



República de Moçambique

Ministério de Saúde

Direcção Nacional de Saúde pública



Plano Estratégico da Malária 2012-2016



# TABELA DE CONTEUDO

---

<b>TABELA DE CONTEUDO</b> .....	<b>I</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	<b>II</b>
<b>PREFÁCIO</b> .....	<b>IV</b>
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>V</b>
<b>SUMÁRIO EXECUTIVO</b> .....	<b>VI</b>
<b>CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
1. CONHECIMENTO .....	7
2. PERFIL DE MOÇAMBIQUE .....	7
3. SISTEMA DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE.....	8
4. MALÁRIA EM MOÇAMBIQUE.....	12
5. DESEMPENHO DO PROGRAMA DA MALÁRIA .....	15
6. ANÁLISE DAS POTENCIALIDADES, FRAQUEZAS, OPORTUNIDADES E AMEAÇAS DO PNCM.....	21
<b>CAPÍTULO 2: PLANO ESTRATÉGICO DA MALÁRIA 2012 - 2016</b> .....	<b>24</b>
1. VISÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA MALÁRIA.....	24
2. MISSÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA MALÁRIA .....	24
3. PRINCÍPIOS ORIENTADORES.....	24
4. OBJECTIVOS:.....	25
5. CARACTERIZAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS .....	25
6. MONITORIA E AVALIAÇÃO .....	30
<b>CAPÍTULO 3: PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO</b> .....	<b>35</b>
<b>CAPÍTULO 4: OS MECANISMOS DE IMPLEMENTAÇÃO</b> .....	<b>44</b>
1.1 COORDENAÇÃO .....	44
1.2 PAPEL DO VÁRIOS INTERVENIENTES .....	44
<b>CAPÍTULO 5: ORÇAMENTO E MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS</b> .....	<b>46</b>
<b>APÊNDICE</b> .....	<b>49</b>



## LISTA DE ABREVIATURAS

---

ACS	Agente comunitário de Saúde
AECI	Agência Espanhola de Cooperação Internacional
AIDI	Atenção Integrada das Doenças da Infância
AL	Artemesina 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 Manhiça
CMAM	Central de Medicamentos e Artigos Médicos
CNML	Comissão Nacional de Luta Contra a Malária
CPN	Consulta Pré-Natal
CTA	Combinação terapêutica contendo derivados da artimisinina
CVM	Cruz Vermelha de Moçambique
DDS	Direcção Distrital de Saúde
DDT	Diclorodifeniltricloroetano
DFID	Departamento para o Desenvolvimento Internacional
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
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
FHI	Family Health International
GVI	Gestão Vectorial Integrada
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
IDEL	Iniciativa de Desenvolvimento Espacial dos Lebombos
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 “Africa (do ing. Mapping Malaria Risk in Africa)
MC	Malaria Consortium
MERG	Grupo de Referência de Monitoria e Avaliação (do ing. Monitoring and Evaluation Reference Group)
MICS	Inquérito agregado de indicadores múltiplos (do ing. Multiple Indicator Cluster Survey)
MICOA	Ministério para a Coordenação da Acção Ambiental
MINAG	Ministério da Agricultura
MISAU	Ministério da Saúde
MOPH	Ministério das Obras Públicas e Habitação



MINEC	Ministério da Educação
M&A	Monitoria e Avaliação
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 Saúde
PMI	President's Malaria Initiative
PFOA	Potencialidades, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças
PIDOM	Pulverização Intra-Domiciliária
PNCM	Programa Nacional do Controlo da Malária
PSI	Serviço Internacional da População (do ing. Population Services International)
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
REMI	Redes Mosquiteiras Tratadas com Insecticida
REMILD	Redes Mosquiteiras Tratadas com Insecticida de Longa Duração
RPM	Revisão do Programa da Malária
SADC	Desenvolvimento da Comunidade da África Austral (do ing. Southern Africa Development Community)
SAMC	Controlo da Malária na África Austral (do ing. Southern Africa Malaria Control)
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência adquirida
SIS	Sistema de Informação para Saúde
SIG	Sistema de Informação Geográfica
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SP	Sulfadoxina Pirimetamina
SWAp	Abordagem Sectorial Alargada (do ing. 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



## 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 Programa Nacional de Controlo de Malária (PNCM). Este Plano surgiu após as conquistas e progressos do PNCM, em implementar o Plano Estratégico da Malária 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 que se enquadra no âmbito de esforços que o Governo está a empreender para melhorar o estado de saúde da população. 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, 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 e outros ministérios, a sociedade civil, as Organizações Não-Governamentais (ONG), os parceiros de cooperação, o 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 propostas 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, apelo a todos os contribuintes para 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 da Malária”.

Dr. Alexandre Manguela

Ministro da Saúde

Maputo, Janeiro de 2012



## AGRADECIMENTOS

---

O presente plano foi elaborado por um grupo de consultores nacionais e internacionais, do Ministério da Saúde e da OMS e contou com contribuição de vários parceiros de cooperação, organizações não-governamentais e indivíduos. O Ministério da Saúde gostaria de agradecer à: Organização Mundial de Saúde (OMS), United Nations Children's Fund (UNICEF), President's Malaria Initiative (PMI) / Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Global Fund for AIDS, TB and Malaria (GFATM), HAI/MACEPA, World Vision, Agakhan Foundation, FHI360, RTI, PSI, SCMS, Malária Consortium e JHPIEGO/Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP).

O MISAU agradece também as contribuições vitais da equipa do PNCM e dos outros departamentos do MISAU nomeadamente o Departamento de Planificação, Unidade de Fundo Global, DIS, CMAM, Laboratório, Saúde Materno Infantil, Comunicação e Promoção de Saúde, Laboratório Nacional de Referência, Centro de Abastecimento e todos outros que directa ou indirectamente contribuíram para a realização deste Plano Estratégico da Malária (PEM).

Um agradecimento especial vai para os Ministérios das Finanças, Planificação e Desenvolvimento, Agricultura, Turismo, Pescas, Mulher e Acção Social, Coordenação para Acção Ambiental, Instituto Nacional de Gestão da Calamidades, Instituto Nacional de Meteorologia, Direcção de Saúde Militar, sector privado e sociedade civil pelo contributo.



## 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 controlo e prevenção desta doença.

O Plano Estratégico apresenta a visão e missão do PNCM no combate à malária reduzindo a morbilidade e mortalidade por malária para metade em 2016 comparando com os níveis desta doença observados em 2009. Para atingir este grande objectivo foram traçados os seguintes objectivos específicos:

- a) Até 2014, 100% dos distritos tenham capacidade de gestão das actividades de controlo da malária.
- b) Até 2014, pelo menos 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 às Unidades Sanitárias (US) e comunidades (APEs) e tratar de acordo com as normas 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 reportem os indicadores chave 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 524,887,266 milhões de US\$ para um período de cinco anos.

# 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 de contrair malária, 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 Km<sup>2</sup>, faz fronteira a norte com a Tanzânia, a ocidente com o Malawi, a Zâmbia, o Zimbábue e a África de Sul, a sul com a Swazilândia e África de Sul e a este com oceano Índico. 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 relativa 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 a 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 havia 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 o aumento da transmissão e de casos de malária.

## 2.2 Situação Sócio-Demográfica

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

Tabela 1: Informação sócio-demográfica de Moçambique

Informação sócio-demográfica	
População (2011 est.)	22.3 milhões
População 0-14 anos	47% (9.5m)
Esperança de vida ao nascer	48.4 anos
População Urbana	38%
População Rural	62%
Analfabetismo	56.2%
Índice de Pobreza	54.7%
% População com acesso a água potável	44%
% População com melhor acesso ao saneamento	36%
PIB per capita (2009 est.)	USD\$900
Crescimento PIB (2011 est.)	8.30%

Fonte: INE 2007, Pobreza Infantil e Disparidade, 2010

## 3. Sistema de Saúde em Moçambique

### 3.1 Política e Liderança

A redução de pobreza é a prioridade do Governo de Moçambique. Como parte da iniciativa internacional de redução da pobreza, Moçambique desenvolveu o Plano de Acção para a Redução da Pobreza (PARP 2011-2014). O outro documento importante de planificação em Moçambique que está alinhado com o PARP é o Plano Quinquenal do Governo (PQG) 2010-2014. O Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS) 2007-2012 é o documento principal de orientação no MISAU. As políticas e as estratégias do PESS são alinhadas com o PARP e o PQG 2010-2014, e também com as iniciativas internacionais especificamente os Objectivos de Desenvolvimento do

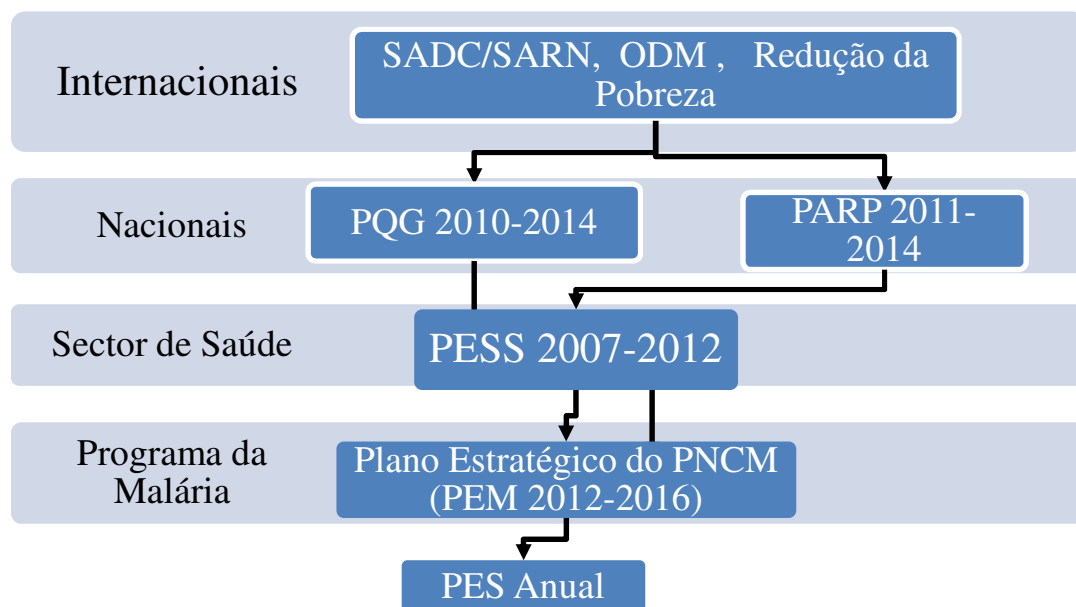
Milénio (ODM). Os princípios orientadores do PESS 2007-2012 são: i) enfoque nos cuidados primários; ii) equidade e protecção social para os grupos vulneráveis; iii) acesso universal a cuidados e serviços de saúde; iv) alta qualidade de intervenções com base em evidências; v) mobilização e envolvimento comunitário; vi) desenvolvimento institucional e de recursos humanos; vii) encorajamento de parcerias, colaboração local e internacional; viii) desenvolvimento de estilos de vida e comportamentos saudáveis e; ix) advocacia.

O PEM 2012-2016 foi elaborado com base no PESS e assim as políticas são alinhadas com as prioridades de saúde do Governo de Moçambique. A elaboração do PEM também conta com as recomendações internacionais e regionais da malária detalhadas no Plano de Acção Global de combate contra Malária e os planos regionais do SADC.

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

A figura 1 apresenta o sumário de contexto de elaboração e definição das políticas e estratégias do PNCM.

Figura 1: Contexto de elaboração e definição das políticas e estratégias do PNCM



Respeitando o princípio do Governo de “Três Uns” que significa uma autoridade, um plano estratégico e uma estrutura de M&A, o MISAU tem um mecanismo activo de programação de abordagem sectorial ampla (SWAP) que existe desde o ano 2000. Este mecanismo, que é orientado pela agenda do MISAU, basea-se nas seguintes três principais actividades realizadas em conjunto pelo MISAU e todos os seus parceiros de cooperação a diferentes níveis:

- A análise conjunta das políticas através do Quadro da Avaliação a Médio Prazo (“MTEF, para Medium Term Expenditure Framework”) e planificação e elaboração conjunta das estratégias que constam no PESS.
- A contribuição de fundos num fundo comum chamado PROSAUDE, pelo MISAU e seus parceiros de cooperação
- Monitoria e avaliação de 40 indicadores elaborados no Quadro de Avaliação do Desempenho do sector da saúde (QAD Saúde) realizada durante a Avaliação Conjunta Anual (ACA).

### 3.2 Indicadores de Saúde

A principal informação de saúde de Moçambique está resumida na tabela 2 abaixo.

Tabela 2: Indicadores de saúde em Moçambique

<b>Indicadores de Saúde</b>	
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%	

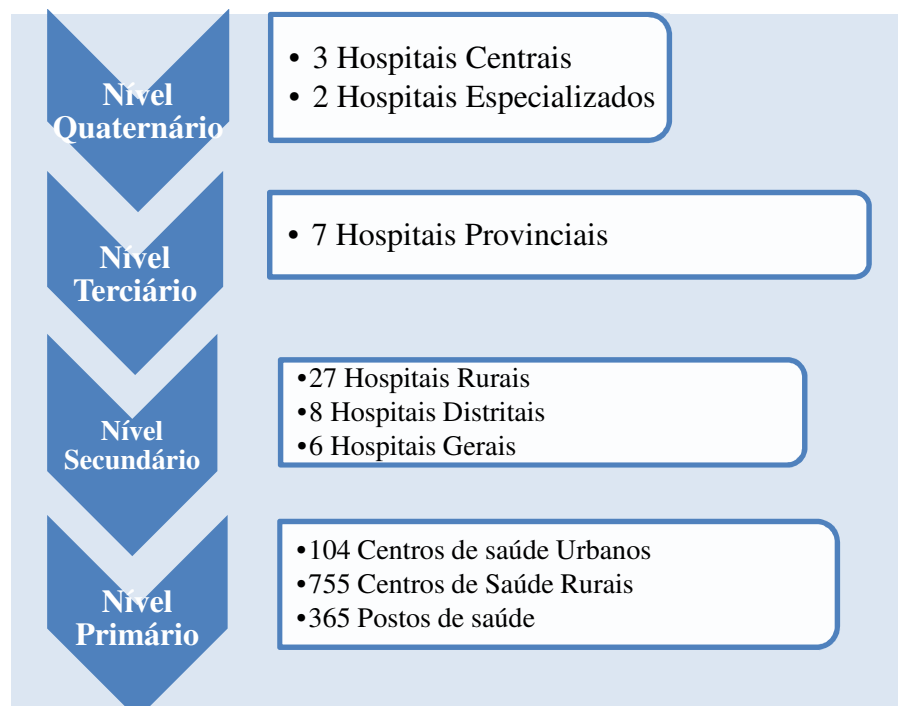
Fonte: MDG Mozambique report 2010; MICS 2008; INSIDA 2009

### 3.3 Organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS)

O sector de saúde em Moçambique obedece a uma 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 o 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 (SNS) 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).

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



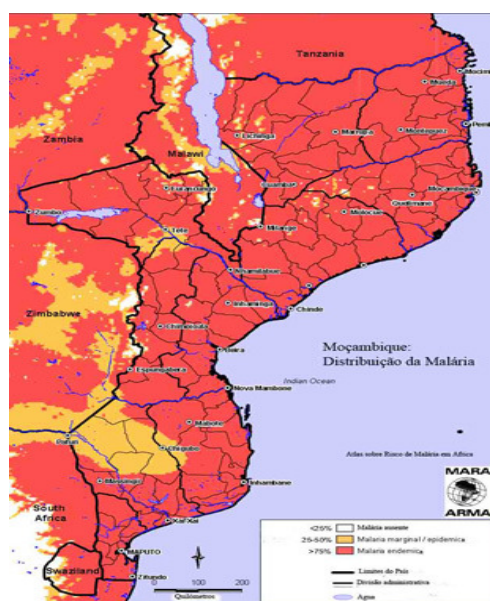
O Sector privado em Moçambique está a desenvolver-se gradualmente principalmente nas grandes cidades, registando-se um crescimento de consultórios privados, individuais e colectivos, nas diferentes especialidades.

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. A figura 3 abaixo mostra a distribuição da malária em Moçambique

Figura 3: Mapa de distribuição da malária em Moçambique (2005). Fonte: [www.mara.org.za](http://www.mara.org.za)

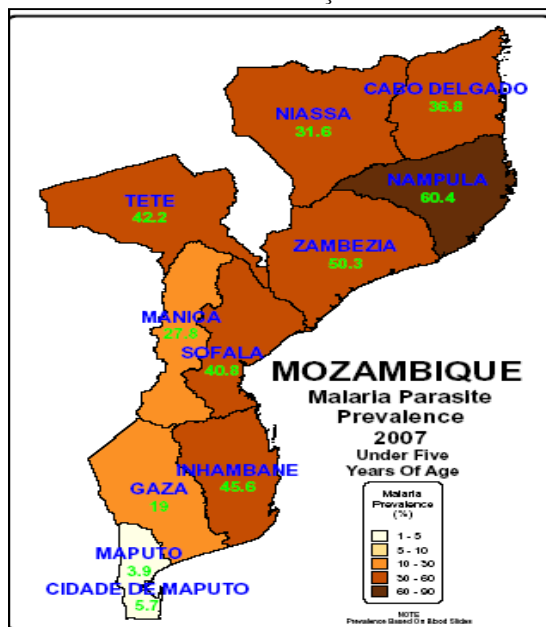


Os principais vectores da malária em Moçambique pertencem aos grupos *Anopheles funestus* e *Gâmbiae*. O *Plasmodium falciparum* é o parasita mais frequente, sendo responsável por mais de 90% de todas as infecções maláricas, enquanto que infecções por *Plasmodium malariae* e *Plasmodium ovale* são observadas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

Segundo o Inquérito dos Indicadores da Malária (IIM) realizado em 2007, a parasitemia em crianças dos 6 aos 59 meses de idade foi de 38.5% (diagnosticado por microscopia óptica) e 51.5% (diagnóstico por TDR). A prevalência da malária foi baixa na Província de Maputo (3.9%) e Gaza (19%). As províncias com maiores 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.

Figura 4: Mapa de parasitemia da malária entre crianças menores de 5 anos de idade. (IIM2007)



Embora se registre uma diminuição da taxa de letalidade por malária verificada nos últimos anos, esta doença ainda constitui uma das principais causas de morbi-mortalidade. O peso da doença é enorme, cerca de 45 % de todas os casos observados nas consultas externas e aproximadamente 56% de internamentos nas enfermarias de pediatria são devidos à malária. Embora com tendência a diminuir, a taxa de mortalidade por malária ainda é bastante alta. A malária contribui com cerca de 26% das mortes hospitalares (<http://www.mz.one.un.org>). A estimativa de prevalência no grupo etário de 2 a 9 anos de idade varia de 40 a 80%, com 90% de crianças menores de 5 anos de idade infectadas por parasitas da malária em algumas áreas.

Os dados do sistema de vigilância epidemiológica dos boletim epidemiológico semanal (BES), mostram uma diminuição de casos e óbitos desde 1999 até 2010, 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. Os casos notificados no BES são os casos confirmados só. Existem casos de malária diagnosticados clinicamente e tratados que não são notificados no BES.

Os mapas das figuras 5 e 6 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.

Figura 5: Incidência da malária em Moçambique, 2008, 2009, 2010. Fonte: Relatório de Revisão do Programa da Malária, 2010.

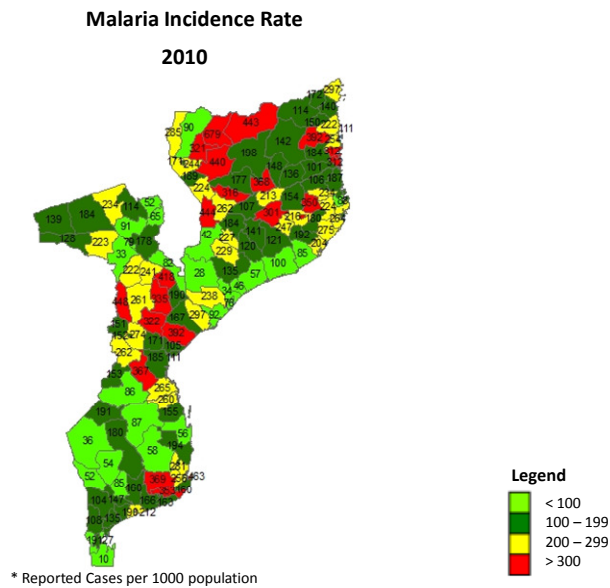
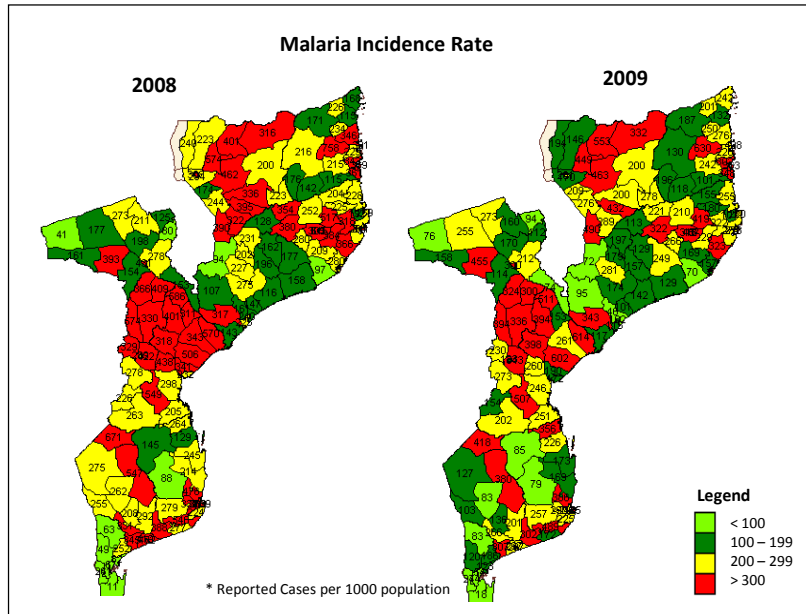
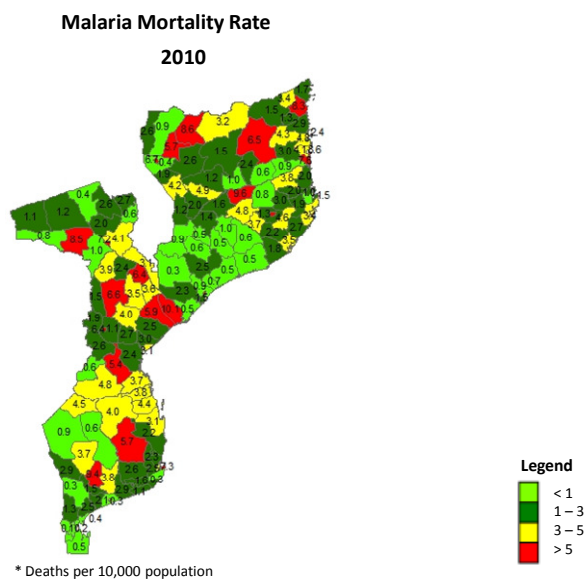
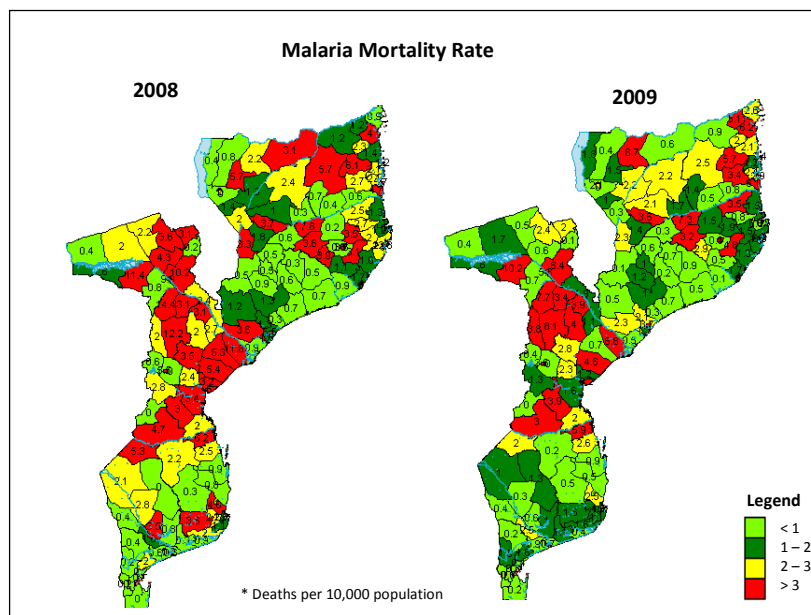


Figura 6: Taxa de mortalidade por malária por 10000 habitantes, 2008, 2009, 2010. Fonte: Relatório de Revisão do Programa da Malária, 2010.



## 5. Desempenho do Programa da Malária

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

### 5.1 Gestão do programa

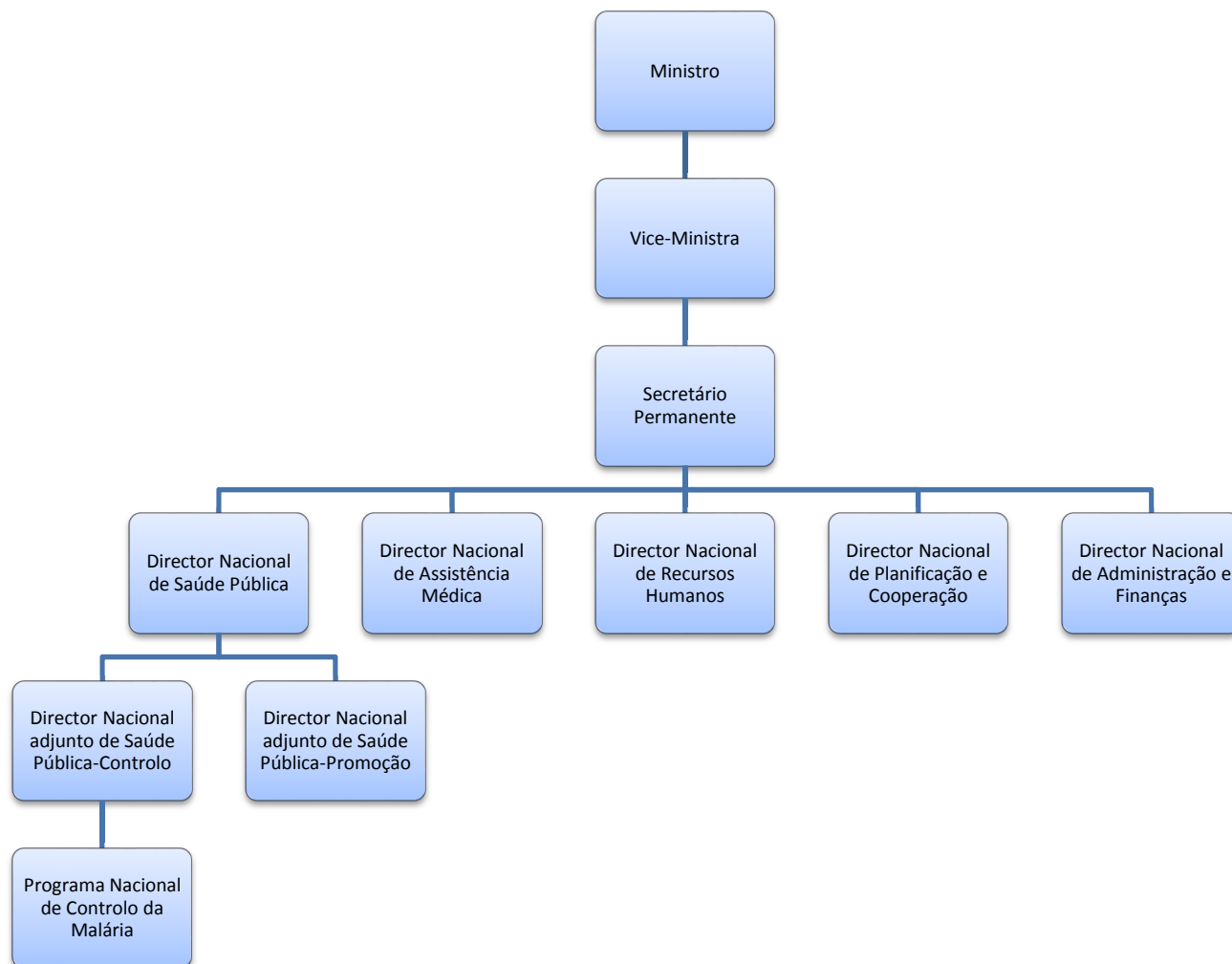


O PNCM está subordinado á área de Prevenção e Controlo de Doenças (PCD) na Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP). O organigrama abaixo mostra a relação entre o PNCM e o MISAU. Os serviços de controlo da malária estão descentralizados para os níveis provinciais e distritais.

Independentemente da posição 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, sendo as actividades da malária coordenadas pelo director distrital de saúde. A figura 7 abaixo mostra a relação do PNCM com o MISAU.

Figura 7: Organigrama da relação entre o PNCM com o MISAU



O PNCM colabora com outras áreas do MISAU, particularmente a Saúde Materna e Infantil (SMI), o Departamento de Promoção de Saúde (DPROS), a Secção de Laboratórios Clínicos, o



Departamento Farmacêutico, o Centro de medicamentos e Artigos Médicos (CMAM), o Centro de Abastecimento, a Unidade Gestora Executiva de Aquisições (UGEA), o Departamento de Informação (DIS), o Departamento de Epidemiologia, o Instituto Nacional de Saúde (INS) e outras.

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/MCHIP, 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 do 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:

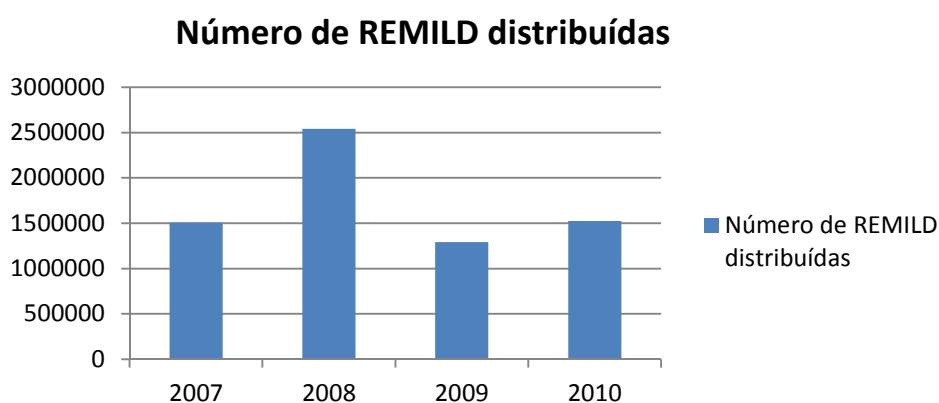
- a) PIDOM - método mais eficaz no controlo do mosquito adulto, vector da malária, que pode resultar na redução do nível de transmissão da malária.
- b) REMILD - método preventivo eficaz e reduz a picada pelos mosquitos.

- 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 uma prioridade nas intervenções de controlo 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.

A distribuição de REMILDs 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 REMILDs. 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.

Figura 8: REMILDs desde 2007 à 2010. 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 Preventivo (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 20<sup>a</sup> 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 de 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 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 à segunda e à 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.

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 da 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 têm 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 1277 US no país, apenas 298 (23.3%) 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 aumenta a falta de confiança por parte do pessoal clínico em relação aos resultados laboratoriais.

Nas zonas rurais do país, o acesso aos serviços formais de saúde é extremamente limitado, quer devido às grandes distâncias, quer devido à 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, da 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 REMILD, 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 IDS, MICs e IIM. Estes são inquéritos de base populacional e podem colher dados para vários indicadores incluindo hemoglobina, parasitémia, REMILDs, TIP, manejo de caso, etc. As principais pesquisas mais recentes foram IDS 2003, IIM 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 ameaças 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.

## 6.1 Potencialidades

- a. As reformas realizadas no sector de saúde
- b. Maior envolvimento do governo para o sector de saúde
- c. Existência de reuniões de coordenação semanais e mensais
- d. Os medicamentos, testes de diagnóstico, meios de prevenção (PIDOM, REMILDs, 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 ao 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 insectários 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 Ameaças

- a. Dificuldades na harmonização de estratégias com alguns parceiros
- b. Algumas ONGs não cumprem ou atrasam com as actividades recomendadas pelo programa
- c. Resistência cruzada aos insecticidas
- d. Desvio de material (insecticidas, redes, etc)
- e. Falsificação de dados / Dados incoerentes
- f. Insustentabilidade do envolvimento comunitário e de algumas actividades do programa
- g. Uso inadequado de larvicidas, insecticidas e REMILDs
- 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.



# CAPÍTULO 2: PLANO ESTRATÉGICO DA MALÁRIA 2012 - 2016

---

## 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. Princípios Orientadores

A elaboração dos objectivos e estratégias deste plano foi orientada pelos seguintes princípios orientadores:

### i) Cobertura Universal

O Plano Estratégico do Sector da Saúde 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.

### ii) Aplicação de intervenções com base em evidências científicas

A planificação e implementação das intervenções de controlo da malária devem ser feitas com base na análise da situação epidemiológica existente no país. As diferentes intervenções devem ser implementadas após evidências do seu impacto nas populações. De igual modo a orientação técnica, deve estar baseada em evidências, nas diferentes actividades do programa nacional.

### iii) Monitoria e Avaliação (M&A)

O fortalecimento do sistema de monitoria e avaliação é fundamental para a reorientação das estratégias e/ou intervenções em curso.

O Plano Estratégico define metas e indicadores para monitorizar a implementação das actividades e avaliar o progresso e o impacto alcançados no controlo da malária. Os indicadores chave devem ser monitorizados e reportados periodicamente, de acordo com o estabelecido no plano de M&A. Assim, o Plano Estratégico é acompanhado por um plano de monitoria e avaliação (M&A) que assegurará a medição das intervenções ao longo do tempo.

### iv) Abordagem multi-sectorial

A abordagem multi-sectorial para o controlo da malária é fundamental para o sucesso das estratégias a serem implementadas. Portanto, o combate à malária não é uma actividade exclusiva ao sector saúde. A abordagem multi-sectorial implica a colaboração intra e inter-sectorial. É importante a criação de uma consciência da multi-sectorialidade do controlo da malária a nível de outros sectores (Agricultura, Coordenação da Acção Ambiental, Obras Públicas, Educação,

Comunicação, Municípios, ONG, Sector Privado, Sociedade Civil e Parceiros de Cooperação, entre outros).

#### **v) Descentralização das Operações**

O centro de planificação e implementação das intervenções de prevenção e controlo da malária deve ser o distrito que contará com a capacidade técnica do nível provincial e este do nível central.

#### **vi) Género**

A elaboração das estratégias e intervenções de controlo da malária é guiado pelo princípio de equidade e género e isto implica acesso equitativo por todos grupos.

### **4. Objectivos:**

#### **a. Objectivo Geral:**

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

#### **b. Objectivos específicos:**

1. Até 2014, 100% dos distritos tenham capacidade de gestão das actividades de controlo da malária.
2. Até 2014, pelo menos 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. Até 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.

### **5. Caracterização das Estratégias**

- a. Objectivo 1 - Até 2014, 100% dos distritos com capacidade de gestão das actividades de controlo da malária.**

#### ***Estratégias 1: Revisão da 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 às quatro rodas (tendo em conta as difíceis 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***

Devem-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 devem-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 será disseminada 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 intervenções de controlo da malária nessa região, e gradualmente, abrangendo outras províncias do centro e norte do país. Devem-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 das actividades da malária.

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

***Estratégia 1: Elaboração da estratégia de implementação de Controlo Vectorial Integrado (CVI)***

O PNCM está a expandir as intervenções do controlo vectorial (PIDOM, REMILD) com vista ao acesso universal de um método de prevenção a todas as populações em risco de contrair a malária. Deste modo urge a necessidade de se elaborar a estratégia de Gestão Vectorial Integrada que servirá de suporte para a planificação, implementação e monitoria e avaliação das intervenções.

***Estratégia 2: Distribuição de REMILDs através de Campanhas de distribuição massiva***

Deve-se realizar a procura e aquisição de REMILDs para as campanhas massivas, para posterior distribuição. Os guiões de distribuição das REMILDs 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 REMILDs nos agregados familiares para posterior decisão sobre a realização de campanhas adicionais de distribuição de REMILDs.

***Estratégia 3: Distribuição de Rotina de REMILD 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 REMILDs nas CPN, bem como finalizar, aprovar e disseminar o guião de distribuição de REMILDs através das CPN a todos os níveis do SNS. Deve-se ainda realizar a procura e aquisição de REMILDs para as CPN.

***Estratégia 4: 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 5: Provisão do Tratamento Intermitente Preventivo (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 REMILDs como parte do “Pacote Integrado”. Existe ainda a necessidade de se coordenar com a CMAM a gestão do SP.

***Estratégia 6: Implementação 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.

- c. **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**

***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 às 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 óptica 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 monoterapia 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.

**d. Objectivo 4 - Até 2016, abranger 100% da população com informação sobre prevenção e tratamento da malária**

***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 devem-se 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 nas comunidades através dos 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, devem-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 e APEs***

As palestras e mensagens sobre a malária devem ser padronizadas e difundidas através dos APEs durante as reuniões nas comunidades. Os APEs devem também 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 REMILDs e da PIDOM**  
Devem ser actualizados e disseminados os guiões de comunicação para a REMILD e PIDOM, bem como todo o material para IEC. A mobilização das comunidades para as campanhas de distribuição das REMILDs deve ser realizada. 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 deve-se beneficiar de pelo menos 10 megafones para as actividades da malária.

- e. **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 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 tais 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 realizar 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 adquirirem 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 óptica da malária, e deve-se fortalecer o sistema de farmacovigilância dos antimaláricos.

**Estratégia 6: Realização da avaliação do PNCM**

Em 2014 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 2013 e depois de 3 em 3 anos. Em 2012 deve-se realizar uma avaliação do impacto das actividades do programa, e deve-se realizar também uma avaliação da revisão do programa da malária. Realização da Revisão do Programa da malária em 2016.

## 6. Monitoria e Avaliação

A monitoria e avaliação (M&A) devem ser consideradas como parte integrante do controlo da malária. As tabelas 4 e 5 apresentam os quadros lógicos de M&A deste PEM. Mais detalhes da M&A, como metas, definições, pressupostos, encontram-se no Plano de M&A que será acompanhado deste PEM.

Os seguintes pressupostos, apresentados abaixo, são importantes para o alcance de progressos no programa da malária, conforme descrito nos objectivos específicos, mas estes, estão além do controlo directo do programa da malária. No entanto, os parceiros irão fazer a sua parte para aumentar a probabilidade do seu cumprimento:

- O compromisso político contínuo pela liderança em todos os níveis para apoiar o PEM
- Acordo com o Ministério das Finanças, que permite o financiamento adicional para o controle da malária, sem afectar negativamente a outros departamentos ou programas
- A melhoria do desempenho dos serviços de saúde (disponibilidade de infra-estruturas, suprimentos, pessoal, etc)
- O contínuo apoio técnico e financeiro dos parceiros durante o período de implementação do PEM
- A disponibilidade contínua de todos os produtos necessários no mercado internacional em quantidades necessárias

**Tabela 4: Quadro lógico dos objectivos e indicadores chave de impacto e resultado**

Item	Indicadores	Fonte de dados	Frequência
<b>OBJECTIVOS</b>			
<b>OBJECTIVO GERAL:</b> Até 2016 reduzir para metade a morbilidade e mortalidade por malária em relação aos níveis observados em 2009	Total de óbitos no internamento	HMIS	Anual
	Total de casos de malária no internamento	HMIS	Anual
	Total de casos por malária (confirmados e clínica)	IDSS	Anual
	Parasitemia da malária em crianças com < 5 anos de idade	Inquérito de base comunitária	3-5 anos
	Percentagem de testes positivos por malária	Inquérito de base comunitária	Anual
<b>OBJECTIVOS ESPECÍFICOS</b>			
<b>Objectivo 1:</b> 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	Anual
<b>Objectivo 2:</b> 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 REMILD na noite anterior	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
<b>Objectivo 3:</b> Até 2014, testar 100% dos casos	Proporção de casos suspeitos testados para malária nas US públicas e comunitárias	Relatório do PNCM	Trimestral

suspeitos da malária que se apresentem as US e comunidades (APEs) e tratar de acordo com as normais nacionais.	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
<b>Objectivo 4:</b> Até 2016, abranger 100% da população com informação sobre prevenção e tratamento da malária.	% de indivíduos que tenham recebido alguma mensagem sobre malária (escutadas ou vistas)	Inquéritos de base comunitária	3 - 5 anos
	% de população que recebeu informação de IEC	Pesquisa	3 - 5 anos
<b>Objectivo 5:</b> 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



**Tabela 5: Quadro lógico das estratégias e indicadores chave de produto**

Item	Indicadores	Fonte de dados	Frequência
<b>Estratégias e Resultados</b>			
<b>Objectivo 1. Até 2014, 100% dos distritos tenham capacidade de gestão das actividades de controlo da malária</b>			
<i>Estratégia 1- Revisão da estrutura orgânica do PNCM e dotação de recursos humanos apropriados.</i>	Proporção de distritos com pontos focais para a malária	Relatório de actividades do PNCM	Anual
<i>Estratégia 2 - Reforço da capacidade de infraestruturas e equipamento para o controlo da malária</i>	Proporção de distritos com capacidade em infraestruturas e logística da malária reforçada	Relatório de actividades do PNCM	Anual
<i>Estratégia 3 - Melhoria da capacidade em gestão do programa da malária, incluindo liderança, planificação e coordenação a todos os níveis do SNS</i>	Proporção de distritos com capacidade em gestão do programa da malária	Relatório de actividades do PNCM	Anual
<i>Estratégia 4 - Fortalecimento da parceria nacional e do sector privado no controlo da malária</i>	Proporção de encontros de coordenação planificados que foram realizados a todos os níveis	Relatório de actividades do PNCM	Anual
<i>Estratégia 5: Melhoria da prontidão e resposta às epidemias da malária</i>	Proporção de distritos em risco de epidemias com planos anuais para responder a epidemia	Relatório de actividades do PNCM	Anual
<i>Estratégia 6: Apoiar os esforços de eliminação da malária na região da SADC colaborando com os países vizinhos</i>	Proporção de projectos planificados que foram realizados	Relatório de actividades do PNCM	Anual
<b>Objectivo 2: Até 2014, pelo menos 80% da população tenha acesso a pelo menos um método de prevenção da malária</b>			
<i>Estratégia 1: Elaboração da estratégia de implementação de Controlo Vectorial Integrada (CVI)</i>	Estratégia de CVI disponível	Relatório de actividades do PNCM	
<i>Estratégia 2: Distribuição de REMILD através de campanhas massivas</i>	Proporção de população alcançada com REMILD distribuídas através da distribuição massiva	Relatório de actividades do PNCM	Trimestral
<i>Estratégia 3: Distribuição de Rotina de REMILD para as mulheres grávidas na CPN como incremento da cobertura universal</i>	Proporção de mulheres grávidas alcançadas com REMILD através das consultas pré-natais	Relatório de actividades do PNCM	Trimestral
<i>Estratégia 4: Implementação da PIDOM nas áreas seleccionadas</i>	Proporção de casas pulverizadas nas áreas designadas pulverizadas nos últimos 12 meses	Relatório de actividades do PNCM	Trimestral
<i>Estratégia 5: Provisão de TIP a todas as mulheres grávidas que se apresentam CPN</i>	Proporção de mulheres grávidas que receberam segunda dose de TIP	Relatório de actividades do PNCM	Trimestral
<i>Estratégia 6: Implementação do uso de larvicidas em zonas urbanas como complementaridade da PIDOM</i>	Proporção de criadouros com aplicação de larvicidas	Relatório de actividades do PNCM	Trimestral
<b>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</b>			
<i>Estratégia 1: Consolidação do uso de TDR nas US do SNS e sua expansão na comunidades (através dos APEs)</i>	Proporção de TRD distribuídos pelas US e APEs	Relatório de actividade do laboratório	Trimestral
<i>Estratégia 2: Expansão do diagnóstico microscópico da malária nas US do SNS</i>	Proporção de US com microscopia para a malária	Relatório de actividades do laboratório	Trimestral

<i><b>Estratégia 3:</b> Tratamento de todos casos de malária nas US do SNS e na comunidade pelos APEs</i>	Proporção de casos de malária tratados de acordo com as normas nacionais	Relatório da CMAM	Trimestral
<i><b>Estratégia 4:</b> Reforço no manejo de casos da malária complicada / grave</i>	Proporção de casos de malária complicada tratados de acordo com as normas nacionais	Relatório de actividades do PNCM	
<i><b>Estratégia 5:</b> Promoção das normas nacionais de tratamento dos casos da malária no sector privado em coordenação com o departamento farmacêutico</i>	Proporção de encontros de coordenação realizados com o sector privado		
<b>Objectivo 4 - Ate 2016, abranger 100% da população com informação sobre prevenção e tratamento da malária.</b>			
<i><b>Estratégia 1:</b> Desenvolvimento do plano de comunicação para a malária</i>	Estratégia de comunicação da malária disponível	Relatório de actividades do PNCM	
<i><b>Estratégia 2:</b> Advocacia e comunicação através médias</i>	Proporção de população alcançado com IEC da malária através dos médias	Relatório de actividades do PNCM	Trimestral
<i><b>Estratégia 3:</b> Advocacia e comunicação através do líderes (comunitários, políticos e religiosos)</i>	Proporção de população alcançado com IEC da malária através dos líderes	Relatório de actividade do PNCM	Trimestral
<i><b>Estratégia 4:</b> Provisão de informação e educação nas escolas em coordenação com o programa de saúde escolar e voluntários</i>	Proporção de população alcançada com IEC da malária através dos programas de saúde escolar e voluntários	Relatório de actividade do PNCM	Trimestral
<i><b>Estratégia 5:</b> Provisão de informação e educação através de profissionais de saúde, e APEs</i>	Proporção de população alcançado com IEC da malária através dos profissionais de saúde e APEs	Relatórios do RESP	Trimestral
<i><b>Estratégia 6:</b> Implementação da mobilização social para as campanhas de REMILD e da PIDOM</i>	Proporção de campanhas de mobilização social realizadas		
<i><b>Estratégia 7:</b> Aquisição de equipamento e veículos para IEC</i>	Proporção de unidades móveis (carros equipados) e megafones planificados que foram adquiridos	Relatórios do programa dos APEs	Trimestral
<b>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.</b>			
<i><b>Estratégia 1:</b> Reforço da capacidade de M&amp;A da malária ao nível central, provincial e distrital</i>	Proporção de pessoal treinado em M&A	Relatório de actividades do PNCM	Trimestral
<i><b>Estratégia 2:</b> Fortalecimento do sistema de recolha de dados e relatórios de rotina do SNS (tais como BES, SIMAM, SIS, relatórios distritais, etc)</i>	Proporção de distritos que enviam relatórios regularmente	Relatório de actividades do PNCM	Mensal
<i><b>Estratégia 3:</b> Criação de uma base de dados do PNCM para armazenar dados de malária do SNS e outras fontes</i>	Proporção de províncias com base de dados de malária	Relatório de actividades do PNCM	Trimestral
<i><b>Estratégia 4:</b> Realização de pesquisa operacional da malária</i>	Proporção de estudos de pesquisa operacional planificadas que foram realizados	Relatório de actividades do PNCM	Trimestral
<i><b>Estratégia 5:</b> Realização do controlo da qualidade de produtos da malária</i>	Proporção de controlo de qualidade planificada que foram realizadas	Relatório de actividades do PNCM	Trimestral
<i><b>Estratégia 6:</b> Realização da avaliação do PNCM</i>	Proporção de avaliações (incluindo inquéritos) planificadas		



	que foram realizadas		
--	----------------------	--	--

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



## CAPÍTULO 3: PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO

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

Estratégia	Actividade	Responsabilidade	Colaboração	Tempo				
				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	x	x	x
	Formar o pessoal em áreas específicas do PNCM (cursos de pós graduação)	PNCM/Dep. formação	Parceiros	x	x	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 da malária (não médicos) 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	x			
	Garantir o espaço e dota-lo de equipamentos de escritório apropriados para o funcionamento do PNCM	PNCM	PMI	x	x			
<i>Estratégia 3 - Melhoria da capacidade em gestão do programa da malária, incluindo liderança, planificação e</i>	Rever e actualizar Política, Plano Estratégico e Plano de M&A do PNCM			x				x
	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



<i>coordenação a todos os níveis do SNS</i>	Formalizar os grupos de trabalho da malária e aprovar os seus termos de referência (4 grupos: controlo vectorial, manejo de casos, IEC, M&A)	PNCM	Parceiros	x				
	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 na área de gestão malária	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x
<b>Estratégia 4</b> - <i>Fortalecimento da parceria nacional e do sector privado no controle da malária</i>	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
<b>Estratégia 5:</b> <i>Melhoria da prontidão e resposta às epidemias da malária</i>	Criar um sistema de alerta para a detecção atempada de epidemias de malária	PNCM	Parceiros		x	x		
	Mapear os distritos em risco de epidemias da malária	PNMCM/DPS	Parceiros			x		
	Criar um sistema de resposta atempada as epidemias da malária (incluindo PEDOM)	PNCM/DPS/DDSMAS	Parceiros			x	x	x
<b>Estratégia 6:</b> <i>Apoiar os esforços de eliminação da malária na região da SADC colaborando com os países vizinhos</i>	Assegurar / garantir o acesso universal de todas intervenções da malária	PNCM	Parceiros		x	x	x	x
	Realizar reuniões trimestrais (anual) de coordenação com os países envolvidos no controlo transfronteiriço da malária	PNCM	Parceiros		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
	Realizar visitas de supervisão conjunta com os países da região nas actividades da malária	PNCM	Parceiros			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				
				2012	2013	2014	2015	2016
<b>Estratégia 1:</b> <i>Elaboração da estratégia de implementação de Controlo Vectorial Integrada</i>	Elaborar e aprovar a estratégia de implementação de Controlo Vectorial Integrada (CVI)	PNCM	Parceiros	x				
<b>Estratégia 2:</b> <i>Distribuição de REMILDs através de Campanhas massivas</i>	Finalizar, aprovar e disseminar o guião de distribuição de REMILD através de campanhas massivas	PNCM	Parceiros	x				
	Procurar e adquirir REMILDs para campanhas massivas	PNCM	Parceiros		x		x	
	Distribuir REMILD através de campanhas massivas	PNCM/SR	Parceiros	x		x	x	
	Realizar visitas de supervisão para actividades de distribuição de REMILDs	PNCM/DPS	Parceiros	x	x	x	x	x
	Realizar avaliações pos campanha de REMILDs nos agregados familiares	PNCM / DPS	Parceiros	x		x	x	
	Realizar campanhas distribuição adicional de REMILDs	PNCM	Parceiros		x			x
<b>Estratégia 3:</b> <i>Distribuição de Rotina de REMILD 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 REMILDs nas CPN	Centro de abastecimento	PNCM	x	x	x	x	x
	Finalizar, aprovar e disseminar o guião de distribuição de REMILDs através das CPN	PNCM	Parceiros	x				
	Procurar e adquirir REMILDs para CPN	PNCM		x	x	x	x	x
	Distribuir REMILDs nas CPNs	PNCM/CA	PSI	x	x	x	x	x
<b>Estratégia 4:</b> <i>Implementação da Pulverização Intra</i>	Procurar e adquirir insecticidas e outros materiais para a PIDOM	PNCM / MINAG		x	x	x	x	x
	Recrutar, treinar e supervisionar os	DPS	Parceiros	x	x	x	x	x



<i>Domiciliária (PIDOM) nas áreas selecionadas</i>	rociadores							
	Realizar a PIDOM	DPS / DDSMAS		x	x	x	x	x
	Realizar as visitas de supervisão para PIDOM	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x
	Melhorar a capacidade na gestão ambiental de insecticidas incluindo a gestão dos resíduos	PNCM/ DPS / DDSMAS	Parceiros	x	x	x	x	x
<i>Estratégia 5: Provisão do Tratamento Intermittente Preventivo (TIP) a todas as mulheres grávidas que se apresentem as CPN</i>	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 REMILDs como parte do “Pacote Integrado”	PNCM	Saúde reprodutiva	x		x		x
	Coordenar com a CMAM a gestão de medicamentos (SP)	PNCM / CMAM		x	x	x	x	x
<i>Estratégia 6: Implementação do uso de larvicidas em zonas urbanas como complementaridade da PIDOM</i>	Elaborar um plano operacional de aplicação de larvicidas	PNCM	Parceiros	x				
	Mapear os criadouros	PNCM	Parceiros			x		x
	Procurar e adquirir larvicidas	PNCM	Parceiros		x	x	x	x
	Recrutar, treinar e supervisionar os oficiais de entomologia	PNCM / DPS	Parceiros					
	Realizar reunião de balanço das actividades de larvicida	PNCM / DPS	Parceiros		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				
				2012	2013	2014	2015	2016
<i>Estratégia 1: Consolidação do uso de TDR nas US do SNS e sua expansão na comunidade (através dos APEs)</i>	Procurar e adquirir TDR	PNCM / CMAM	Parceiros	x	x	x	x	x
	Distribuir TDRs para todos USs do SNS e todos APEs	PNCM / CMAM		x	x	x	x	x
	Fortalecer o sistema logístico para os TDRs	PNCM / CMAM		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 diagnóstico rápido da malária	PNCM / DPS / DDSMAS		x	x	x	x	x
<b>Estratégia 2:</b> <i>Expansão do diagnóstico microscópico da malária nas USs do SNS</i>	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 microscópico da malária	PNCM / Laboratórios		x	x	x	x	x
<b>Estratégia 3:</b> <i>Tratamento de todos os casos de malária nas USs do SNS e na comunidade pelos APEs</i>	Capacitar o pessoal clínico e os APEs no manejo correcto de caso incluindo malária na gravidez e sistemas de referência de doentes graves	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
<b>Estratégia 4:</b> <i>Reforço no manejo de caso da Malária Complicada / Grave</i>	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 dextrose hipertónica e antimaláricos para tratamento da malária grave nas USs públicas	PNCM / Departamento farmacêutico		x	x	x	x	x
<b>Estratégia 5:</b> <i>Promoção das normas nacionais de tratamento dos casos da malária no sector privado em coordenação com o departamento farmacêutico</i>	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 monoterapia 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 - Até 2016, abranger 100% da população com informação sobre prevenção e tratamento da malária.**

Estratégia	Actividade	Responsabilidade	Colaboração	Tempo				
				2012	2013	2014	2015	2016
<b>Estratégia 1:</b> <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				
<b>Estratégia 2:</b> <i>Advocacia e comunicação através dos mídias</i>	Capacitar e supervisionar os profissionais de saúde a todos níveis na comunicação sobre malária através dos mídias	PNCM	Parceiros	x		x		
	Actualizar e emitir “spots” publicitários através da rádio nacional incluindo spots nas línguas locais para mais abrangência	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x
	Actualizar e emitir “spots” publicitários através da televisão	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 painéis publicitários ao longo das fronteiras e grandes vias de comunicação	PNCM	Parceiros	x			x	
<b>Estratégia 3:</b> <i>Advocacia e comunicação através dos líderes (comunitários, políticos e religiosos)</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
	Providenciar o pacote de informação para os líderes	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x
<b>Estratégia 4:</b> <i>Provisão de</i>	Capacitar os professores com temas de	PNCM	MINED	x	x	x	x	x



<i>informação e educação nas escolas em coordenação com o programa de saúde escolar e voluntários comunitários</i>	prevenção da malária							
	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
	Capacitar e supervisionar os voluntários comunitários de saúde na divulgação de informação sobre malária	PNCM / DPS / DDSMAS	Parceiros	x	x	x	x	x
<b>Estratégia 5:</b> <i>Provisão de informação e educação através de trabalhadores de saúde e APEs</i>	Padronizar e produzir as mensagens sobre malária a ser divulgado nas palestras nas USs e na comunidade (brigadas móveis ou APEs)	PNCM	Parceiros	x		x		x
	Capacitar e supervisionar os trabalhadores de saúde e APEs na divulgação de informação sobre malária nas USs e na comunidade	PNCM / DPS / Distrito	Parceiros	x	x	x	x	x
	Incorporar actividades de malária nas feiras de saúde e comité de saúde	PNCM / DPS / DDSMAS	Parceiros	x	x	x	x	x
<b>Estratégia 6:</b> <i>Implementação da mobilização social para as campanhas de REMTILDS e da PIDOM</i>	Actualizar e disseminar guiões de comunicação para as REMILDs e para a PIDOM	PNCM	Parceiros	x				
	Actualizar e disseminar material de IEC para REMILD e PIDOM	PNCM	Parceiros	x				
	Realizar as campanhas de mobilização social	PNCM / DPS / Distritos		x	x	x	x	x
<b>Estratégia 7:</b> <i>Aquisição de equipamento e veículos para IEC</i>	Adquirir unidades móveis de comunicação para malária e alocar um em cada província (11 carros equipados)	PNCM / DPS	Parceiros	x				
	Adquirir 10 megafones para cada distrito	DPS		x				



(1280 megafones)								
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

**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				
				2012	2013	2014	2015	2016
<b>Estratégia 1 - Reforço da capacidade da M&amp;A de malária ao nível central, provincial e distrital</b>	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				
<b>Estratégia 2: Fortalecimento do sistema de recolha de dados e relatórios de rotina do SNS (tais como BES, SIMAM, SIS, relatórios distritais etc)</b>	Realizar encontros de coordenação da M&A com DIS, BES, CMAM e a unidade de M&A da DNSP	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x
	Apoiar fortalecimento dos sistemas rotinas	PNCM		x	x			
	Realizar as visitas regularmente de auditoria dos dados em conjuntos com o DIS, BES, CMAM e a unidade de M&A da DNSP	PNCM / DPS		x	x	x	x	x
	Padronizar a componente da malária nos relatórios trimestrais do distrito	PNCM	Parceiros	x				
<b>Estratégia 3 - Criação e implementação de uma base de dados do PNCM para armazenar dados de malária do SNS e outras fontes</b>	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 pessoal de M&A na gestão de base de dados	PNCM	Parceiros		x			
<b>Estratégia 4 - Realização regular de pesquisa operacional da malária</b>	Criar o grupo de trabalho de Pesquisa Operacional da Malária	PNCM	Parceiros	x				
	Através de Grupos de Trabalho (GDT) definir e implementar uma agenda e plano	PNCM	Parceiros	x				



	de acção de cinco anos sobre a pesquisa operacional do PNCM							
	Realizar o estudo de eficácia terapêutica de dois em dois anos	PNCM	Parceiros		x		x	
	Realizar estudos de resistência do vector ao insecticida anualmente	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x
	Realizar estudos de densidade vectorial, anualmente antes e depois da PIDOM	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x
	Realizar estudos do efeito residual do insecticida anualmente depois da PIDOM	PNCM	Parceiros	x	x	x	x	x
	Elaborar e implementar plano operacional da estratégia de insectarios definido dentro da estratégia de CVI	PNCM	Parceiros	x				
<b>Estratégia 5- Realização do controlo de qualidade de produtos da malária</b>	Garantir o controlo de qualidade para os produtos da malária (Insecticidas da PIDOM e todos antimaláricos)	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
<b>Estratégia 6- Realização das avaliações do PNCM</b>	Realizar o inquérito da US em 2014 e depois de três em três anos	PNCM	Parceiros			x		x
	Realizar o inquérito de indicadores da malária em 2013 e depois de três em três anos	PNCM	Parceiros		x			
	Realizar a avaliação do impacto em 2012	PNCM	Parceiros	x				
	Realizar a revisão de Programa da Malária (RPM) em 2016	PNCM	Parceiros					x



# 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 de 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 de um único plano estratégico, planos anuais únicos e um único plano da 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 que existem nas províncias, distritos e nas comunidades devem ser fortalecidos e as reuniões da coordenação devem 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

### **MISAU**

#### **O PNCM deve:**

- a) Coordenar todos 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, normas e estratégias
- 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 serviços da saúde da qualidade
- g) Assegurar o fortalecimento dos sistemas da saúde
- h) Providenciar a liderança em todas 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 currículos escolares

### **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

O sumário de custo do PEM 2012-2016, em dólares Americanos, está na tabela abaixo;

		%	2012	2013	2014	2015	2016	Total 2012-2016
<b>Obj. 1</b>	<b>Até 2014, 100% dos distritos tenham capacidade de gestão das actividades de controlo da malária</b>	<b>16.9%</b>	<b>12,953,831</b>	<b>16,649,130</b>	<b>19,932,122</b>	<b>19,269,871</b>	<b>7,488,891</b>	<b>88,612,295</b>
Est 1	Nova estrutura orgânigrama do PNCM		32,934	32,934	32,934	32,934	32,934	164,669
Est 2	Infraestrutura e equipamento		317,419	1,297,851	1,297,851	1,297,851	1,235,314	5,446,284
Est 3	Capacidade em gestão do programa		178,683	178,683	178,683	178,683	178,683	893,415
Est 4	Fortalecimento da parceria nacional		41,907	41,961	41,961	41,961	41,961	209,751
Est 5	Prontidão e resposta às epidemias		20,840	-	-	-	-	20,840
Est 6	Apoio aos esforços da eliminação da malária na região		12,362,049	15,097,702	18,380,694	17,718,443	18318448	81,877,336
<b>Obj. 2</b>	<b>Até 2014, pelo menos 80% da população tenha acesso a pelo menos um método de prevenção da malária</b>	<b>38.3%</b>	<b>52,762,226</b>	<b>22,958,015</b>	<b>42,769,432</b>	<b>57,194,060</b>	<b>25,190,090</b>	<b>200,873,824</b>
Est 1	Elaboração da estratégia de implementação de Controlo Vectorial Integrado (CVI)		-	-	-	-	-	-
Est 2&3	Distribuição de REMILDs em Campanhas massiva e às mulheres grávidas		41,799,132	11,627,093	31,026,888	45,013,090	12,521,102	141,987,305
Est 4	Pulverização intradomiciliária (PIDOM)		10,556,950	10,827,865	11,104,850	11,389,486	11,680,569	55,559,720
Est 5	Tratamento Intermitente Preventivo a mulheres grávidas (TIP)		369,829	397,361	428,103	431,375	446,122	2,072,791
Est 6	Uso de larvicidas em zonas turbanas		36,315	105,696	209,591	360,110	542,296	1,254,009



<b>Obj. 3</b>	<b>Até 2014, testar 100% dos casos suspeitos da malária que se apresentem às Unidades Sanitárias (US) e comunidades (APEs) e tratar de acordo com as normais nacionais</b>	<b>38.4%</b>	<b>40,002,984</b>	<b>39,542,374</b>	<b>42,493,097</b>	<b>40,288,462</b>	<b>39,001,179</b>	<b>201,328,095</b>
Est 1	Consolidação do uso de TDRs nas US do SNS e pelos APEs		14,588,942	12,968,462	15,498,022	15,255,716	15,054,988	<b>73,366,129</b>
Est 2	Expansão do diagnóstico microscópico nas USs do SNS		3,199,347	2,905,419	2,651,019	2,737,908	2,883,765	<b>14,377,459</b>
Est 3&4	Tratamento de todos os casos de malária nas USs e pelos APEs		21,207,231	22,410,067	23,336,592	21,287,374	20,054,962	<b>108,296,226</b>
Est 5	Promoção das normas nacionais de tratamento da malária no sector privado		1,007,464	1,258,425	1,007,464	1,007,464	1,007,464	<b>5,288,280</b>
<b>Obj. 4</b>	<b>Ate 2016, abranger 100% da população com informação sobre prevenção e tratamento da malária</b>	<b>5.2%</b>	<b>6,245,908</b>	<b>4,147,349</b>	<b>6,353,461</b>	<b>6,450,279</b>	<b>4,222,243</b>	<b>27,419,240</b>
Est 1	Desenvolvimento do plano de comunicação para malária		77,820	-	-	-	-	<b>77,820</b>
Est 2	Advocacia e comunicação através dos mídias		2,216,528	2,615,800	2,610,800	2,615,800	2,610,800	<b>12,669,728</b>
Est 3	Advocacia e comunicação através dos líderes		-	21,817	-	21,817	-	<b>43,635</b>
Est 4	Provisão de informação e educação nas escolas		5,140	4,986	4,986	4,986	4,986	<b>25,084</b>
Est 5	Provisão de informação e educação através de trabalhadores de saúde e APEs		-	-	-	-	-	<b>-</b>
Est 6	Mobilização social para as campanhas de REMILDs e da PIDOM		3,869,220	1,334,190	3,567,120	3,637,120	1,435,901	<b>13,843,551</b>
Est 7	Aquisição de equipamento para IEC		77,200	170,556	170,556	170,556	170,556	<b>759,422</b>
<b>Obj. 5</b>	<b>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</b>	<b>1.3%</b>	<b>916,009</b>	<b>1,776,009</b>	<b>1,239,289</b>	<b>975,843</b>	<b>1,746,663</b>	<b>6,653,813</b>
Est 1	Reforço da capacidade de M&A a todos os níveis		43,425	88,645	69,351	-	89,344	<b>290,764</b>
Est 2	Fortalecimento do sistema de recolha de dados e relatórios do SNS		444,970	444,970	444,970	444,970	444,970	<b>2,224,851</b>





Est 3	Criação e implementação de uma base de dados do PNCM		94,220	-	-	-	-	<b>94,220</b>
Est 4	Realização de pesquisa operacional da malária		207,656	435,151	252,370	500,605	312,515	<b>1,708,297</b>
Est 5	Realização do controlo de qualidade dos produtos da malária		30,268	30,268	30,268	30,268	30,268	<b>151,339</b>
Est 6	Realização de avaliações do PNCM		95,469	776,975	442,330	-	869,567	<b>2,184,341</b>
	<b>Total PNCM</b>	<b>100%</b>	<b>112,880,958</b>	<b>85,072,877</b>	<b>112,787,401</b>	<b>124,178,515</b>	<b>89,967,515</b>	<b>524,887,266</b>

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 OE não seja suficiente para cobrir.

O FG foi em algum momento um dos financiadores do PS, mas este desvinculou se e passando 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 programadas.

DFID e UNICEF, são financiadores do ProSaúde 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 devem fazer advocacia junto aos parceiros e organizações nacionais e internacionais, através das actividades a que se propõe realizar, os meios a usar, as formas em que as mesmas serão 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.

# APÊNDICE

## Equipe de Edição Final

Nome	Organização
Abdul Mussa	PNM
Yasmin Cassam	Consultora Independente
Caroline Soi	HAI/MACEPA
Eva de Carvalho	OMS
Khoti Gausi	OMS-IST-Harare
Natércia Fernandes	Jhpiego/MCHIP
Guidion Mathe	PNM
Guilhermina Fernandes	PNM

## Lista dos participantes na elaboração do Plano Estratégico da Malária

Nome	Organização
Francelina Romao	Gabinete do Ministro - Assessora
Mouzinho Saide	DNSP- Director Nacional
Lidia Chongo	DNSP- Directora Nacional Adjunta
Abdul Mussa	PNM- Director
Rosália Muthemba	PNM- Manejo de Caso
Sergio Tsabete	PNM- IEC
Olinda Muguande	PNM-Redes
Maria Rosa Pondja	PNM- Entomologia
Bonifacio Manjate	PNM- PIDOM
Guilhermina Fernandes	PNM- M&A
Albertina Chihale	PNM- Entomologia
Dulcisaria Marrenjo	PNM- Entomologia
Guidion Mathe	PNM- Gestor de Dados
David Manjate	PNM- Administração
Júlio Langa	DPC- Departamento da Planificação
Manuel Cumbane	DPC- DIS
Helio Cossa	DPC- Departamento de M&A
Adelina Dumangane	DPC- Unidade de Fundo Global
Rosalie Faniyo	DPC- Unidade de Fundo Global
Silvia Bignamini	DPC- Unidade de Fundo Global
Erin Daley	DPC- Unidade de Fundo Global
Isabel Pinto	DNAM- Departamento de Laboratório
Eduardo Samogudo	INS- Laboratório de Referencia
Deonilde Sarmento	INS- Laboratório de Referencia
Sofia Ribia	INS- Laboratório de Referencia
Marilene Ismael	CMAM
Dália Soma	CMAM
João Teixeira	SCMS
Dionísio Chunguane	SCMS
Tim Rosche	SCMS
Alberto Cumbane	DNSP - Unidade de M&A



Custódia Paulo	DNSP - Unidade de M&A - SMI
Teresa Mapasse	DNSP- Programa de APEs
Sandy McGunegill	DNSP- Programa de APEs
Lorna Gurjaral	DNSP - Departamento de Epidemiologia
Khoti Gausi	OMS-IST-Harare
Eva de Carvalho	OMS
Caroline Soi	HAI/MACEPA
Kafula Silumbe	MACEPA - Zambia
Boniface Maket	MACEPA - Zambia
Juliette Morgan	CDC/PMI
Frederico Brito	UNICEF
Armando Daniel Tiago	FHI360
Hector Jalipah	RTI
Pedro Muianga	PSI
Judite Pinto	Malaria Consortium
Chandana Mendis	World Vision
Veronique Kolhoff	World Vision
Francisco Chirute	World Vision
Egas Simbine	Agakhan Foundation
Yasmin Cassam	Consultora Independente
Samuel Mabunda	Consultor Independente
Joaquim Durão	Consultor de Custeamento
Jacinto Mutimucuo	Consultor de Custeamento