (UNICEF), Organização Mundial de Saúde (OMS), World Vision, Malária Consortium.

O MISAU agradece também as contribuições vitais da equipa do PNCM e dos vários outros departamentos do MISAU como os Departamentos de Planificação, farmacia, laboratório, SMI, Comunicação e promoção em saúde, e todos outros que directa ou indirectamente contribuíram para a realização deste Plano Estratégico da Malária (PEM).

Commented [G1]: I am wondering wheterh this is the right place to indicate the process of this strat plan since it is a new process. Maybe here but maybe also in introduction. What do you think

Commented [G2]: HAI/MACEPA, FHI are not in full when the others are. How about using only one style.

TABELA DE CONTEÚDO

Formatted: Centered

PREFÁCIO.....	I
AGRADECIMENTOS.....	II
TABELA DE CONTEÚDO	III
ACRÓNIMOS.....	V
SUMÁRIO EXECUTIVO.....	VII
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO.....	1
1. CONHECIMENTO	1
2. PERFIL DE MOÇAMBIQUE	1
2.1 Geografia.....	1
2.2 Situação Sócio-Demográfica.....	2
3. SISTEMA DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE.....	2
3.1 Política e Liderança.....	2
3.2 Indicadores de Saúde.....	3
3.3 Organização do SNS.....	4
4. MALÁRIA EM MOÇAMBIQUE	5
5. DEAMPENHO DO PROGRAMA DA MALÁRIA	10
5.1 Gestão do programa.....	10
5.2 Prevenção da Malária.....	12
5.3 Diagnóstico e Manejo de Caso.....	14
5.4 Promoção de saúde e Envolvimento Comunitário.....	15
5.5 Monitoria e Avaliação e Fortalecimento de Sistemas, incluindo a Pesquisa Operacional.....	15
6. ANÁLISE DAS POTENCIALIDADES, FRAQUEZAS, OPORTUNIDADES E DESAFIOS DO PNCM	16
6.1 Potencialidades	16
6.2 Oportunidades	16
6.3 Fraquezas	17
6.4 Desafios.....	17
CAPÍTULO 2: PLANO ESTRATÉGICO DA MALÁRIA 2012 – 2016.....	19
1. VISÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA MALÁRIA.....	19
2. MISSÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA MALÁRIA	19
3. OBJECTIVOS:	19
a. Objectivo Geral:.....	19
b. Objectivos específicos:.....	19
4. CARACTERIZAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS.....	19
4.1 Objectivo 1 – Até 2014, 100% dos distritos com capacidade de gestão das actividades de controlo da malária:.....	19
4.2 Objectivo 2: Até 2014, pelo menos 80% da população tenha acesso a pelo menos um método de prevenção da malária	20
4.3 Objectivo 3: Até 2014, testar 100% dos casos suspeitos da malária que se apresentem as Unidades Sanitárias (US) e comunidades (APEs) e tratar de acordo com as normais nacionais	21
4.4 Objectivo 4 – Até 2016, abranger 100% da população com informação sobre prevenção e tratamento da malária	22
4.5 Objectivo 5: Até 2014, ter os sistemas de vigilância, monitoria e avaliação fortalecidos de modo a que 100% dos distritos tenham a capacidade de reportar os indicadores-chaves da malária regularmente.	23
5. MONITORIA E AVALIAÇÃO	24
CAPÍTULO 3: PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO	28

CAPÍTULO 4: OS MECANISMOS DE IMPLEMENTAÇÃO.....	38
1.1 COORDENAÇÃO	38
1.2 PAPEL DO MISAU E DOS DIFERENTES PARCEIROS, SECTORES INCLUINDO OUTROS MINISTÉRIOS, SOCIEDADE CIVIL, LÍDERES E SECTOR PRIVADO NA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO ESTRATÉGICO	38
CAPÍTULO 5: ORÇAMENTO E MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS.....	40
REFERÊNCIAS	41

RASCUNHO

ACRÓNIMOS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AECI	Agência Espanhola de Cooperação Internacional
AIDI	Atenção Integrada das Doenças da Infância
AL	Artemisina e lumefantrina
APEs	Agentes Polivalentes Elementares
AQ	Amodiaquina
AS	Artesunato
BES	Boletim Epidemiológico Semanal
CAP	Conhecimentos, Atitudes e Práticas
CIDA	Agência Canadiana para o Desenvolvimento Internacional
CISM	Centro de Investigação em Saúde da Manhica
CMAM	Central de Medicamentos e Artigos Médicos
CNLM	Comissão Nacional de Luta Contra a Malária
CPN	Consulta pré-natal
CTA	Combinação terapêutica contendo derivados da artemisina
CVM	Cruz Vermelha de Moçambique
DDS	Direcção Distrital de Saúde
DDT	Diclorodifeniltricloroetano
DFID	Departamento para o Desenvolvimento Internacional
DPC	Direcção de Planificação e Cooperação
DPS	Direcção Provincial de Saúde
DPSEC	Departamento de Promoção de Saúde e Envolvimento Comunitário
GFATM	Fundo Global contra o SIDA, Tuberculose e Malária
FRM	Fazer Recuar a Malária (do ingl. Roll Back Malaria)
FHI	Family Health International
GVI	Gestão vectorial integrada
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
IDEL	Iniciativa de Desenvolvimento Espacial dos Libombos
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IIM	Inquérito de Indicadores de Malária
INGC	Instituto Nacional de Gestão das Calamidades
INS	Instituto Nacional de Saúde
ITS	Infecção de Transmissão Sexual
IUS	Inquérito de malária em unidades sanitárias
JICA	Agência Japonesa para a Cooperação Internacional
MARA	Mapeamento do Risco de Malária em África (do ingl. Mapping Malaria Risk in Africa)
MC	Malaria Consortium
MERG	Grupo de Referência de Monitoria e Avaliação (do ingl. Monitoring and Evaluation Reference Group)
MICS	Inquérito agregado de indicadores múltiplos (do ingl. Multiple Indicator Cluster Survey)
MICOA	Ministério para a Coordenação da Acção Ambiental

MINAG	Ministério da Agricultura
MIS	Inquérito de Indicador da Malária (do ingl. Malaria Indicator Survey)
MISAU	Ministério da Saúde
MOPH	Ministério das Obras Públicas e Habitação
MINEC	Ministério da Educação
M&A	Monitoria e Avaliação
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
ONG	Organização não-governamental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PARP	Plano de Acção para a Redução da Pobreza
PCD	Prevenção e Controlo de Doenças
PEM	Plano Estratégico da Malária
PESS	Plano Estratégico do Sector de Saúde
PFOA	Potencialidades, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças
PIDOM	Pulverização intra-domiciliária
PMI	Iniciativa do Presidente dos EUA para a Malária
PNCM	Programa Nacional de Controlo da Malária
PSI	Serviço Internacional da População (do ingl. Population Services International)
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
REMI	Redes mosquiteiras tratadas com insecticida
REMTILD	Redes mosquiteiras tratadas com insecticida de longa duração
RPM	Revisão do Programa da Malária
SADC	Desenvolvimento da Comunidade da África Austral (do ingl. Southern Africa Development Community)
SAMC	Controlo da Malária na África Austral (do ingl. Southern Africa Malaria Control)
SIDA	Síndrome de imunodeficiência adquirida
SIS	Sistema da Informação para a Saúde
SIG	Sistema de Informação Geográfico
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SP	Sulfadoxina e pirimetamina
SWAp	Abordagem sectorial alargada (do ingl. Sector Wide Approach)
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
US	Unidade sanitária
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
TDR	Teste de Diagnóstico Rápido
TB	Tuberculose
TIP	Tratamento Intermitente Presuntivo

SUMÁRIO EXECUTIVO

A malária constitui um dos principais problemas de saúde pública em Moçambique. O Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM) e os diferentes parceiros têm vindo a envidar esforços para o controle e prevenção da doença.

O Plano Estratégico apresenta a visão e missão do PNCM no combate a malária reduzindo a mortalidade por malária para metade em 2015 comparando com os 3755 óbitos por esta doença em 2009. Para atingir este grande objectivo foram traçadas os seguintes objectivos específicos:

- a) Até 2014, 100% dos distritos tenham capacidade de gestão das actividades de controlo da malária.
- b) Até 2014, 80% da população tenha acesso a pelo menos um método de prevenção da malária
- c) Até 2014, testar 100% dos casos suspeitos da malária que se apresentem as Unidades Sanitárias (US) e comunidades (APEs) e tratar de acordo com as normais nacionais
- d) Até 2016, abranger 100% da população com informação sobre prevenção e tratamento da malária.
- e) Até 2014, ter os sistemas de vigilância, monitoria e avaliação fortalecidos de modo a que 100% dos distritos tenham reportem os indicadores chaves da malária regularmente.

Cada um destes objectivos específicos foi caracterizado com estratégias apropriadas e suas respectivas actividades.

Para um acesso universal, o plano nacional toma em consideração a necessidade de assegurar a todos os cidadãos, a disponibilidade de meios de promoção, de protecção, de diagnóstico e de tratamento, com sustentabilidade, qualidade e a baixo custo, mas para isso, são necessários aproximadamente XXXXX milhões de US\$ para um período de cinco anos.

Formatted: Numbered + Level: 1 + Numbering Style: a, b, c, ... + Start at: 1 + Alignment: Left + Aligned at: 0" + Indent at: 0.25"

Commented [G3]: Do not forget to fill this up once the costing is done.

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

1. Conhecimento

Este documento apresenta o Plano Estratégico da Malária (PEM) 2012-2016 que visa munir o PNCM de uma estratégia de controlo da malária com objectivos e metas claras e indicadores para monitorar e avaliar, de modo a facilitar uma eficaz implementação das intervenções de prevenção e controlo da malária em Moçambique. O PEM anterior terminou em 2009 e o PNCM decidiu realizar uma avaliação do seu desempenho que culminou com a realização da Revisão do Programa da Malária (RPM) em 2010. A RPM constatou um progresso do desempenho do PNCM mas ainda persistem algumas lacunas que devem ser limadas. Este plano basea-se nas recomendações da RPM e nas linhas orientadoras internacionais do controlo da malária. O acesso universal constitui a principal força motriz deste plano (Caixa 1)

Caixa 1. Acesso universal

O Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS 2007-2012) toma em consideração a necessidade de assegurar a todos os cidadãos em risco, a disponibilidade de meios de promoção, de protecção, de diagnóstico e de tratamento, com sustentabilidade, qualidade e a baixo custo.

O presente Plano é bastante ambicioso e para a sua execução requer um grande investimento em recursos humanos, infra-estruturas e um fortalecimento dos sistemas de saúde a todos os níveis.

2. Perfil de Moçambique

2.1 Geografia

Moçambique situa-se na zona austral e na costa oriental de África, tem uma superfície de aproximadamente 799380 Km², faz fronteira a norte com a Tanzania, a ocidente com o Malawi, a Zambia, o Zimbabwe e a África de Sul, e a sul com a Swazilandia e África de Sul e a este, Moçambique compreende uma larga faixa costeira com uma extensão aproximada de 2515 Km, que é banhada pelo Oceano Índico.

O clima em Moçambique é tropical e húmido, com uma estação quente e húmida de Outubro à Março caracterizada por chuvas, altas temperaturas e humidade relativamente alta e uma outra estação seca e fresca de Abril à Setembro. No entanto as condições climáticas variam de acordo com a altitude. A humidade relativa é elevada e varia entre 70 a 80%, embora os valores diários cheguem a oscilar entre 10 a 90%. As temperaturas médias variam entre 20°C no sul e 26°C no norte, sendo os valores mais elevados durante a época chuvosa.

Moçambique pode ser dividido topograficamente pelo rio Zambeze em duas regiões principais, no sul a terra é baixa e altitude é em média 200 m acima do nível do mar e no norte a terra é alta caracterizando-se por montanhas cuja altura média varia de 1000 a 2500 metros. O país está dividido em dez províncias e uma capital com nível de província. As províncias são subdivididas em 128 distritos que subdividem-se em postos

administrativos e estes também subdividem-se em localidades. Existem ainda em Moçambique 43 municípios criados desde 1998.

A população estimada em 2010, foi de cerca de 22 milhões de habitantes (censo 2007), assumindo uma taxa de crescimento anual da população de 2.36% ao ano. Em 2010 estimou-se que haviam 3,8 milhões de crianças menores de cinco anos e 1,1 milhão de mulheres grávidas. Em Moçambique 37% da população vive em áreas urbanas.

Moçambique é propenso a desastres naturais como secas, ciclones e inundações que muitas vezes contribuem para a transmissão e aumento de casos de malária.

2.2 Situação Sócio-Demográfica

A informação sócio-demográfica principal de Moçambique está resumida na tabela abaixo.

Tabela 1: Informação sócio-demográfica de Moçambique

Informação sócio-demográfica		
População (2011 est.)	22.3 milhões	Formatted: Font: Not Bold
População 0-14 anos	47% (9.5m)	Formatted: Font: Not Bold
Esperança de vida ao nascer	48.4 anos	Formatted: Font: Not Bold
População Urbana	38%	Formatted: Font: Not Bold
População Rural	62%	Formatted: Font: Not Bold
Analfabetismo	56.2%	Formatted: Font: Not Bold
Índice de Pobreza	54.7%	Formatted: Font: Not Bold
% População com acesso a água potável	44%	Formatted: Font: Not Bold
% População com melhor acesso ao saneamento	36%	Formatted: Font: Not Bold
PIB per capita (2009 est.)	USD\$900	Formatted: Font: Not Bold
Crescimento PIB (2011 est.)	8.30%	Formatted: Font: Not Bold

Fonte: INE 2007, Pobreza Infantil e Disparidade, 2010

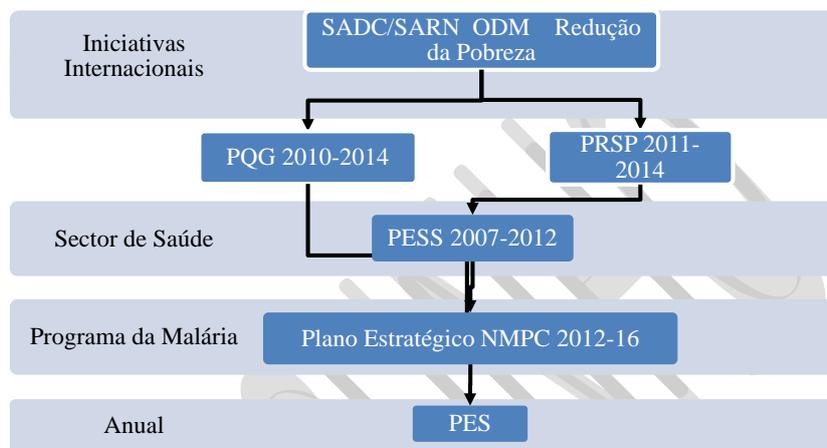
3. Sistema de Saúde em Moçambique

3.1 Política e Liderança

A Constituição Moçambicana (2004), quanto a saúde, consagra a todos os cidadãos o direito à assistência médica. O MISAU desempenha um papel líder na realização do Direito à saúde. Também trabalha em conjunto com outros Ministérios para lidar com os vários determinantes subjacentes à saúde. O Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS) 2007-2012 é o documento principal de orientação no sector de saúde. As políticas e as estratégias do PESS são alinhadas com o Plano Quinquenal do Governo (PQG) 2010-2014. Os princípios orientadores do PESS 2007-2012 são: i) enfoque nos cuidados primários; ii) equidade e proteção social para os grupos vulneráveis; iii) acesso universal a cuidados e serviços de saúde; iv) alta qualidade de intervenções com base em evidências; v) mobilização comunitária e envolvimento comunitário; vi) desenvolvimento institucional e desenvolvimento de recursos humanos; vii)

encorajamento de parcerias, colaboração local e internacional; viii) desenvolvimento de estilos de vida e comportamentos saudáveis e ix) advocacia.

O ciclo anual do governo basea-se no Plano Económico e Social (PES). O PES é um plano anual, cada Ministério tem o seu próprio PES assim como cada programa. O PES apresenta de forma clara e explícita, a relação lógica entre objectivos, resultados, actividades, produtos, ligação entre as propostas de actividades e a disponibilidade e uso dos recursos, e os indicadores e metas que permitirão avaliar o desempenho do Governo a todos níveis, segundo uma abordagem de planificação orientada para os resultados.



Formatted: Font: 12 pt

Figure 1: Quadro lógico das políticas

Respeitando o princípio do Governo de “3 uns” de uma autoridade, um plano estratégico, uma monitoria e avaliação o MISAU de Moçambique tem um mecanismo activo de abordagem ampla (SWAP) que existe desde 2000. Este mecanismo que é orientado para a agenda do MISAU, baseia-se nas seguintes três principais actividades conjunta entre o MISAU e todos os seus parceiros de cooperação a diferentes níveis.

- a) Articulação da análise política através do quadro da avaliação a médio prazo (MTEF) e a planificação e orientação das estratégias que são esboçadas no Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS).
- b) Implementação articulada das actividades pela associação de fundos comuns do MISAU e os parceiros de cooperação de modo a criar um fundo comum para o sector da saúde, PROSAUDE.
- c) Monitoria e avaliação de 40 indicadores elaborados no Quadro de Avaliação do Desempenho do sector da saúde (QAD Saude) realizada conjunta durante a Avaliação Conjunta Anual (ACA).

Formatted: Numbered + Level: 1 + Numbering Style: a, b, c, ... + Start at: 1 + Alignment: Left + Aligned at: 0" + Indent at: 0.25"

3.2 Indicadores de Saúde

Tabela 2: Indicadores de saúde em Moçambique,

Indicadores de Saúde	
Mortalidade Infantil	93 per 1,000
Mortalidade < 5 anos	138 per 1,000
Mortalidade Materna	500 per 100,000
Desnutrição crônica <5 anos	44%
Principais causas de mortalidade e morbilidade Doenças transmissíveis: malária, HIV-SIDA, Tuberculose, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas	
Cobertura Vacinal	
DPT 3: 71%	
Sarampo: 64%	
Prevalência de HIV (15-49): 11.5%	

Formatted Table

Formatted Table

Fonte: MDG Mozambique report 2010 ; MICS 2008; INSIDA 2009

3.3 Organização do SNS

O sector saúde em Moçambique obedece a estrutura político-administrativa e é composto por três níveis: central, provincial e distrital cujas funções permitem a prestação de cuidados de saúde à população. O Nível central é um órgão orientador, responsável por definir políticas, normas, regulamentos, planificação e delineiam estratégias de orientação para as planificações provinciais e distritais. O nível provincial realiza funções de planificação provincial seguindo as orientações estratégicas definidas centralmente, adequando-as a situação real de cada província e coordena actividades de saúde dos distritos através de planos anuais com metas estabelecidas. O nível distrital constitui a entidade implementadora dos planos de acordo com as prioridades definidas pelo sector.

O Sistema Nacional de Saúde inclui o sector público, sector privado com fins lucrativos, sector privado com fins não lucrativos e o serviço comunitário. O SNS conta com 1,277 US e está organizado em quatro níveis de atenção, (figura 2).

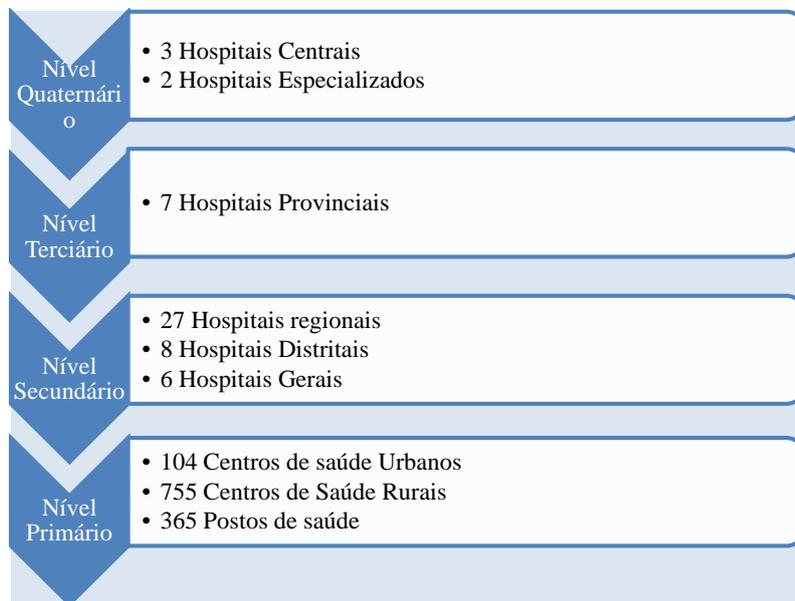


Figure 2: Distribuição da rede sanitária por nível de atenção. Fonte: Inventário Nacional de Infra-estruturas de Saúde, Serviços e Recursos, 2007

Commented [G4]: Excellent diagram.

O Sector privado em Moçambique está a desenvolver-se gradualmente principalmente nas grandes cidades, registando-se um crescimento de consultórios privados, individuais e colectivos, nas diferentes especialidades.

Existe ainda o serviço comunitário que tem vindo a crescer e que contribui bastante para os cuidados de saúde à população, principalmente nas áreas rurais, onde o acesso às unidades sanitárias públicas tem sido difícil pela população.

4. Malária em Moçambique

A malária é endémica em todo o país, variando de zonas hiper-endémicas ao longo do litoral, zonas meso-endémicas nas terras planas do interior e de algumas zonas hipo-endémicas nas terras altas do interior. Vários factores contribuem para esta endemicidade, desde as condições climáticas e ambientais como as temperaturas favoráveis e os padrões de chuvas, bem como locais propícios para a reprodução do vector, a situação sócio económica das populações relacionadas com a pobreza, habitações inapropriadas e acesso limitado aos meios de prevenção. (Mabunda, S)

O *Plasmodium falciparum* é o parasita mais frequente, sendo responsável por mais de 90% de todas as infecções maláricas, enquanto que infecções por *Plasmodium malariae* e *Plasmodium ovale* são observadas em 9% e 1% respectivamente. Os principais vectores da malária em Moçambique pertencem ao grupo *Anopheles funestus* e *gambiae*. (MIS 2007)

A transmissão é perene, com picos sazonais durante e após as estações chuvosas. O pico da transmissão estende-se de Dezembro à Abril. Não existe uma informação actualizada sobre os níveis de endemicidade no país. A figura 2, mostra o mapa, que demonstra que a malária é potencialmente endémica em todo o país (www.mara.org.za).

A Malária ainda constitui um problema de saúde pública em Moçambique, embora as taxas de incidência e de letalidade bem como o número de casos, de internamento e de óbitos mostrem uma tendência na redução nos últimos anos, mas a malária continua a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade nas unidades sanitárias. Segundo a revisão do programa da malária, esta doença representa cerca de 45% das consultas externas, 56% das admissões pediátricas e 26% de óbitos hospitalares.

Com base nos dados do sistema de vigilância epidemiológica dos boletim epidemiológico semanal (BES), estes mostram uma diminuição de casos e óbitos desde 1999 até 2009, (figura 3), de casos de malária incluindo os diagnosticados clinicamente bem como aqueles que tiveram confirmação laboratorial por microscopia óptica e / ou teste de diagnóstico rápido (TDR). Embora se verifique uma redução de casos, os dados colhidos pelo BES têm limitações. Primeiro porque os casos de malária diagnosticados clinicamente geralmente super estimam o número total de casos e, em segundo lugar, porque os casos tratados nas comunidades através dos agentes polivalentes elementares (APEs) ou por auto medicação não são colhidos pelo sistema.

Os mapas das figuras 4 e 5 mostram a incidência e a taxa de mortalidade causadas por malária, calculadas com dados do BES, e indicam que a doença é variável nas três zonas do país e em cada distrito. As taxas de incidência da malária mais baixas encontram-se na província e cidade de Maputo bem como na província de Gaza.

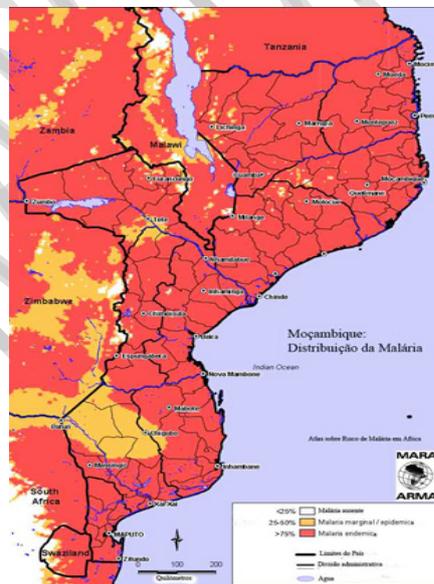


Figure 3: Mapa de distribuição da malária em Moçambique (2005). Fonte: www.mara.org.za

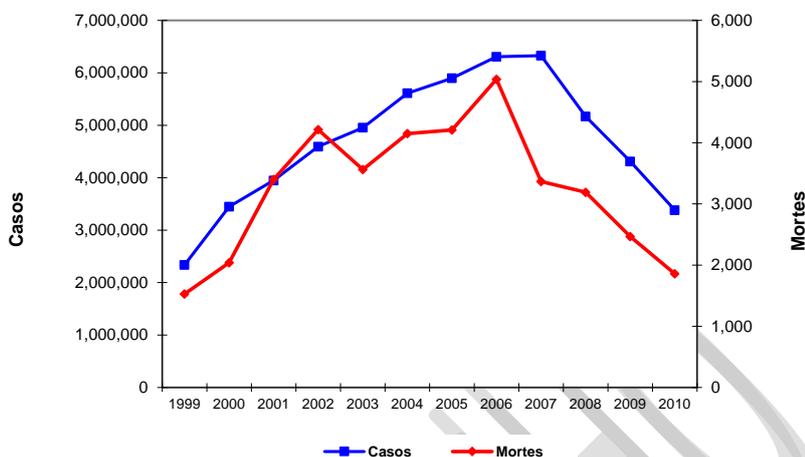


Figure 4: Casos e Óbitos por malária (1999 – 2010). Fonte: Relatório anual do PNCM 2010

Segundo o Inquérito dos Indicadores da Malária (MIS) realizado em 2007, avaliado em crianças e mulheres grávidas, a parasitemia em crianças dos 6 aos 59 meses de idade foi de 38.5% (diagnosticado por microscopia optica) e 51.5% (TDR). A prevalência da malária foi baixa na Província de Maputo (3.9%) e Gaza (19%). As províncias com maior taxas de prevalência do parasita (*P. falciparum*) foram a Zambézia (50.3%) e Nampula (60.4%), províncias mais populosas do país (figura 4). Entre as mulheres grávidas, a prevalência parasitária foi de 16.3% através do diagnóstico microscópico e 17.9% através de TDR.

Desde que esta avaliação foi realizada, várias intervenções foram aplicadas, especialmente a expansão da PIDOM para outros distritos e a distribuição de redes mosquiteiras tratadas com insecticida de longa duração (REMTILD), em campanhas limitadas em crianças menores de 5 anos de idade e em mulheres grávidas que frequentaram consultas pré natais, bem como a política de tratamento da malária que também foi revista.

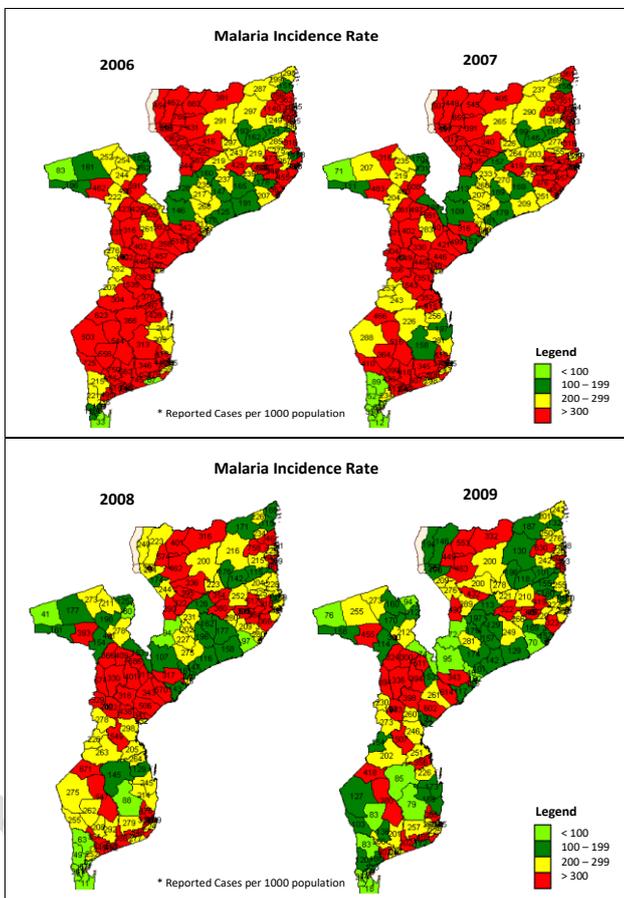


Figure 5: Incidência da malária em Moçambique, 2006 – 2007. Fonte: Revisão do Programa da Malária, 2010.

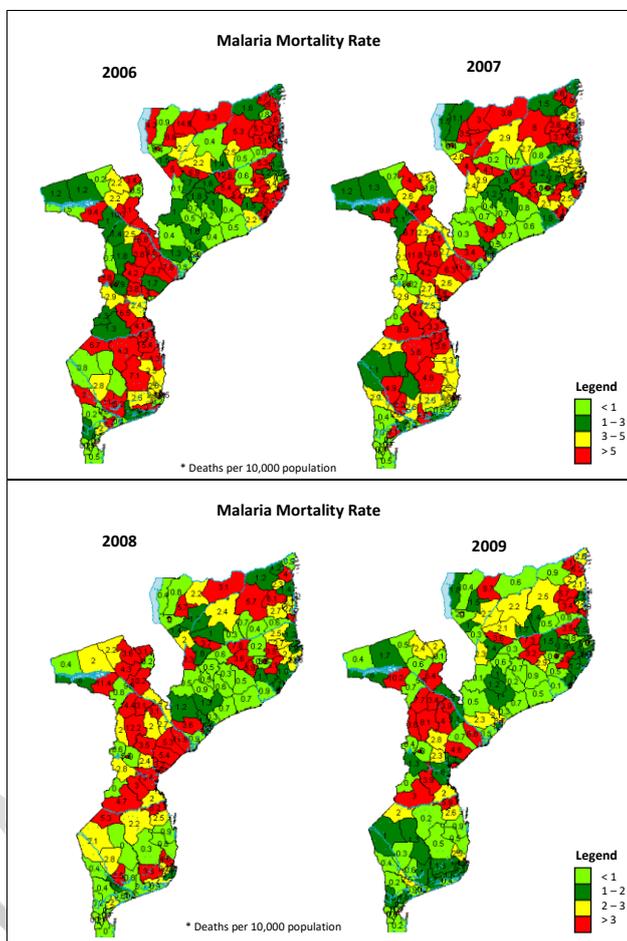


Figure 6: Taxa de mortalidade por malária por 10000 habitantes, 2006 – 2009. Fonte: revisão do Programa da Malária, 2010.

Formatted: Space After: 0 pt

Segundo a revisão do programa da malária (RPM), em um estudo realizado na cidade de Maputo em Abril de 2000, mostrou que as medidas de prevenção devem ser orientadas tanto para as áreas urbanas, peri-urbanas e rurais, pois a prevalência encontrada em TDR foi de 10.8% (áreas urbanas), 16.5% (áreas peri-urbanas) e 24.2% (áreas rurais).

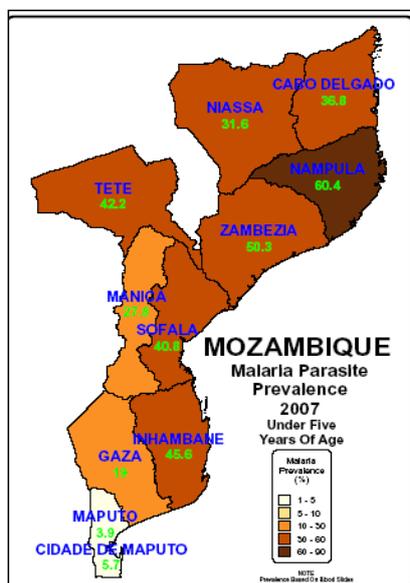


Figure 7: Mapa de parasit mia da malária entre crianças menores de 5 anos de idade.

Fonte: MIS 200.

7

5. Desempenho do Programa da Malária

O PEM anterior terminou em 2009 e o PNCM decidiu realizar uma avalia o do seu desempenho com vista a guiar o programa na elabora o das estratégias para o futuro. Como resultado desta decisão foi realizado em 2010 a Revisão do Programa da Malária (RPM) com as seguintes constata es:

5.1 Gestão do programa

O PNCM está subordinado a área de Preven o e Controle de Doenças (PCD) na Direc o Nacional de Saúde Pública (DNSP). O organigrama abaixo mostra a rela o entre o PNCM e o MISAU. Os serviços de controlo da malária estão descentralizados para os níveis provincial e distrital.

Independentemente da posi o do PNCM no organigrama, o Director do Programa, pode tomar decisão e responder directamente a S. Excia o Ministro da Saúde sempre que necessário.

A nível do PNCM não existe ainda um organigrama definido, como sendo do MISAU, estando o mesmo ainda em revisão. A nível provincial, o PNCM nomeou um gestor do programa da malária A nível distrital não existe gestor do programa da malária. As actividades da malária são coordenadas pelo director distrital de saúde.

Formatted: Space After: 0 pt

Formatted: Space Before: 0 pt

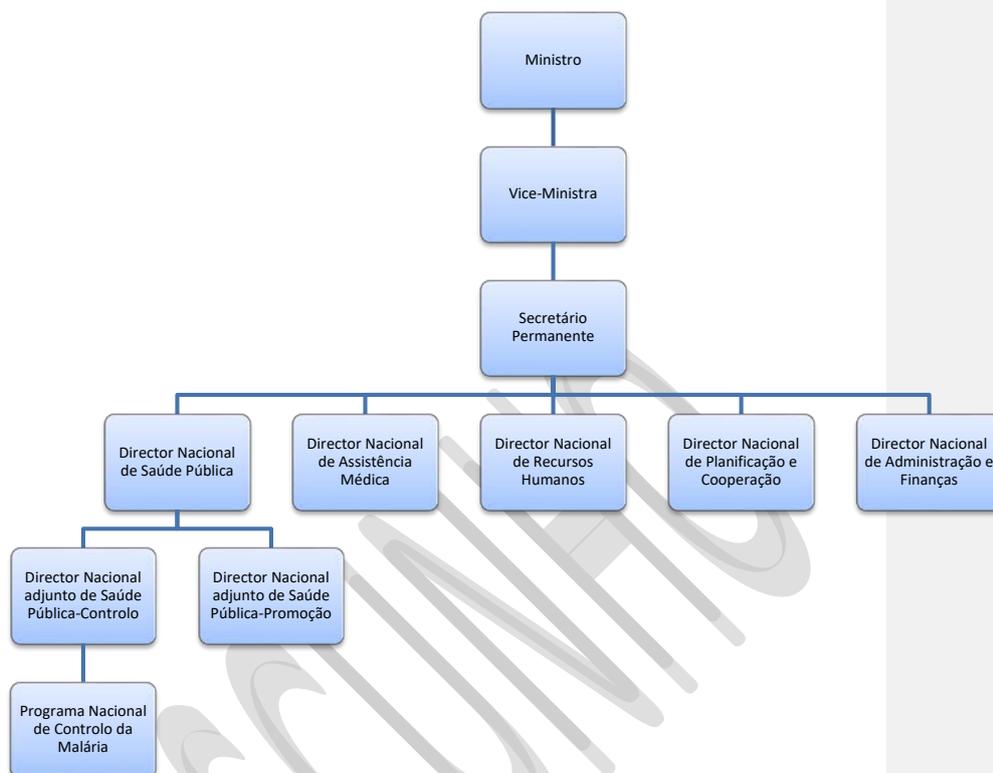


Figure 8: Organograma da relação entre o PNCM com o MISAU

O Programa Nacional de Controlo da Malária colabora com outras áreas do MISAU, particularmente com a Saúde Reprodutiva, Materna e Infantil e com a estratégia de Atenção Integrada das Doenças da Infância (AIDI). O PNCM relaciona-se ainda com o Departamento de Promoção de Saúde e Envolvimento Comunitário (DPSEC) e tem estreitas ligações com Direcção de Assistência Médica, em particular com a Secção de Laboratórios Clínicos, o Departamento Farmacêutico e o CMAM, e com o Instituto Nacional de Saúde.

Existe um fórum de parceiros que trabalham directamente com o PNCM na luta contra a malária (Grupo Técnico de Malária), o qual apoia na concepção de políticas e estratégias, assim como nos aspectos operacionais relevantes para o PNCM.

Tabela 3: Principais parceiros do PNCM

Agencias Bilaterais e Multilaterais
GF, USAID/PMI, DFID, World Bank, UNICEF, WHO
ONGS internacionais
World Vision, FHI, HAI/MACEPA, PSI, RTI, JSI Deliver, Malaria Consortium, Agakhan, MdMP, IRD, JHPIEGO, C-Change

ONGS locais
FDC, PIRCOM, Rede de Jornalistas contra Malaria,
Instituições do Governo
Instituto Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Medicina Tradicional, Centro de Investigação de Manhiça, Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional da Meteorologia, Instituto Nacional de Gestão de Calamidades, CTTF, Saúde Militar
Outros Ministérios
Ministério de Planificação e Desenvolvimento, Ministério das Finanças, Ministério da Agricultura, Ministério de Coordenação para Acção Ambiental, Ministério da Mulher e Acção Social, Ministério do Turismo, Ministério da Educação, Ministério das Pescas
Instituições de formação
Instituto Superior de Ciências de Saúde, UEM

Em relação a colaboração com os países vizinhos, o PNCM contou com a Iniciativa de Desenvolvimento Espacial dos Libombos (IDEL) desde 1999 até 2011. Apesar de o IDEL ter terminado, o PNCM vai continuar a colaborar com os países vizinhos numa nova abordagem para as actividades da malária.

5.2 Prevenção da Malária

A Gestão Vectorial Integrada (GVI) incorpora várias intervenções de controlo de vector, seleccionadas com base nos factores locais que determinam a transmissão da malária, destacam-se as seguintes:

- a) PIDOM – método mais eficaz no controlo do mosquito adulto, vector da malária, que pode resultar na redução do nível de transmissão da malária.
- b) REMTILD – método preventivo eficaz e reduz a picada pelos mosquitos.
- c) Gestão ambiental / controlo larval (inclui todos os métodos físicos, químicos e biológicos) – controlo larval do mosquito vector da malária tem potencial para ser eficaz sempre que os criadouros alvo estejam bem definidos e sejam limitados em número, particularmente nas zonas sub e peri-urbanas.
- d) Monitoria entomológica – assegura a avaliação da densidade, susceptibilidade dos vectores da malária e a eficácia residual dos insecticidas usados na PIDOM, Pulverização Extra-Domiciliária (PEDOM) e REMILD.
- e) PEDOM – método de controlo de vector em situação de emergência (maior densidade de mosquito vector da malária)

A PIDOM continua a ser um prioridade nas intervenções de controle do vector. O governo de Moçambique tem realizado a PIDOM desde 1946. Segundo o relatório anual do PNCM, em 2010 foram pulverizadas cerca de 2.3 milhões de casas o que correspondeu a uma cobertura de 71% de casas pulverizadas, e protegeu 64% do total da população. A PIDOM aumentou de 34 distritos em 2001, para 54 em 2009 e 62 em 2010. Da lista de insecticidas recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e usados para a PIDOM, constam o dicloro-difenil-tricloroetano (DDT), os peritroides e carbamatos.

Formatted: Font: Times New Roman

Commented [G5]: It may have been good to say in which areas.

Formatted: Font: Times New Roman

Formatted: Font: Times New Roman

Formatted: Numbered + Level: 1 + Numbering Style: a, b, c, ... + Start at: 1 + Alignment: Left + Aligned at: 0" + Indent at: 0.25"

A distribuição de REMTILDS teve início em 2000 em crianças menores de cinco anos e mulheres grávidas. De acordo com os dados do PNCM, desde 2007 à 2010 foram distribuídas 7.6 milhões de REMTILDS. De acordo com o relatório anual de 2010, do PNCM, foram distribuídas 1.525.979 redes em 2010 das quais 916.115 foram dirigidas às mulheres grávidas nas consultas pré natais, atingindo uma cobertura de 84.6% de mulheres grávidas..

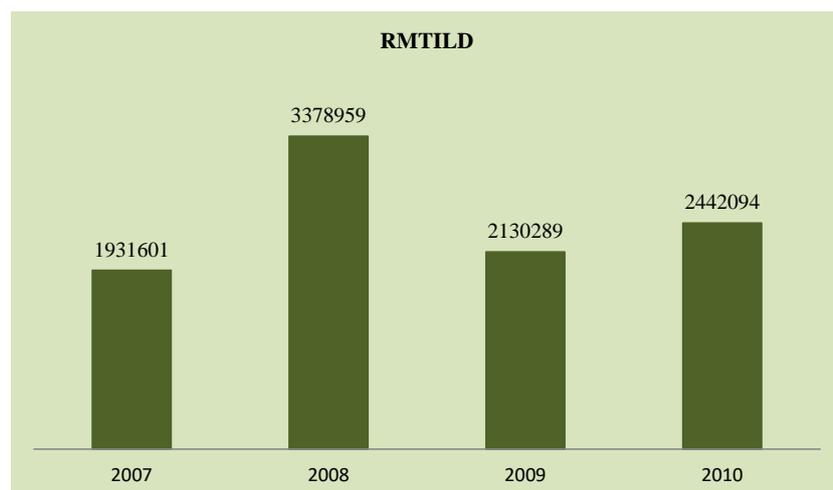


Figure 9: RMTILDS desde 2007 à 2009. *Fonte: Relatório anual do PNCM 2010*

O controlo larval e a redução de potenciais criadouros não são práticas comuns, existindo apenas algumas iniciativas em áreas geográficas bastante reduzidas. Esta actividade representa um grande desafio aos locais de reprodução dos mosquitos, necessitando de um envolvimento multi-sectorial e comunitário para poder ter algum impacto.

Em Janeiro de 2005 foi aprovada a estratégia de Tratamento Intermitente presuntivo (TIP) na mulher grávida, tendo a sua implementação iniciado Abril de 2006, após um período preparatório prolongado.

Esta estratégia está sendo actualmente implementada em todo o país através das Consultas pré-Natais (CPN), quer as realizadas nas unidades sanitárias como aquelas realizadas pelas brigadas móveis. De acordo com as normas nacionais, a estratégia de TIP consiste na administração de três comprimidos de sulfadoxina-pirimetamina (SP) em três ocasiões separadas por um intervalo mínimo de quatro semanas. O início de TIP é a partir da 20ª semana de gestação ou depois que a mulher grávida começa a sentir os movimentos fetais.

Segundo os dados do MIS 2007 e 2008, a proporção de mulheres grávidas que receberam duas ou três doses de TIP aumentou de 16.2% (MIS 2007) para 43% (MIS 2008), apesar deste aumento, esta proporção ainda está muito abaixo das metas de 80%.

5.3 Diagnóstico e Manejo de Caso

Com o aparecimento de resistência à cloroquina, nas décadas 70 e 80, foi necessário procurar alternativas eficazes de tratamento da malária. Para alinhar com as orientações internacionais, em 2002 foram revistos todos os estudos de eficácia terapêutica, e a orientação terapêutica em conjunto com o PNCM tomaram a decisão de mudar o tratamento da primeira linha com cloroquina para amodiaquina (AQ) + sulfadoxina-pirimetamina (SP) como uma medida interina enquanto se esperava uma melhor alternativa baseada numa combinação terapêutica contendo derivados da artemisinina. A principal razão para esta mudança foi a baixa aceitação do uso de AQ pelos profissionais de saúde e os consumidores.

Em finais de 2004 foi alterada a primeira linha de tratamento da malária, passando o AS a substituir a AQ, na combinação terapêutica de primeira linha, a qual passou assim a constar de AS+SP, mantendo-se inalteradas a segunda e a terceira linha.

Em 2009, o PNCM, iniciou uma nova revisão das normas de tratamento da malária, e devido ao uso do SP para TIP, bem como a profilaxia com cotrimoxazol em indivíduos seropositivos para o HIV, e ao aumento da resistência do SP, a combinação fixa de derivados de artemisinina passou a fazer parte da lista dos antimaláricos usados e iniciou-se o processo de transição para o tratamento da malária com Artemeter + Lumefantrina (AL) como primeira linha, a qual foi implementada em 2009.

As normas de tratamento da malária aprovadas no ano 2011, recomendam como a primeira linha para o tratamento da malária não complicada o Artemeter+Lumefantrina (AL) e como alternativa Amodiaquina+Artesunato (AQ+AS), e para a malária grave recomenda Artesunato (AS) parenteral, e como alternativa o Quinino (QNN) parenteral. Para o tratamento pre-referência, nas unidades sanitárias (US) periféricas e comunitárias, em doentes com malária grave recomenda-se o uso de AS rectal (supositório), embora o AS parenteral e o QNN parenteral possam ser usados como alternativas.

O diagnóstico precoce e acurado da malária é a principal chave para o manejo efectivo do caso e é essencial para melhorar de uma forma abrangente o manejo do síndrome febril. Durante muitos anos o tratamento era feito maioritariamente com base no diagnóstico clínico, mesmo após a introdução da política de diagnóstico parasitológico com microscopia inicialmente e depois com TDR, desde 2005, para todos os casos suspeitos de malária. Com a implementação de novas políticas de tratamento, baseadas em combinações terapêuticas com derivados de artemisinina, a confirmação da suspeita clínica de malária através do laboratório é crucial. pois estes antimaláricos tem como principal objectivo a eliminação dos parasitas

Actualmente, a capacidade de diagnóstico laboratorial da malária por meio de microscopia óptica, continua restrita a um número reduzido de US sendo que das 1393 US no país, apenas 298 (21.4%) tem laboratório com microscopia óptica. Uma outra limitação é a insuficiência de técnicos e agentes de laboratório para satisfazer a procura dos serviços. Uma complicação adicional é a falta de um sistema de controlo de qualidade que exacerba a falta de confiança entre o pessoal clínico e os resultados laboratoriais.

Nas zonas rurais do país, o acesso aos serviços formais de saúde é extremamente limitado, quer devido à grandes distâncias, quer devido a falta de conhecimentos dos

sintomas da malária e determinados hábitos culturais, o que faz com que o diagnóstico e tratamento baseados na comunidade sejam uma alternativa estratégica e apropriada para reduzir a morbi-mortalidade por malária.

Quanto à política de manejo de casos na comunidade, o kit do APE já contém a primeira linha de tratamento. Assim, a expansão do uso de TDR até ao nível da comunidade torna-se lógica uma vez garantida a formação e supervisão para assegurar o uso apropriado do TDR.

5.4 Promoção de saúde e Envolvimento Comunitário

A necessidade de exercer acções periódicas e contínuas de sensibilização na sociedade, aumentará a consciência de que a malária é uma doença prevenível e uma prioridade na saúde pública e que o controlo da malária não depende apenas dos esforços do MISAU, mas sim de todos os sectores, de sociedade civil e das comunidades. A participação activa da comunidade pode incrementar a eficácia dos esforços de controlo da malária e facilitar a sustentabilidade das intervenções.

A estratégia de envolvimento comunitário para a prevenção e controlo das doenças, que está a ser desenvolvida pelo MISAU, inclui todas as iniciativas abrangendo a comunidade bem como o trabalho com as ONGs, organizações baseadas na comunidade e líderes tradicionais. As comunidades são parceiras fundamentais na promoção de melhores condições de saúde para si próprias.

A falta de políticas claras leva a elaboração e a disseminação de mensagens inconsistentes. A falta de recursos humanos e de capacitação, aliada a um alto nível de mobilidade de pessoal no departamento de comunicação do MISAU (DPSEC) contribui para o atraso no desenvolvimento de uma estratégia de comunicação e de uma estratégia de envolvimento comunitário. A fraca coordenação entre o MISAU e os parceiros agrava a situação.

Por recomendação da reunião nacional sobre envolvimento comunitário, havida em 2007, o Conselho de Ministros lançou em 2008 uma campanha nacional de saneamento do meio e promoção de higiene com a duração de um ano e com o objectivo de envolver toda as camadas sociais a se empenharem activamente na gestão ambiental como forma de controlo das doenças.

Celebram-se anualmente dois dias de reflexão sobre a malária. No entanto, devido a limitações em recursos humanos e financeiros, as actividades não abrangem todo o país, e assim não têm o impacto desejado. Ainda são necessários esforços consideráveis de sensibilização de forma a transformar a luta contra a malária numa prioridade nacional.

5.5 Monitoria e Avaliação e Fortalecimento de Sistemas, incluindo a Pesquisa Operacional

Moçambique é um país de alta transmissão da malária, entretanto não existe um mapa actualizado com dados estratificados da doença, sendo que o último mapa existente foi desenvolvido em 2000 e desde então várias intervenções foram realizadas.

As fontes de dados de rotina do PNCM são o SIS e o BES. O SIS colhe toda informação das US do SNS, enquanto o BES, é o sistema de vigilância das 10 doenças de

notificação obrigatória incluindo a malária. Os dois sistemas constituem um instrumento importante, quer para medir o impacto das intervenções de controlo da malária quer para os processos de planificação e de alocação de fundos. O sistema existente precisa urgentemente de ser melhorado para que seja obtida informação fiel e de qualidade em formato padronizado. Com excepção da capacidade no mapeamento das pulverizações, está claro que não há suficiente capacidade para o reporte de dados sobre todas as actividades do PNCM definidas no Plano Estratégico e outras que vão entrando em vigor, como seja a distribuição de REMTILD, a administração de TIP nas consultas pré-natais, a utilização de testes de diagnóstico rápido e a gestão dos anti-maláricos.

O PNCM também conta com um plano de M&A que explica as principais acções e funções do sistema de M&A para a malária de acordo com o plano estratégico Nacional da malária. Este plano fornece a base para medir o progresso através da identificação de metas, objectivos e indicadores através das estratégias de intervenções da malária, também descreve as fontes disponíveis de dados, estratégias de controlo de qualidade e validação dos dados. O plano de M&A descreve ainda o papel importante de pesquisas em malária, sendo que os principais estudos realizados foram DHS, MICs e MIS. Estes são inquéritos de base populacional e podem colher indicadores, incluindo anemia, parasitémia, REMTILDs, TIP, manejo de caso, etc. As principais pesquisas mais recentes foram DHS 2003, MIS 2007, MICs 2008, e estas permitiram ao programa um acompanhamento do progresso das actividades e indicadores desde 2000.

6. Análise das potencialidades, fraquezas, oportunidades e desafios do PNCM

Moçambique realizou uma avaliação detalhada do programa da malária em Dezembro de 2010. Durante a revisão, fez uma análise crítica das oportunidades, fraquezas, potencialidades e desafios. Esta análise foi revista e a seguir segue-se uma versão resumida da mesma.

Formatted: Indent: Left: 0"

Commented [G6]: Please write this section in prose and then bullets. EXAMPLE, the following strengths were identified.....

- a)
- b)
- c)

rather than just bullet them. This is a strategic doc.

Same for the whole SWOT.

6.1 Potencialidades

- a. As reformas realizadas no sector saúde
- b. Maior envolvimento do governo para o sector saúde
- c. Existência de reuniões de coordenação semanais e mensais
- d. Os medicamentos, testes de diagnóstico, meios de prevenção (PIDOM, REMTILDs, TIP, larvicidas) são gratuitos
- e. A existência de responsáveis provinciais do programa de controlo da malária
- f. A revitalização ministerial do envolvimento comunitário através da inclusão dos APEs nos cuidados de saúde, expandindo assim o diagnóstico e tratamento da malária
- g. A existência de unidades de educação para a saúde no MISAU
- h. A existência de sistema de vigilância integrada de doenças
- i. A existência de um órgão nacional de coordenação de emergências (CENOE)

6.2 Oportunidades

- a. A existência de um grande compromisso político e apoio governamental e de parceiros de cooperação nas actividades da malária

- b. O número de parceiros, ONGs, organizações da sociedade civil, doadores e sector privado com interesse em apoiar as actividades da malária tem aumentado
- c. A existência de biólogos à nível provincial como gestores do programa da malária
- d. A melhoria do sistema de logística a todos os níveis
- e. A expansão da capacidade de diagnóstico e tratamento até ao nível das US periféricas e comunitárias
- f. O desenvolvimento de uma política clara de formação dos APes
- g. A utilização de escolas, grupos religiosos, líderes comunitários e políticos como pontos de entrada para as comunidades
- h. Existência de uma repartição de M&A no MISAU
- i. Melhoria da capacidade de previsão meteorológica
- j. Experiência de iniciativas transfronteiriças
- k. A existência de insetários em 3 províncias
- l. Laboratório de biologia molecular no INS re-equipado

6.3 Fraquezas

- a. A falta de mecanismos de consulta nacional para introdução de insecticidas bem como a fraca capacidade de gestão ambiental incluindo manuseio dos resíduos.
- b. A fraca capacidade de envolver as autoridades locais e o sector privado nas actividades da malária
- c. A fraca capacidade técnica e logística a nível central, provincial e distrital
- d. A capacidade limitada / insuficiência de armazéns (para o armazenamento de material da malária incluindo medicamentos)
- e. Pouca planificação integrada das actividades dos diferentes programas
- f. Falta / Fraco controle no sector privado no que respeita ao manejo de casos, TDR, medicamentos e coleta de dados
- g. Recursos humanos qualificados insuficientes, principalmente na área de entomologia
- h. Ausência de sistema de controlo de qualidade das actividades incluindo o diagnóstico
- i. Falta de adaptação local dos materiais de IEC / Falta de material preparado para responder as necessidades de IEC (ex. para pessoas com deficiências, visuais, auditivas, etc)
- j. Fraco diálogo entre as instituições de pesquisa e os programas de doenças
- k. Falta de testes sistemáticos sobre eficácia terapêutica
- l. Demora no desembolso dos fundos por parte do MISAU e de alguns parceiros para a realização das actividades
- m. Dificuldade na manutenção de estoques de emergência
- n. Fraca / Falta de formação de activistas de saúde nos centros de acomodação
- o. Deficiente sistema de notificação de casos

6.4 Desafios

- a. Dificuldades na harmonização de estratégias com alguns parceiros
- b. Algumas ONGs não cumprem ou atrasam as actividades recomendadas pelo programa
- c. Resistência cruzada aos insecticidas
- d. Desvio de material (insecticidas, redes, etc)
- e. Falsificação de dados / Dados incoerentes

Formatted: Indent: Left: 0"

- f. Insustentabilidade do envolvimento comunitário e de algumas actividades do programa
- g. Uso inadequado de larvicidas, insecticidas e REMTILDS
- h. Deficiente gestão de SP bem como a sua resistência
- i. Chegada tardia da mulher grávida a CP
- j. Dificuldade em alcançar uma cobertura universal de todas acções na área da malária
- k. Uso de monoterapia como tratamento / prescrição e, ou consumo inapropriado de medicamentos (auto-medicação)
- l. Conflitos de mensagens de IEC devido a fraca coordenação
- m. Fraca motivação do pessoal
- n. Falta de pessoal treinado para responder as ameaças ou epidemias.

RESUMO

CAPÍTULO 2: PLANO ESTRATÉGICO DA MALÁRIA 2012 – 2016

Commented [G7]: Also here, don't just dump the visions and so on.

The vision of malaria control in Mozambique has been identified as.... Then the cvision.

Same thing for the rest of the goal, ...objectives,

1. Visão do Programa Nacional de Controlo da Malária

Moçambique livre da malária contribuindo deste modo para a redução da pobreza

2. Missão do Programa Nacional de Controlo da Malária

Liderar e coordenar a implementação de intervenções eficazes de controlo de malária de modo a prevenir e reduzir a morbilidade

3. Objectivos:

a. Objectivo Geral:

Ate 2016 reduzir para metade a morbilidade e mortalidade por malária em relação aos níveis observados em 2009

Formatted: Indent: Left: 0"

b. Objectivos específicos:

1. Até 2014, 100% dos distritos tenham capacidade de gestão das actividades de controlo da malária.
2. Até 2014, 80% da população tenha acesso a pelo menos um método de prevenção da malária
3. Até 2014, testar 100% dos casos suspeitos da malária que se apresentem as Unidades Sanitárias (US) e comunidades (APEs) e tratar de acordo com as normais nacionais
4. Ate 2016, abranger 100% da população com informação sobre prevenção e tratamento da malária.
5. Até 2014, ter os sistemas de vigilância, monitoria e avaliação fortalecidos de modo a que 100% dos distritos tenham capacidade de reportar os indicadores chaves da malária regularmente.

4. Caracterização das Estratégias

Formatted: Font: 12 pt

4.1 Objectivo 1 – Até 2014, 100% dos distritos com capacidade de gestão das actividades de controlo da malária.

Formatted: Font: 12 pt

Estratégias 1: Promoção de uma nova estrutura orgânica do PNCM e dotá-la com recursos humanos apropriados

O organigrama do PNCM deve ser revisto a todos os níveis do SNS, com termos de referência bem definidos. A capacitação do pessoal do programa é uma prioridade tanto com cursos de curta duração assim como promoção de cursos de pós graduação. Para redução dos custos de formação em pós graduação, o PNCM deve realizar advocacia

com universidades do país de modo a que estas tenham no seu currículo cursos em áreas relacionadas à malária como por exemplo, entomologia, epidemiologia, saúde pública entre outros. Deve-se ainda assegurar a indicação de um gestor do programa da malária para cada distrito bem como um clínico em cada província.

Estratégia 2 : Reforço da capacidade de infraestruturas e equipamento para o controlo da malária

O sistema de armazenamento e inventário devem ser fortalecidos, devem ser adquiridos contentores para armazenamento de produtos da malária. Deve-se ainda integrar os armazéns ao sistema do centro de abastecimento ao nível central, provincial e distrital. Camiões e viaturas com tração a quatro rodas (tendo em conta as defíceis vias de acesso) devem ser adquiridas para melhorar a logística integrada de produtos da malária, bem como supervisões e actividades da PIDOM. O espaço e equipamento apropriado de escritório como computadores para o funcionamento do PNCM devem ser garantidos a todos os níveis.

Estratégia 3: Melhoria da capacidade em gestão do programa da malária, incluindo liderança, planificação e coordenação a todos os níveis do SNS

Deve-se formar grupos de trabalho em áreas específicas com termos de referência e planos anuais de actividades a todos os níveis com base em evidências e consensos. Ao nível central e provincial deve-se realizar reuniões de coordenação da malária anualmente para monitorar o progresso e as acções futuras e realizar visitas de supervisão integrada na área da malária.

Estratégia 4: Fortalecimento da parceria nacional do controlo da malária

PNCM deve mapear todos os parceiros a todos os níveis (central, provincial e distrital) e realizar reuniões de coordenação mensalmente com estes. Por forma a aproveitar a responsabilidade social do sector privado, deve-se negociar o seu envolvimento nas actividades de intervenção da malária.

Estratégia 5: Melhoria da prontidão e resposta às epidemias da malária

Os distritos em risco de epidemias devem ser mapeados e deve-se elaborar um guião de resposta às epidemias da malária, que serão disseminados a todos os níveis. Ainda para melhorar a prontidão e resposta às epidemias da malária, há necessidade de se criar um canal epidémico através do sistema de vigilância epidemiológica, para a detenção e tomada de decisões atempadas de epidemias da malária, bem como realizar a PEDOM nos distritos em epidemias.

Estratégia 6: Apoiar os esforços de eliminação da malária na região da SADC colaborando com os países vizinhos

Para consolidar o controlo da malária na região sul de Moçambique, tendo em conta as actividades realizadas na iniciativa dos Lubombos, há necessidade de se assegurar ou garantir o acesso universal de todas as actividades da malária nessa região, e gradualmente, abrangendo outras províncias do centro e norte do país. Deve-se realizar reuniões trimestrais de coordenação com os países envolvidos no controlo transfronteiriço da malária e ainda realizar visitas anuais para troca de experiência com estes bem como visitas de supervisões conjuntas nas actividades da malária.

4.2 Objectivo 2: Até 2014, pelo menos 80% da população tenha acesso a pelo menos um método de prevenção da malária

Formatted: Font: 12 pt

Estratégia 1: Distribuição de REMTILDS através de Campanhas de Cobertura Universal (CCU)

Deve-se realizar a procura e aquisição de REMTILDS para as CCU, para posterior distribuição. Os guiões de distribuição das REMTILDS devem ser finalizados,

aprovados e disseminados a todos os níveis do SNS. Após as campanhas deve-se realizar reuniões de balanço e deve-se ainda avaliar a existência de REMTILDS nos agregados familiares para posterior decisão sobre a realização de campanhas adicionais de distribuição de REMTILDS.

Estratégia 2: Distribuição de Rotina (DR) de REMTILD para mulheres grávidas na consulta pré natal (CPN) como incremento da cobertura universal

Há necessidade de se realizar e se coordenar com o centro de abastecimento para estabelecer e manter um sistema logístico de distribuição de REMTILDS nas CPN, bem como finalizar, aprovar e disseminar o guião de distribuição de REMTILDS através das CPN a todos os níveis do SNS. Deve-se ainda realizar a procura e aquisição de REMTILDS para as CPN.

Estratégia 3: Implementação da Pulverização Intra Domiciliária (PIDOM) nas áreas seleccionadas

Para a implementação da PIDOM, deve-se realizar a procura e aquisição de insecticidas e outros materiais necessários, recrutar, treinar e supervisionar os rociadores. Logo após as campanhas da PIDOM deve-se realizar reuniões de avaliação e balanço das actividades a nível central e provincial. Há necessidade de melhorar o manuseio dos insecticidas, bem como a gestão dos resíduos.

Estratégia 4: Provisão do Tratamento Intermitente Presuntivo (TIP) a todas as mulheres grávidas que se apresentem as CPN

Deve-se realizar a procura e aquisição de SP para TIP, bem como a capacitação do pessoal de Saúde Materna e Infantil (SMI) na área de TIP e REMTILDS como parte do “Pacote Integrado”. Existe ainda a necessidade de se coordenar com a CMAM a gestão do SP.

Estratégia 5: Promoção do uso de larvicidas em zonas urbanas como complementaridade da PIDOM

Deve-se elaborar um plano operacional de aplicação de larvicidas, mapear os criadouros, procurar e adquirir larvicidas. Para a aplicação de larvicidas é necessário recrutar, treinar e supervisionar oficiais de entomologia e realizar reuniões de avaliação das actividades.

4.3 Objectivo 3: Até 2014, testar 100% dos casos suspeitos da malária que se apresentem as Unidades Sanitárias (US) e comunidades (APEs) e tratar de acordo com as normais nacionais

Formatted: Font: 12 pt

Estratégia 1 : Consolidação do uso de TDR nas US do SNS e sua expansão para a comunidade (através dos APEs)

É necessário realizar a procura e aquisição de TDR para a sua distribuição ás US do SNS e todos APEs. O sistema de logística dos TDRs também deve ser reforçado. Os profissionais de saúde bem como os APEs devem-se beneficiar de formação contínua, e deve-se ainda implementar o sistema de controlo de qualidade para o diagnóstico rápido da malária (realização dos testes).

Estratégia 2: Expansão do diagnóstico microscópico da malária nas USs do SNS

Todo o equipamento e material de laboratório, tais como microscópios, contadores bem como os consumíveis devem ser adquiridos, e o pessoal de laboratório deve ser capacitado no diagnóstico da malária. Ainda, deve-se melhorar o controlo de qualidade para o diagnóstico por microscopia optica da malária.

Estratégia 3: Tratamento de todos os casos de malária nas US do SNS e na comunidade pelo APEs

A capacitação do pessoal clínico bem como dos APEs no manejo de casos incluindo malária na gravidez é necessária e deve ser realizada. É necessário actualizar as normas, manuais e guiões de formação, e adquirir e distribuir medicamentos de malária nas US do SNS e APEs.

Estratégia 4: Reforço no manejo da Malária Complicada / Grave.

As normas de tratamento de malária grave devem ser actualizadas e disseminadas, bem como o treino do pessoal clínico no atendimento de doentes graves deve ser realizado. Para o tratamento da malária grave são necessários certos medicamentos e material de suporte como diazepam, soros, sondas nasogástricas, oxigénio, etc, e estes devem ser adquiridos para as US públicas.

Estratégia 5: Promoção das normas nacionais de tratamento dos casos da malária no sector privado em coordenação com o departamento farmacêutico

Existe a necessidade de se disseminarem as normas nacionais de tratamento da malária e supervisionar o seu cumprimento nas clínicas privadas. Deve-se ainda emitir circulares às farmácias privadas sobre o abandono do uso da mono terapia no tratamento da malária e fiscalizar o seu cumprimento. É necessário realizar encontros de controlo de qualidade ou certificação dos laboratórios de sector privado, para realização da microscopia da malária, em coordenação com o laboratório de controlo de qualidade.

4.4 Objectivo 4 - Ate 2016, abrangir 100% da população com informação sobre prevenção e tratamento da malária

Formatted: Font: 12 pt

Estratégia 1: Desenvolvimento do plano de comunicação para a malária

A estratégia de comunicação deve ser finalizada e aprovada e devem-se desenvolver guiões e instrumentos para a sua implementação.

Estratégia 2: Advocacia e comunicação através dos mídias

É necessário capacitar o pessoal na área de comunicação para a malária a todos os níveis, e usar a rádio nacional, local e televisão com línguas locais nos “spots” publicitários. As informações devem ser regularmente actualizadas através dos mídias. Deve-se criar uma marca nacional sobre a prevenção da malária bem como programas interactivos utilizando os mídias. Nos dias comemorativos da malária realizar eventos com exposição de produtos, serviços e informação sobre a malária. Ao longo das fronteiras e grandes vias de comunicação do país, colocar painéis publicitários com informações sobre a malária.

Estratégia 3: Advocacia e comunicação através dos líderes (comunitários, políticos e religiosos)

De forma a veicular a informação sobre a malária deve-se capacitar as lideranças (comunitárias, políticas e religiosas) a todos os níveis e providenciar o pacote de informação.

Estratégia 4: Provisão de informação e educação nas escolas em coordenação com o programa de saúde escolar e voluntários

Os professores e voluntários de saúde devem ser capacitados com temas de prevenção da malária e através de parcerias com o Ministério de Educação (MINED), é necessário incluir informação sobre a malária nos currículos escolares incluindo os cursos de alfabetização. De modo a incentivar e promover actividades de malária, deve-se realizar actividades escolares como concursos no âmbito da luta contra a malária. Deve-se ainda coordenar com o sector privado a inclusão de mensagens de prevenção da malária em livros / cadernos escolares e revistas em forma de banda desenhada.

Estratégia 5: Provisão de informação e educação através de trabalhadores de saúde, APEs e voluntários

As palestras e mensagens sobre a malária devem ser padronizadas e estas devem ser difundidas através dos APEs durante as reuniões nas comunidades. Os APEs ainda devem sensibilizar todos os utentes que se dirigem aos seus serviços. As actividades de malária devem estar incorporadas nas feiras de saúde e nos comités de saúde. Os trabalhadores de saúde, dentro das US e durante as brigadas móveis devem difundir informações sobre a malária.

Estratégia 6: Implementação da mobilização social para as campanhas de REMTILDS e da PIDOM

Devem ser actualizados e disseminados os guiões de comunicação para a REMTILD e PIDOM, bem como todo o material para IEC. A mobilização das comunidades para as campanhas de distribuição das REMTILDS devem ser realizadas. Antes e durante as campanhas da PIDOM, a mobilização das comunidades para a sua aceitação é crucial.

Estratégia 7: Adquisição de equipamento e veículos para IEC

Cada província deve-se beneficiar de unidades móveis de comunicação (carros equipados), bem como cada distrito com pelo menos 10 megafones para as actividades da malária.

4.5 Objectivo 5: Até 2014, ter os sistemas de vigilância, monitoria e avaliação fortalecidos de modo a que 100% dos distritos tenham a capacidade de reportar os indicadores chaves da malária regularmente.

Formatted: Font: 12 pt

Estratégia 1: Reforço da capacidade da M&A de malária ao nível central, provincial e distrital

Devem ser identificados os locais onde exista pessoal suficiente e / ou recrutar para M&A da malária, que devem ser treinados em M&A. Devem ser desenvolvidos termos de referência para esse pessoal a todos os níveis (central, provincial e distrital). Há necessidade de adquirir equipamento de M&A da malária como computadores, Sistema de Informação Geográfico (GIS), Administração Digital Pessoal (PDAs) entre outros.

Estratégia 2: Fortalecimento do sistema de recolha de dados e relatórios de rotina do SNS (tais como BES, SIMAM, SIS, relatórios distritais, etc).

A área de M&A deve realizar encontros de coordenação com DIS, BES e CMAM, e deve fortalecer os sistemas de rotina, visitas de supervisão integradas e periódicas as US públicas e comunitárias devem ser realizadas pela M&A, e devem ser realizadas visitas de auditoria regulares aos dados da malária, assim como padronizar os relatórios.

Estratégia 3: Criação e implementação de uma base de dados do PNCM para armazenar dados de malária do SNS e outras fontes.

Deve ser elaborada uma base de dados para a área de M&A do programa da malária, e fazer-se a capacitação do pessoal chave na gestão dos dados, a nível central, provincial e distrital.

Estratégia 4: Realização regular de pesquisa operacional da malária

Há necessidade de se criar um grupo de trabalho de pesquisa operacional e, através desse grupo, definir e implementar uma agenda e plano de acção de cinco anos sobre a pesquisa operacional do PNCM. Devem-se realizar estudos de eficácia terapêutica de dois em dois anos, e estudos de resistência do vector ao insecticida, de densidade vectorial e do efeito residual dos insecticidas anualmente. Há também necessidade de se adquirir computadores para a área de entomologia.

Estratégia 5: Realização do controlo de qualidade de produtos da malária

Através da colaboração com a autoridade reguladora apropriada, deve-se garantir o controlo de qualidade dos insecticidas da PIDOM; antimaláricos, TDR da malária e

reagentes para a microscopia optica da malária, e deve-se fortalecer o sistema de farmacovigilância dos antimaláricos.

Estratégia 6: Realização da avaliação do PNCM

Em 2013 deverá ser realizado o inquérito das US e este deve ser depois realizado de dois em dois anos. Para o inquérito de indicadores da malária, este deverá ser realizado em 2014 e depois de 3 em 3 anos. Deve-se realizar também uma avaliação da revisão do programa da malária.

5. Monitoria e Avaliação

A monitoria e avaliação (M&A) devem ser considerados como parte integrante do controlo da malária. A estrutura deste plano estratégico é apresentada no quadro lógico abaixo e como os indicadores devem ser monitorados. Mais detalhes da M&A, como metas, definições, pressupostos, estarão mais bem detalhadas no Plano de M&A que será acompanhado deste PEM.

Tabela 4: Quadro lógico dos objectivos e indicadores

Item	Indicadores	Fonte de dados	Frequência	Pressupostos
OBJECTIVOS				
OBJECTIVO GERAL: Reduzir a mortalidade por malária de 3.755 em 2009 para metade até 2015.	Total de óbitos no internamento	HMIS	Annual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Marcador para H ▪ complicada HMIS ▪ BES keep their c ▪ performance of ▪ better ▪ Testado no País ▪ de 90% dos casos ▪ suspeitos ▪ Numerador é o mesmo ▪ que testes positivos de ▪ malária e o denominador ▪ são testes positivos e ▪ negativos. Indicam o ▪ nível de controle we ▪ assume that all other ▪ programmes in MOH ▪ keep their current levels ▪ of performance or do ▪ even better ▪ Political commitment is ▪ kept high ▪ Final support does not ▪ decrease.
	Total de casos de malária no internamento	HMIS	Annual	
	Casos de malária no internamento em crianças com < anos de idade	HMIS	Annual	
	Total de casos por malária (confirmados e clínica)	IDSS	Anuall	
	Total de casos de malaria confirmados	IDSS	3-5 anos	
	Parasitémia da malária em crianças com < 5 anos de idade	Inquérito de base comunitária	3-5 anos	
	Porcentagem de testes positivos por malária	Inquérito de base comunitária	Annual	
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS				
Objectivo 1: Até 2014, todos os distritos tenham capacidade de gestão e coordenação das actividades de controlo da malária.	Proporção de distritos com pontos focais de malária	Relatório de actividades do PNCM	Annual	<p>Todos os pontos focais de malária treinados e equipados para a gestão de programa</p>
	Organigrama revisto	NPNCM Relatório de actividades	Trimestral	
	Proporção de distritos com armazéns adequados para os produtos da malária	NPNCM Relatório de actividades	Trimestral	
	Proporção de distritos com viaturas para as actividades da malária	NPNCM Relatório de actividades	Trimestral	

Commented [G8]: If you look at the example I gave you of the logframe it includes strategies so that you can have the outputs under there. Not under objectives. Objectives should normally have outcomes.

Commented [G9]: I am going to give examples here
Look at the goal and then state what are the key things that need to happen for this goal, objective, strategy to work.

Formatted: List Paragraph, Indent: Left: 0", Hanging: 0.18", Bulleted + Level: 1 + Aligned at: 0" + Indent at: 0.25"

Formatted: Font: Bold, English (United States)

Formatted: Font: Bold, English (United States)

	Proporção de distritos com pessoal treinado na gestão do programa da malária	NPNCM Relatório de actividades	Trimestral	
	Proporção de reuniões de coordenação trimestral realizadas	NPNCM Relatório de actividades	Trimestral	
Objectivo 2: Até 2014, pelo menos 80% da população tenha acesso a pelo menos um método de prevenção de malária	% de indivíduos que dormiram debaixo de uma REMTILD na noite anterior	Inquérito de base comunitária	3-5 anos	Assume-se que cada protege 2 pessoas. A um agregado com 5 pessoas iria necessitar de 3 redes. Commented [G10]: Put programmatic assumptions for the programme.
	% de indivíduos com acesso a uma rede no agregado	Inquérito de base comunitária	3-5 anos	
	% de indivíduos que dormiram debaixo de uma REMTILD na noite anterior	Inquérito de base comunitária	3-5 anos	
	Número de RMTILD para duas pessoas	Inquérito de base comunitária	3-5 anos	
	% de população protegido com PIDOM.	NPNCM Relatório de actividades	Trimestral	
	Proporção de mulheres grávidas que receberam pelo menos duas doses de TIP para malária durante a sua última gravidez nos últimos dois anos.	Inquérito de base comunitária	3-5 anos	
Objective 3: Até 2014, testar 100% dos casos suspeitos da malária que se apresentem as US e comunidades (APEs) e tratar de acordo com as normais nacionais.	Total de TDR utilizados	Laboratório / APEs / HNIS	Anual	Será assumido como sendo o mesmo número de TDR realizados
	Número de testes microscópicos realizados	Sistema de Informação dos laboratórios	Anual	
	Proporção de casos suspeitos testados para malária nas US públicas e comunitárias	Relatório do PNCM	Trimestral	
	Proporção de US sem ruptura de stock de ACT por mais de uma semana nos últimos 3 meses	HFS	3 -5 anos	
	% de crianças com menos de 5 anos de idade com febre nas últimas duas semanas e que receberam tratamento adequado com ACT	Pesquisa	Anualmente, 3 - anos	
	% de APEs treinados em relação ao diagnóstico e tratamento de malária	Relatórios do programa dos APEs	3 – 5 anos	
Objectivo 4: Ate 2016, abranger 100% da população com informação sobre prevenção e tratamento da malária.	% de mulheres que sabem que as redes mosquiteiras protegem da malária	Inquéritos de base comunitária	3 – 5 anos	
	% de indivíduos que tenham recebido alguma mensagem sobre	Inquérito de base comunitária	3-5 anos	

	malária (escutadas ou vistas)			
	% da população abrangida com informação sobre a malária através dos midias	Pesquisa	3 – 5 anos	
	% de população abrangida com informação sobre a malária através dos líderes	Pesquisa	3 – 5 anos	
	% de população abrangida com informação sobre a malária através das escolas e dos voluntários	Pesquisa	3 – 5 anos	
	% de população abrangida com informação sobre a malária através de trabalhadores de saúde e comunitários	Pesquisa	3 – 5 anos	
Objectivo 5: Até 2014, ter os sistemas de vigilância, monitoria e avaliação fortalecidos de modo a que 100% dos distritos tenham a capacidade de reportar os indicadores chaves da malária regularmente.	% de distritos que são capazes de relatar rotineiramente os indicadores chaves da malária	Relatórios de actividades do PNCM	Anual	Os estudos entomológicos conduzidos anualmente são de resistência dos insecticidas, densidade de anopheles e neficácia residual
	Proporção de províncias com base de dados de malária	Relatórios de actividades do PNCM	Anual	
	Proporção de distritos que trimestralmente submetem relatórios de actividades com o novo formato	Relatórios de actividades do PNCM	Anual	
	Número de estudos entomológicos realizados	Relatórios de actividades do PNCM	Anual	
	Número de estudos de eficácia terapéutica realizados	Relatórios de actividades do PNCM	Anual	
	Número controlos de qualidade realizados aos produtos da malária	Relatórios de actividades do PNCM	Anual	
	Numero de estudos operacionais realizados	Relatórios de actividades do PNCM	Anual	
	Número de postos sentinel que tem informação com dados em estudos entomológicos actualizados regularmente	Relatórios de actividades do PNCM	Anual	

[Please review this based on the example i gave you. You have put outputs under objectives. There is a standard to follow.](#)

A implementação global do plano estratégico da malária será monitorado por um plano de M&A da malária. No plano de M&A contem algumas ferramentas para permitir a recolha apropriada dos dados de malária.



CAPÍTULO 3: PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO

Tabela 5: Objectivo 1: Objectvo 1. Até 2014, 100% dos distritos tenham capacidade de gestão das actividades de controlo da malária

Estratégia	Actividade	Responsabilidade	Colaboração	Tempo					Custo
				2012	2013	2014	2015	2016	
<i>Estratégia 1 - Promoção de uma nova estrutura orgânica do PNCM e dotá-la de recursos humanos apropriados.</i>	Rever e aprovar o organigrama do PNCM ao nível central, provincial e distrital	PNCM	OMS, UNICEF, PMI,	x					
	Capacitar todo o pessoal em áreas específicas do PNCM (cursos de curta duração)	PNCM	Parceiros	x	x				
	Formar o pessoal em áreas específicas do PNCM (cursos de pós graduação)	PNCM/Dep formaÇÃO	Parceiros	x	x	x			
	Garantir a indicação de um clínico para a malária em cada província (11 clínicos)	DPS		x					
	Assegurar a indicação de um gestor do programa de malária em cada distrito (128)	DPS / distrito		x					
<i>Estratégia 2 – Reforço da capacidade de infraestrutura e equipamento para o controlo da malária</i>	Fortalecer o sistema de armazenamento e inventário rotineiro de produtos de prevenção e controlo da malária a todos os níveis	PNCM/ centro de Abastecimento		x	x	x	x	x	
	Adquirir camiões e viaturas 4x4 para logística integrada de produtos da malária e outras actividades do PNCM	PNCM		x					
	Garantir o espaço e dota-lo de equipamentos de escritório apropriados para o funcionamento do PNCM	PNCM	PMI	x					
<i>Estratégia 3 – Melhoria da capacidade em gestão do programa da malária, incluindo</i>	Elaborar planos anuais de actividade da malária ao nível central, provincial e distrital, baseados em evidências e consensos	PNCM/DPS/DDS	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Formalizar os grupos de trabalho da malária e aprovar os seus termos de referência (4	PNCM	parceiros	x					

<i>liderança, planificação e coordenação a todos os níveis do SNS</i>	grupos: control vectorial, manejo de casos, IEC, M&A)								
	Realizar uma reunião de coordenação da malária por ano ao nível central e provincial para monitoria do progresso e definição de acções futuras.	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Realizar visitas de supervisão integradas na área de malária	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x	
Estratégia 4 – Fortalecimento da parceria nacional e do sector privado no controle da malária	Mapear os parceiros do PNCM a todos os níveis	PNCM	Parceiros	x		x			
	Realizar reuniões gerais de coordenação trimestralmente com os parceiros a todos os níveis	PNCM	parceiros	x	x	x	x	x	
	Coordenar com o sector privado o seu envolvimento nas actividades de intervenções da malária	PNCM	Sector privado	x	x	x	x	x	
Estratégia 5: Melhoria da prontidão e resposta às epidemias da malária	Definir, mapear e monitorar os distritos em risco de epidemias	PNCM/DIS/SIS		x	x	x	x	x	
	Elaborar e disseminar um guião de resposta as epidemias de malária	PNCM	OMS	x					
	Criar um sistema de alerta para a deteção e tomada de decisão atempada de epidemias de malária	PNCM	OMS	x	x	x	x	x	
	Criar um sistema de resposta atempada as epidemias da malária	PNCM/DPS/DDSMAS		x	x	x	x	x	
	Realizar a PEDOM	DPS / DDSMAS							
Estratégia 6: Apoiar os esforços de eliminação da malária na região da SADC colaborando com os países vizinhos	Assegurar / garantir o acesso universal de todas intervenções da malária	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Realizar reuniões trimestrais de coordenação com os países envolvidos no controlo transfronteiriço da malária	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Realizar visitas anualmente para troca de experiência com os países envolvidos no controlo transfronteiriço da malária	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Realizar visitas de supervisão conjunta com os países da região nas actividades da malária	PNCM	parceiros	x		x		x	

Tabela 6: Objectivo 2: Até 2014, pelo menos 80% da população tenha acesso a pelo menos um método de prevenção da malária

Estratégia	Actividade	Responsabilidade	Colaboração	Tempo					Custo
				2012	2013	2014	2015	2016	
Estratégia 1: <i>Distribuição de REMTILDS através de Campanhas de Cobertura Universal (CCU)</i>	Procurar e adquirir REMTILDS para Campanhas de Cobertura Universal (CCU)	PNCM	Parceira	x		x		x	
	Distribuir REMTILD através de CCU	PNCM/SR	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Finalizar, aprovar e disseminar o guião de distribuição de REMTILD através de CCU	PNCM	Parceiros	x					
	Realizar reuniões de balaço no final de cada campanha ao nível central e provincial	PNCM / DPS	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Realizar reunião de avaliação e existência de REMTILDS nos agregados familiares	PNCM / DPS	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Realizar campanhas distribuição adicional de REMTILDS	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x	
Estratégia 2: <i>Distribuição de Rotina (DR) de REMTILD para as mulheres grávidas na consulta pré natal (CPN) como incremento da cobertura universal</i>	Coordenar com o centro de abastecimento para estabelecer e manter um sistema logístico de distribuição de REMTILDS nas CPN	Centro de abastecimento	PNCM	x	x	x	x	x	
	Finalizar, aprovar e disseminar o guião de distribuição de REMTILDS através das CPN	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Procurar e adquirir REMTILDS para CPN	PNCM		x	x	x	x	x	
	Distribuir REMTILDS através de DR	PNCM/CA	PSI	x	x	x	x	x	
Estratégia 3: <i>Implementação da Pulverização Intra Domiciliária (PIDOM) nas áreas seleccionadas</i>	Procurar e adquirir insecticidas e outros materiais para a PIDOM	PNCM / MINAG		x	x	x	x	x	
	Recrutar, treinar e supervisionar os rociadores	DPS	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Realizar a PIDOM	DPS / DDSMAS							
	Realizar reuniões de avaliação das actividades da PIDOM logo após a campanha a nível provincial e central	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Melhorar a capacidade na gestão	PNCM/ DPS /	Parceiros	x	x	x	x	x	

	ambiental de insecticidas incluindo a gestão dos resíduos	DDSMAS							
Estratégia 4: Provisão do Tratamento Intermitente Presuntivo (TIP) a todas as mulheres grávidas que se apresentem as CPN	Procurar e adquirir sulfadoxina pirimetamina (SP) para TIP	CMAM	PNCM	x	x	x	x	x	
	Capacitar o pessoal de SMI na área de TIP e REMTILDS como parte do “Pacote Integrado”	PNCM	Saude reprodutiva	x		x		x	
	Coordenar com a CMAM a gestão de medicamentos (SP)	PNCM / CMAM		x	x	x	x	x	
Estratégia 5: Promoção do uso de larvicidas em zonas urbanas como complementaridade da PIDOM	Elaborar um plano operacional de aplicação de larvicidas	PNCM	Parceiros	x					
	Mapear os criadouros	PNCM	Parceiros	x		x		x	
	Procurar e adquirir larvicidas	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Recrutar, treinar e supervisionar os oficiais de entomologia	PNCM / DPS	parceiros	x					
	Realizar reunião de avaliação das actividades de larvicida	PNCM / DPS	Parceiros	x	x	x	x	x	

Tabela 7: Objectivo 3: Até 2014, testar 100% dos casos suspeitos da malária que se apresentem as Unidades Sanitárias (US) e comunidade (APEs) e tratar de acordo com as normais nacionais

Estratégia	Actividade	Responsabilidade	Colaboração	Tempo					Custo
				2012	2013	2014	2015	2016	
Estratégia 1 : Consolidação do uso de TDR nas US do SNS e sua expansão na comunidade (através dos APEs)	Procurar e adquirir TDR	PNCM / Departamento farmacêutico	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Distribuir TDRs para todos USs do SNS e todos APEs	PNCM / Departamento farmacêutico		x	x	x	x	x	
	Fortalecer o sistema logística para os TDRs	PNCM / Departamento farmacêutico		x	x	x	x	x	
	Realizar reciclagem (formação contínua) dos profissionais de saúde e APEs	PNCM / DPS / Distritos	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Melhorar o controlo de qualidade para o	PNCM / DPS /		x	x	x	x	x	

	diagnóstico rápido da malária	DDSMAS								
Estratégia 2: Expansão do diagnóstico microscópico da malária nas USs do SNS	Adquirir equipamentos, reagentes e consumíveis de laboratório (microscópios, contadores, etc)	PNCM / Laboratórios	Parceiros	x	x	x	x	x		
	Capacitar o pessoal de laboratório no diagnóstico da malária	PNCM / Laboratórios	Parceiros	x	x	x	x	x		
	Melhorar o controlo de qualidade para o diagnóstico da malária	PNCM / Laboratórios		x	x	x	x	x		
Estratégia 3: Tratamento de todos os casos de malária nas USs do SNS e na comunidade pelos APEs	Capacitar o pessoal clínico e os APEs no manejo correcto de caso incluindo malária na gravidez e sistemas de referência	PNCM / DPS / Distritos	Parceiros	x	x	x	x	x		
	Actualizar as normas, manuais e guiões de formação	PNCM	Parceiros	x						
	Adquirir medicamentos da malária	PNCM / Departamento farmacêutico		x	x	x	x	x		
	Distribuir medicamentos da malária	CMAM / DPS / Distritos		x	x	x	x	x		
Estratégia 4: Reforço no manejo de caso da Malária Complicada / Grave	Actualizar e disseminar as normas de tratamento da malária grave	PNCM	Parceiros	x						
	Capacitar o pessoal clínico no atendimento de doentes graves	PNCM / DPS	Parceiros	x	x	x	x	x		
	Adquirir medicamentos e material para tratamento da malária grave (diazepan, soros, sonda nasogástricas, oxigénio, etc) para as USs públicas	PNCM / Departamento farmacêutico		x	x	x	x	x		
Estratégia 5: Promoção das normas nacionais de tratamento dos casos de malária no sector privado em coordenação com o departamento farmacêutico	Disseminar normas nacionais de tratamento da malária e supervisionar o seu cumprimento nas clínicas privadas	PNCM / Departamento farmacêutico	Parceiros	x	x					
	Emitir circulares para as farmácias privadas sobre o abandono do uso da mono-terapia no tratamento da malária e fiscalizar seu cumprimento	PNCM / Departamento farmacêutico		x	x	x	x	x		
	Realizar o controlo de qualidade / certificação dos laboratórios do sector	PNCM / departamento	Parceiros	x	x	x	x	x		

	privado, para realização da microscopia da malária em coordenação com o laboratório de “controle de qualidade”	Farmacêutico								
--	--	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Tabela 8: Objectivo 4 - Ate 2016, abrangir 100% da população com informação sobre prevenção e tratamento da malária.

Estratégia	Actividade	Responsabilidade	Colaboração	Tempo					Custo
				2012	2013	2014	2015	2016	
Estratégia 1: <i>Desenvolvimento do plano de comunicação para malária</i>	Finalizar e aprovar a estratégia de comunicação	PNCM	Parceiros	x					
	Desenvolver os guiões e instrumentos necessários	PNCM	Parceiros	x					
Estratégia 2: <i>Advogacia e comunicação através dos mídias</i>	Capacitar pessoal na área de comunicação para a malária a todos os níveis	PNCM	Parceiros	x		x			
	Emitir spots publicitários através da radio nacional e local usando as línguas locais para mais abrangência	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Emitir spots publicitários através da televisão	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Actualizar regularmente e emitir informação através dos mídias	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Criar uma marca nacional sobre a prevenção da malária	PNCM	Parceiros	x					
	Criar e realizar programas interactivos sobre a malária utilizando os mídias	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Realizar eventos de comemoração dos dias da malária, expondo todos os produtos, serviços e informação sobre a malária	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Emitir informação sobre a malária nos paineis publicitários ao longo das fronteiras e grandes vias de comunicação	PNCM	Parceiros	x			x		
Estratégia 3: <i>Advogacia e comunicação através do líderes (comunitários,</i>	Capacitar as lideranças (comunitárias, políticas e religiosas) a todos os níveis para veicular a informação sobre a malária	PNCM		x	x	x	x	X	

<i>políticos e religiosos)</i>	Providenciar o pacote de informação para os líderes	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x	
Estratégia 4: <i>Provisão de informação e educação nas escolas em coordenação com o programa de saúde escolar e voluntários</i>	Capacitar os professores com temas de prevenção da malária	PNCM	MINED	x	x	x	x	x	
	Coordenar a inclusão no currículo escolar incluindo cursos de alfabetização informação sobre malária, através de parceria com MINED	PNCM	MINED / Parceiros	x	x	x	x	x	
	Realizar actividades escolares (concursos, etc.) no âmbito da luta contra a malária incluindo palestras	PNCM / DPS / Distritos	MINED / Parceiros	x	x	x	x	x	
	Coordenar com o sector privado a inclusão de mensagens de prevenção da malária em livros / cadernos escolares, revistas (banda desenhada)	PNCM	Sector privado	x	x	x	x	x	
Estratégia 5: <i>Provisão de informação e educação através de trabalhadores de saúde e APES</i>	Padronizar as mensagens das palestras sobre a malária	PNCM	parceiros	x		x		x	
	Incorporar actividades de malária nas feiras de saúde e comité de saúde	PNCM / DPS / DDSMAS	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Difundir informação através dos APES e voluntários durante as reuniões nos Bairros	PNCM / DPS / Distrito		x	x	x	x	x	
	Sensibilizar todos os pacientes que se dirigem para os Serviços dos APES	DDSMAS		x	x	x	x	x	
	Difundir informação sobre malária nas US e comunidades durante as brigadas móveis e em palestras através dos trabalhadores de saúde	DPS / DDSMAS		x	x	x	x	x	
Estratégia 6: <i>Implementação da mobilização social para as campanhas de REMTILDS e da PIDOM</i>	Actualizar e disseminar guiões de comunicação para as REMTILDS e para a PIDOM	PNCM	Parceiros	x					
	Actualizar e disseminar material de IEC	PNCM	Parceiros	x					
	Realizar as campanhas de mobilização social	PNCM / DPS / Distritos		x	x	x	x	x	
Estratégia 7: <i>Aquisição de equipamento e</i>	Adquirir unidades móveis de comunicação para malária e alocar um em	PNCM / DPS	Parceiros	x					

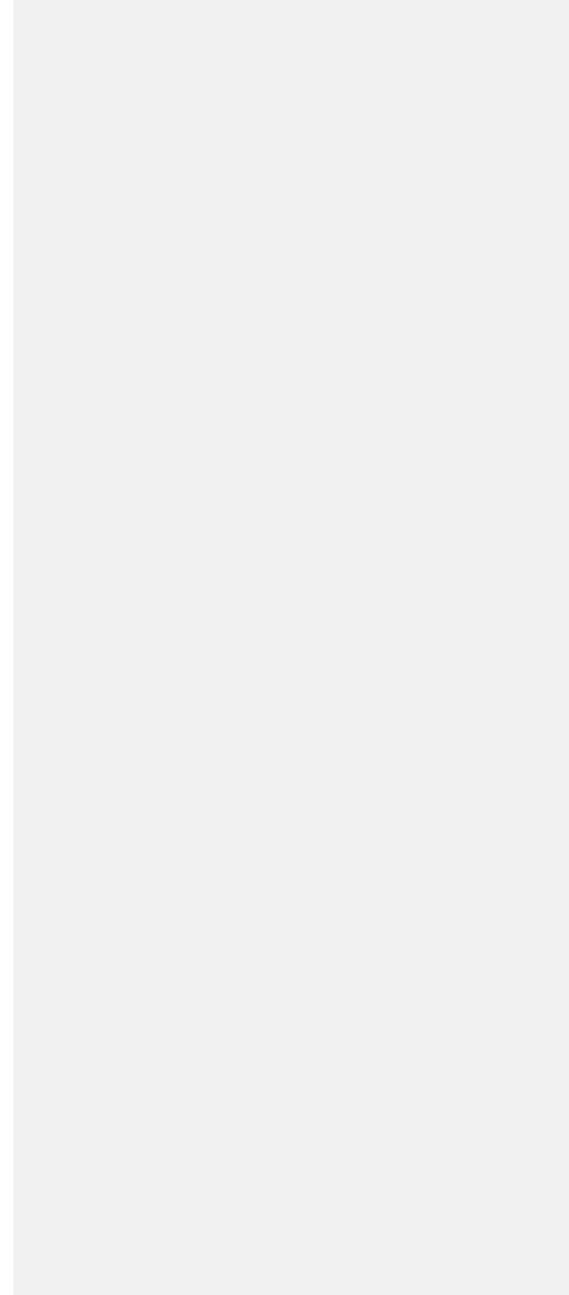
veículos para IEC	cada províncias (11 carros equipados)								
	Adquirir 10 megafones para cada distrito (1280 megafones)	DPS		x					

Tabela 9: Objectivo 5: Até 2014, ter os sistemas de vigilância, monitoria e avaliação fortalecidos de modo a que 100% dos distritos tenham a capacidade de reportar os indicadores chaves da malária regularmente.

Estratégia	Actividade	Responsabilidade	Colaboração	Tempo					Custo
				2012	2013	2014	2015	2016	
<i>Estratégia 1- Reforço da capacidade da M&A de malária ao nível central, provincial e distrital</i>	Desenvolver os termos de referência para o pessoal de M&A da malária ao nível central, provincial e distrital	PNCM / DPS / Distritos		x					
	Identificar ou recrutar e colocar pessoal de M&A da malária ao nível central, provincial e distrital	PNCM / DPS / Distritos		x					
	Capacitar pessoal de M&A da malária ao nível central, provincial e distrital	PNCM / DPS	Parceiros	x		x			
	Adquirir equipamento para M&A (computadores, GIS,PDAs etc)	PNCM / DPS / Distritos	Parceiros	x					
<i>Estratégia 2: Fortalecimento do sistema de recolha de dados e relatórios de rotina do SNS (tais como BES, SIMAM, SIS, relatórios distritais etc)</i>	Realizar encontros de coordenação da M&A com DIS, BES e CMAM	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Apoiar fortalecimento dos sistemas rotinas	PNCM		x	x				
	Realizar visitas de supervisão periódicas as USs públicas e comunitárias	PNCM / DPS / Distritos	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Realizar as visitas regularmente de auditoria dos dados em conjuntos com o DIS,BES,CMAM etc	PNCM / DPS		x	x	x	x	x	
	Padronizar a componente da malária nos relatórios trimestrais do distrito	PNCM	Parceiros	x					
<i>Estratégia 3 - Criação e implementação de uma base de dados do PNCM para armazenar dados de malária do SNS e outras fontes</i>	Elaborar uma base de dados para a unidade de M&A do programa da malária para os níveis central, provincial e distrital	PNCM	Parceiros	x					
	Capacitar em M&A pessoal chave na gestão de base de dados	PNCM	Parceiros	x	x				

Estratégia 4 - <i>Realização regular de pesquisa operacional da malária</i>	Criar o grupo de trabalho de Pesquisa Operacional da Malaria	PNCM	Parceiros	x					
	Através de Grupos de Trabalho (GDT) definir e implementar uma agenda e plano de acção de cinco anos sobre a pesquisa operacional do PNCM	PNCM	Parceiros	x					
	Realizar o estudo de eficácia terapêutica de dois em dois anos	PNCM	Parceiros	x			x		
	Realizar estudos de resistência do vector ao insecticida, anualmente e depois da PIDOM	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Realizar estudos de densidade vectorial, anualmente e depois da PIDOM	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Realizar estudos de resistência do vector ao insecticida, anualmente e depois da PIDOM	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Realizar estudos do efeito residual do insecticida, anualmente e depois da PIDOM	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x	
	Adquirir 8 computadores para entomologia (2 para cada laboratório)	PNCM	Parceiros	x					
Estratégia 8 - <i>Realização do controlo de qualidade de produtos da malária</i>	Garantir o controlo de qualidade para os produtos da malária (Insecticidas da PIDOM, todos antimaláricos, testes rápidos de malária, reagentes para microscopia da malária)	PNCM	Laboratório de controlo de qualidade	x	x	x	x	x	
	Fortalecer o sistema de farmacovigilância dos antimaláricos	PNCM / Departamento farmacêutico	Parceiros	x	x	x	x	x	
Estratégia 9 - <i>Realização da avaliações do PNCM</i>	Realizar o inquérito da US em 2013 e depois de dois em dois anos	PNCM	parceiros		x			x	
	Realizar o inquérito de indicadores da malária em 2014 e depois de três em Três anos	PNCM	Parceiros			x			
	Realizar a revisão da RPM	PNCM	Parceiros			x		x	

RASCARSONHO



CAPÍTULO 4: OS MECANISMOS DE IMPLEMENTAÇÃO

1.1 Coordenação

O MISAU é o líder da implementação das actividades do SNS usando o princípio de “3 uns” (um plano estratégico, um mecanismo de coordenação e um plano de M&A). Em Moçambique, desde 2000, existe o mecanismo do SWAP onde o MISAU, em conjunto com todos os seus parceiros do desenvolvimento fazem a planificação, implementação e avaliação do desempenho das actividades através dos instrumentos PAF, PROSAUDE e QAD.

Do mesmo modo, este plano estratégico vai ser implementado em conjunto com todos os parceiros do PNCM através do SNS em todos níveis incluindo a comunidade e outros sectores do governo (por exemplos Serviços Nacional de Saúde Militar, MINED etc). A coordenação de realização de todas as fases da implementação, desde a planificação até a monitoria e avaliação, vão ser liderados pelo PNCM através dum único plano estratégico, planos anuais únicos e um único plano de monitoria e avaliação. Ao nível central todos os parceiros do FRM por exemplo doadores e parceiros multi e bilaterais do governo vão fazer parte do fórum de coordenação já existente no PNCM. Os fóruns de coordenação com os parceiros também existem nas províncias, distritos e nas comunidades e vão ser fortalecidos e as reuniões da coordenação vão ser realizadas mensalmente por todos.

1.2 **Papel do MISAU e dos diferentes parceiros, sectores incluindo outros ministérios, sociedade civil, líderes e sector privado na implementação do plano estratégico**

Formatted: Font: 12 pt

MISAU

O PNCM deve:

- a) Coordenar os planos bem como a sua execução.
- b) Coordenar as pesquisas realizadas, monitorar e avaliar as actividades a serem realizadas.
- c) Criar mecanismos fortes de parcerias público-privadas e deve encorajar a colaboração multissetorial durante a implementação deste plano
- d) Elaborar a política, as guias e normas
- e) Assegurar a disseminação do plano estratégico em todos níveis e inclusão das estratégias e intervenções do plano estratégico nos planos centrais, provinciais e distritos
- f) Providenciar os serviços da saúde da qualidade
- g) Assegurar o fortalecimento dos sistemas da saúde
- h) Providenciar a liderança em todas as estratégias e intervenções do plano estratégico

Outros Sectores

Alguns ministérios tem um papel chave nas intervenções das actividades da malária, são eles, o Ministério das Finanças, Agricultura, Educação, Meio Ambiente, etc. Estes ministérios devem assegurar que:

- a) As actividades da malária estejam integradas nos seus planos
- b) Mobilização de recursos financeiros para as actividades da malária
- c) Promoção da mudança de comportamentos
- d) Inclusão de informação ou temas de sobre malária nos curriculos escolares

Formatted: Indent: Left: 0"

Líderes (políticos, religiosos, comunitários)

- a) Fornecer liderança política, religiosa e comunitária nas intervenções da malária
- b) Assegurar a mobilização das comunidades
- c) Ênfase na comunicação para a mudança positiva de comportamento.
- d) Deve haver um forte incentivo da participação comunitária na implementação do plano, na gestão e prestação de serviços de malária.
- e) Deve haver um compromisso político contínuo na liderança em todos os níveis para apoiar este plano.

Sociedade civil

- a) Garantir a qualidade dos serviços de acordo com as directrizes nacionais
- b) Auxiliar na mobilização dos recursos
- c) Apoiar ao nível central, provincial e distrital na coordenação de parceiros e das actividades dentro dos planos existentes

Sector privado

- a) Fornecer produtos de qualidade e serviços adequados às exigências
- b) Participar activamente na coordenação e planificação dos esforços nacionais no controlo da malária

Parceiros de cooperação

- a) Prestar apoio técnico e orientação, particularmente a nível nacional
- b) Apoiar o fornecimento de recursos humanos necessários
- c) Apoiar na implementação da M&A
- d) Apoiar nos trabalhos de investigação
- e) Manter um diálogo constante com outros parceiros e com o PNCM
- f) Implementar as actividades descritas neste plano estratégico sob liderança do PNCM em sintonia com a Política Nacional de Malária
- g) Partilhar informações sobre as intervenções de prevenção e controlo da malária nas suas áreas de implementação

CAPÍTULO 5: ORÇAMENTO E MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS

Commented [G11]: I am sure that this can be cleaner. The text below is not clean. Seems like sentences just thrown there.

As principais fontes de financiamento incluem o Orçamento do Estado (OE), ProSaúde (PS) e outros de natureza vertical, o qual se destacam GFATM, USAID / PMI, DFID, Banco Mundial (BM), UNICEF e OMS.

Entende-se que os fundos do PS sejam para em algum momento financiar as lacunas cujo o OE não seja suficiente.

O FG foi em algum momento um dos financiadores do PS, mas este desvinculou se e passou a ser um orçamento vertical e o seu financiamento deve ser através de propostas elaboradas e aprovadas pelo FG.

O PMI / USAID não financiam directamente o MISAU, estes lançam propostas e ou concursos e outras organizações que devem concorrer para financiar as actividades a que são previstas.

DFID e UNICEF, são financiadores do PS mas em algum momento podem financiar directamente o PNCM, e os fundos seguem as regras do PS.

Para a mobilização de fundos o MISAU e o PNCM devm fazer advocacia junto aos parceiros e organizações nacionais e internacionais, através das actividades a que se propõem realizar, os meios a usar, as formas em que as mesmas serem realizadas, entre outras.

Estes encontros de advocacia com os parceiros devem ser realizados quer em grupo ou individualmente, além disso, o PNCM deve realizar encontros com o sector privado, principalmente os que se apresentam com maior destaque como por exemplo as açucareiras existentes e os sectores de Minas, entre outros.

REFERÊNCIAS

1. Moçambique. Instituto Nacional de estatística. Disponível em:
<http://www.ine.gov.mz>
2. MISAU / PNCM, Plano Nacional de Prevenção e controle da Malária em Moçambique 2010 – 2014, versão pré-final, Abril 2009.
3. Portal do Governo de Moçambique. Disponível em www.portalgoverno.gov.mz/Mozambique
4. Observatorio dos recursos Humanos para saúde de Moçambique. Disponível em: www.misau.gov.mz/pt/observatorio_rh
5. MISAU. Mozambique Malaria Programme Performance Review, 2010 Report. Scalling up for Universal Access to Malaria Control Interventions. Draft 2, Mach 2011
6. MISAU, Plano Estratégico do Sector da saúde 2007 – 2012. 2007, Ministério da saúde: Maputo, Moçambique
7. MISAU / PNCM. Documento Estratégico para o controlo da malária em Moçambique, Julho 2006 – 2009. Direção Nacional de Saúde, Departamento de Epidemiologia e Endemias, Programa Nacional de Controlo de Malária, Ministério da Saúde: Maputo, Moçambique
8. Governo de Moçambique, Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta, 2006-2009 (PARPA II). 2006: Maputo
9. Mabunda SJA, 2006. The epidemiology and the burden of malaria in Mozambique. PhD thesis, University of Barcelona.
10. MISAU, Declaração de Política Nacional de Saúde. 2007, Ministério da Saúde
11. Schwalbach, J. and M. de la Maza, *A Malária em Moçambique (1937-1973)*. 1985, Maputo, Moçambique: Instituto Nacional de Saúde, Ministério da Saúde
12. MoH-NMCP, Malaria Indicator Survey, Mozambique 2007 preliminary report. 2008, National Malaria Control Program, Ministry of Health.
13. República de Moçambique. Plano economic e social para 2010. Avaliado em <http://www.portaldogoverno.gov.mz>
14. Ministério da Saúde. Plano Estratégico do Sector Saúde 2007 -2012