



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DE SAÚDE

DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA E ENDEMIAS
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA MALÁRIA

DOCUMENTO ESTRATÉGICO PARA O CONTROLO DA MALÁRIA EM
MOÇAMBIQUE

Julho 2006- 2009

SUMÁRIO EXECUTIVO	4
Lista de Acrónimos.....	6
1. Introdução	7
1.2. O Peso da Malária	7
1.3. Análise e resposta ao prejuízo da malária.....	8
1.3.1. Antecedentes.....	8
2. Objectivo do programa, finalidade e metas	9
2.1. Objectivo	9
2.2. Finalidade	9
2.3. Metas e linhas de base	9
2.4. Monitoria e Avaliação	10
3. Estratégias Individuais	10
3.1. Diagnóstico, manejo de casos e fornecimento de medicamentos	11
3.1.1. Componentes Chave	11
3.1.2. Fundamentação	11
3.1.3. Análise da Situação.....	12
3.1.4. Análise SWOT em relação ao Diagnóstico e Tratamento em Moçambique	13
3.1.5. Abordagens Operacionais	14
3.1.6. Custos	15
3.1.7. Indicadores, linha de base e metas	15
3.2. Gestão Vectorial Integrada e Protecção Pessoal.....	16
3.2.1. Componentes Chave	16
3.2.2. Fundamentação	17
3.2.3. Análise da situação	17
3.2.4. Análise SWOT em relação ao Controlo Vectorial em Moçambique	19
3.2.5. Abordagens Operacionais	19
3.2.6. Custos	21
3.2.7. Indicadores, linha de base e metas	21
3.3. Promoção de Saúde e Mobilização Comunitária.....	22
3.3.1. Componentes Chave	22
3.3.2. Fundamentação	23
3.3.3. Análise da situação	23
3.3.4. Análise SWOT em relação à Promoção de Saúde e Mobilização Comunitária.....	23
3.3.5. Abordagens Operacionais	24
3.3.6. Custos	24
3.3.7. Indicadores, linha de base e metas (por actualizar).....	25
3.4. Resposta de Emergência.....	25
3.4.1. Componentes Chave	25
3.4.2. Fundamentação	25
3.4.3. Análise da situação	25
3.4.4. Análise SWOT	26
3.4.5. Abordagens Operacionais	26
3.4.6. Custos	27
3.4.7. Indicadores, linha de base e metas (por actualizar).....	27
3.5. Gestão do Programa e Desenvolvimento de Sistemas.....	27
3.5.1. Componentes Chave	27
3.5.2. Fundamentação	28
3.5.3. Análise da situação	28
3.5.4. Análise SWOT	30
3.5.5. Abordagens Operacionais	30
3.5.6. Custos	31
3.5.7. Indicador, linha de base e metas (por actualizar).....	31
3.6. Monitoria e Avaliação (Vigilância, Informação e Pesquisa).....	31
3.6.1. Componentes Chave	31
3.6.2. Fundamentação	32

3.6.3.	Análise da situação	32
3.6.4.	Análise SWOT	32
3.6.5.	Abordagens Operacionais	33
3.6.6.	Custos	33
3.6.7.	Indicadores, linha de base e metas (por actualizar).....	34
4.	Resumo dos Custos	34
5.	Anexo 2: Resumo dos Indicadores Chave de Monitorização e Avaliação	34
5.1.	Meta geral de impacto:	34
5.1.1.	Metas específicas de Impacto	34
5.1.2.	Metas específicas de Cobertura de Serviços	35

SUMÁRIO EXECUTIVO

Introdução

Em 1999, uma breve avaliação da situação da malária foi levada a cabo por uma missão internacional de consultoria conjunta, seguida de uma análise escrita de autoria do Ministério da Saúde. Igualmente, foram levadas a cabo análises da situação nos distritos de Moatize, Massinga, Quelimane, Angoche, Mocuba e Manhiça, no ano de 2000. O resultado dessas análises serviu de base para a elaboração do plano estratégico de Moçambique para a iniciativa FRM que este ano expira o qual será substituído pelo presente documento estratégico, cuja produção consistiu na revisão e actualização do Plano Estratégico 2003 a 2006.

Transmissão da malária

A malária é endémica em todo o país, nas áreas onde o clima favorece a sua transmissão ao longo de todo o ano, atingindo o seu ponto mais alto após a época chuvosa (Dezembro a Abril). O *Plasmodium falciparum* é o parasita mais frequente, sendo responsável por cerca de 90% de todas infecções maláricas, enquanto que o *P. malariae* e o *P. ovale* são responsáveis por 9,1 e 0,9% de todas infecções, respectivamente.

O Peso da Malária

Em Moçambique, a malária é a principal causa de problemas de saúde, sendo responsável por 40% de todas as consultas externas. Até 60% de doentes internados nas enfermarias de pediatria são admitidos como resultado da malária severa. A malária é também a principal causa de mortalidade nos hospitais em Moçambique, ou seja de quase 30% de todos os óbitos registados. 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.

Análise e resposta ao prejuízo da malária

A actividade de controlo da malária em Moçambique remonta da década de 50 aquando do início do programa global de erradicação da malária. Contudo, só foi em 1982 que foi criado o Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM) com a designação actual.

Objectivo

Reduzir a morbi-mortalidade por malária na população em geral e particularmente nas mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos de idade e grupos socialmente desfavorecidos.

Metas e linhas de base

A Meta geral de impacto é a de Reduzir o peso da malária à metade (prevalência de parasitemia malárica e de letalidade), até 2015, em relação aos níveis observados em 2001 (40% - 80%), cumprindo dessa forma a Meta do Milénio relativa ao controlo da malária (vide Directivas do Governo para o Sector Saúde).

Monitoria e Avaliação

Os indicadores chave serão monitorizados e reportados anualmente, de acordo com o estabelecido nos planos de acção e relatórios anuais. Uma avaliação a meio termo será realizada no fim de 2008, com a avaliação global prevista para 2010.

Estratégias

- Diagnóstico, Manejo de Casos e Fornecimento de Medicamentos
- Gestão Vectorial Integrada e Protecção Pessoal
- Promoção de Saúde e Mobilização Comunitária
- Reposta de Emergência
- Gestão do programa e desenvolvimento dos sistemas
- Monitoria e Avaliação (Vigilância, Informação e Pesquisa)

Lista de Acrónimos

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AECI – Agência Espanhola de Cooperação Internacional
AIDI – Atenção Integrada das Doenças da Infância
CAP – Conhecimentos, Atitudes e, Práticas (o que é português do KAP)
CIDA – Canadian International Development Agency
CISM - Centro de Investigação em Saúde de Manhiça (Manhiça Research Centre)
CNLM – Comissão Nacional de Luta Contra a Malária
CVM - Cruz Vermelha de Moçambique
DDS – Direcção Distrital de Saúde
DDT – Dichlorodiphenyltrichoroetane
DFID - Departamento para o Desenvolvimento Internacional
DPC – Direcção de Planificação e Cooperação
DPS – Direcção Provincial de Saúde
FRM – Fazer Recuar a Malária
GVI – Gestão Vectorial Integrada
HIV – Human Immunodeficiency Virus
IDEL - Iniciativa de Desenvolvimento Espacial dos Libombos
IEC – Informação Educação e Comunicação
INGC - Instituto Nacional de Gestão de Calamidades
INS - Instituto Nacional de Saúde
ITS – Infecção de Transmissão Sexual
JICA – Agência Japonesa para Cooperação Internacional
MC – Malária Consortium
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
ONG – Organização não Governamental
OMS – Organização Mundial da Saúde
PIDOM – Pulverização Intra-Domiciliária
PARPA - Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta
PNCM–Programa Nacional de Controlo da Malária
PSI - Population Services International
REMTI–Redes Mosquiteiras Tratadas com Insecticida
REMTIL–Redes Mosquiteiras Tratadas com Insectecida de Longa Duração
RESP – Repartição de Educação em Saúde Pública
SADC - Southern Africa Development Community
SIDA – Síndrome de Imuno- Deficiência Adquirida
SIS – Sistema da Informação para a Saúde
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SWAP - Sector Wide Approach
SWOT - Strengths, weaknesses, Opportunity and threats
TB – Tuberculose
TIP – Tratamento intermitente Preventivo
TRD – Teste Rápido de Diagnóstico
UNICEF - United Nations Children’s Fund
US – Unidade Sanitárias
USAID United State Agency for International Development

1. Introdução

Em 1999, uma breve avaliação da situação da malária foi levada a cabo por uma missão internacional de consultoria conjunta, seguida de uma análise escrita de autoria do Ministério da Saúde. Igualmente, foram levadas a cabo análises da situação nos distritos de Moatize, Massinga, Quelimane, Angoche, Mocuba e Manhica, no ano de 2000. O resultado dessas análises serviu de base para a elaboração do plano estratégico de Moçambique para a iniciativa FRM que este ano expira o qual será substituído pelo presente documento estratégico.

O presente documento consistiu na revisão e actualização do Plano Estratégico 2003 a 2006. Ele enquadra-se quer no Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA) quer no Plano Estratégico do Ministério da Saúde para 2001-2005-(2010). O principal objectivo do presente plano é munir o PNCM de uma estratégia definida, metas e objectivos claros e indicadores para monitorização e avaliação, de modo a facilitar uma eficaz implementação do Programa Nacional de Controlo da Malária em Moçambique.

1.1. Transmissão da malária

A malária é endémica em todo o país, nas áreas onde o clima favorece a sua transmissão ao longo de todo o ano, atingindo o seu ponto mais alto após a época chuvosa (Dezembro a Abril). A intensidade da transmissão varia de ano para ano e de região para região, dependendo da precipitação, altitude e temperaturas. Algumas das áreas secas do país são tidas como propensas à epidemia. O *Plasmodium falciparum* é o parasita mais frequente, sendo responsável por cerca de 90% de todas infecções maláricas, enquanto que o *P. malariae* e o *P. ovale* são responsáveis por 9,1 e 0,9% de todas infecções, respectivamente.

1.2. O Peso da Malária

Segundo a análise situacional realizada no ano 2000, em Moçambique, a malária é a principal causa de problemas de saúde, sendo responsável por 40% de todas as consultas externas. Até 60% de doentes internados nas enfermarias de pediatria são admitidos como resultado da malária severa. A malária é também a principal causa de mortalidade nos hospitais em Moçambique, ou seja de quase 30% de todos os óbitos registados. 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.

O acesso aos cuidados de saúde em Moçambique é muito baixo e estima-se que 50% da população vive a mais de 20 quilómetros da mais próxima unidade sanitária, uma situação que efectivamente implica não haver acesso aos serviços de saúde para uma grande parte da população. A malária é também o maior problema que afecta mulheres grávidas nas zonas rurais.

Aproximadamente 20% das mulheres grávidas está infectada pelo parasita, sendo as primigrávidas as mais afectadas com uma taxa de prevalência de 31%. A anemia, muitas vezes associada à malária, é um grave problema e em 68% das mulheres grávidas o Hematócrito situa-se abaixo de 33%.

A busca activa dos casos da malária clínica sugere que o risco da malária clínica é maior no grupo etário de 1 a 3 anos, quando as crianças podem experimentar uma média de mais de dois episódios por ano.

A resistência do *P. falciparum* aos medicamentos antimaláricos, em especial ao tratamento de primeira linha da malária não complicada, com a cloroquina, varia entre 15 e 40%, dependendo do local. A resistência aos medicamentos apresenta-se como um grande obstáculo para um manejo de casos eficaz, particularmente na periferia, onde a capacidade para o diagnóstico clínico e laboratorial é fraco.

A escala exacta de perdas económicas atribuídas à malária em Moçambique não é bem conhecida. Porém é evidente que a malária contribui para elevadas perdas económicas, altas taxas de absentismo escolar e uma fraca produtividade agrícola, principal meio de subsistência da maioria da população rural.

1.3. Análise e resposta ao prejuízo da malária

1.3.1. Antecedentes

A actividade de controlo da malária em Moçambique remonta da década de 50 aquando do início do programa global de erradicação da malária. Contudo, só foi em 1982 que foi criado o Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM) com a designação actual. Em 1991, o PNCM adoptou formalmente 3 principais estratégias, nomeadamente: Diagnóstico precoce (quer clínico quer laboratorial) da malária e seu tratamento adequado, Controle vectorial e Educação para a saúde.

A missão internacional de consultoria conjunta realizada em 1999 concluiu que estas estratégias tinham sido ineficazes no controle da malária em Moçambique, pelas seguintes razões:

- Serviço Nacional de Saúde sem capacidade para alcançar a maior parte da população rural,
- Infra-estruturas de saúde insuficientes, devido aos 16 anos de guerra civil e destruição, bem como a fraca ligação entre a comunidade e os serviços de saúde,
- Resistência à cloroquina e disponibilidade limitada de medicamentos a nível comunitário,
- Concentração das campanhas de pulverização residual contra os mosquitos nas zonas urbanas,

- A educação para a saúde, informação e comunicação muitas vezes não alcança a população alvo, para além de não ter funcionado devidamente,
- Capacidade limitada da população em reconhecer importantes sintomas e sinais de alerta da malária, bem como a existência de práticas culturais prejudiciais à procura de cuidados de saúde, (as mães recorrem aos curandeiros quando as crianças tem convulsões febris alegando doença espiritual).

Em resposta à esta situação, o Ministério da Saúde adoptou uma nova visão para o seu programa de controlo da malária, em harmonia com a Iniciativa “Fazer Recuar a Malária” da região africana. A estratégia visa desencadear um movimento social para a saúde, concentrando-se na capacidade da família para prevenir, reconhecer e, quando necessário, tratar a malária correctamente ou dirigir-se à uma unidade sanitária. Os grupos alvos desta estratégia são as crianças menores de cinco anos de idade e mulheres grávidas. A malária é também reconhecida como prioridade, quer no PARPA quer no Plano Estratégico para o Sector de Saúde.

2. Objectivo do programa, finalidade e metas

2.1. Objectivo

Reduzir a morbi-mortalidade por malária na população em geral e particularmente nas mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos de idade e grupos socialmente desfavorecidos.

2.2. Finalidade

A finalidade do Programa Nacional de Controle da Malária é coordenar e apoiar a prestação de intervenções eficazes de controle da malária que irão prevenir e reduzir a morbi- mortalidade por malária.

2.3. Metas e linhas de base

(extraídas da declaração de política)

• Meta geral de impacto:

- *Reduzir o peso da malária a metade (prevalência de parasitémia malárica e de letalidade), até 2015, em relação aos níveis observados em 2001 (40% - 80%), cumprindo dessa forma a Meta do Milénio relativa ao controlo da malária (vide declaração de política). Resumindo:*

• Metas específicas de impacto

1. *Redução da taxa de incidência da malária grave, em crianças de menos de 5 anos, dos 55 por 10.000 registados em 2001, para 41 por 10.000 em 2010 e 22,5 por 10.000 em 2015, deste modo cumprindo a Meta do Milénio,*

2. *Redução da taxa de mortalidade da malária grave e complicada, em crianças de menos de 5 anos, dos 2 por 10.000 registados em 2001, para 1,5 por 10,000 em 2010 e 1 por 10,000 em 2015, deste modo cumprindo a Meta do Milénio,*
3. *Redução da taxa de mortalidade proporcional por malária, em crianças de menos de 5 anos, dos 30 % registados em 2001, para 22.5 % em 2010 e 15 % em 2015,*
4. *Redução da taxa de prevalência da parasitémia malárica em mulheres grávidas, dos 20% registados em 2001, para 15% em 2010 e 10% em 2015, deste modo cumprindo a meta do Milénio,*
5. *Redução das taxas de letalidade e mortalidade pela malária, em mulheres grávidas,*
6. *Redução da taxa de prevalência da parasitémia malárica na população dos 2 – 9 anos dos 60 % registados em 2001, para 45% em 2010 e 30 % em 2015, deste modo cumprindo a Meta do Milénio,*
7. *Redução da taxa de letalidade por malária dos 7 % observados em 2001, para 5 % até 2010 e 3.5 % em 2015, deste modo cumprindo a Meta do Milénio,*
8. *Melhorar a qualidade do diagnóstico da malária dos 25 a 30 % actuais para 60 % em 2010 e 80 % em 2015.*

• **Metas específicas de Cobertura de Serviços**

1. *Pelo menos 60% dos que correm risco de contrair malária possam beneficiar, até 2010, da combinação mais adequada de medidas de protecção pessoal e colectiva; incluindo a PIDOM, RMTI e outras intervenções que sejam acessíveis e de baixo custo,*
2. *Que pelo menos 60% de todas as mulheres grávidas tenham acesso ao TIP*
3. *Que pelo menos 60% dos casos de malária tenham acesso rápido à um tratamento correcto e de baixo custo nas primeiras 24 horas após o início dos sintomas*
4. *Melhorar a qualidade do diagnóstico da malária dos 25 a 30 % actuais para 60% em 2010 e 80 % em 2015.*

2.4. Monitoria e Avaliação

O Plano Estratégico definiu metas e indicadores para monitorizar a implementação das actividades e medir o impacto das intervenções de controle da Malária. Esses indicadores chave serão monitorizados e reportados anualmente, de acordo com o estabelecido nos planos de acção e relatórios anuais. Uma avaliação a meio termo será realizada no fim de 2008, com a avaliação global prevista para 2010.

3. Estratégias Individuais

- Diagnóstico, Manejo de Casos e Fornecimento de Medicamentos

- Gestão Vectorial Integrada e Protecção Pessoal
- Promoção de Saúde e Mobilização Comunitária
- Reposta de Emergência
- Gestão do programa e desenvolvimento dos sistemas
- Monitoria e Avaliação (Vigilância, Informação e Pesquisa)

3.1. Diagnóstico, manejo de casos e fornecimento de medicamentos

3.1.1. Componentes Chave

- Melhorar o diagnóstico da Malária nas Unidades Sanitárias,
- Garantir o fornecimento de medicamentos eficazes às Unidades Sanitárias,
- Melhorar a qualidade dos serviços de saúde baseados no tratamento, com ênfase na Atenção Integrada das Doenças da Infância (AIDI) e Cuidados Pré-natais das mulheres (TIP),
- Tratamento Intermitente Preventivo da Malária na Gravidez com *Sulfadoxina-Pirimetamina*,
- Estimular a atitude de procura imediata de tratamento na Unidade Sanitária na mínima suspeita de malária,
- Em comunidades remotas e de difícil acesso, promover a prevenção e tratamento de malária baseados na comunidade, através do reconhecimento dos sintomas e estimular a atitude de procura imediata de tratamento na comunidade (para caso de malária simples) e hospitalar (para casos de malária severa e complicada).

3.1.2. Fundamentação

O diagnóstico e manejo correctos dos casos de malária, constitui uma das pedras angulares do Programa de Controlo da Malária, visto que consegue reduzir significativamente a morbidade (duração e gravidade) e mortalidade por malária. Em áreas de transmissão estável da malária, as mulheres grávidas, as crianças menores de 5 anos e viajantes não imunes são tipicamente os que estão em alto risco de doença grave e morte por malária. Porém, um manejo eficaz de casos de malária simples pode reduzir significativamente a incidência da malária severa. Os cuidados hospitalares adequados e um manejo correcto dos casos de malária severa irá minimizar a mortalidade por malária.

A malária em mulheres grávidas pode causar anemia, aborto espontâneo, nados mortos e/ou com baixo peso. Em áreas de transmissão estável da malária, o tratamento TIP com sulfadoxina-pirimetamina em mulheres grávidas é reconhecido como um instrumento útil na prevenção da malária e suas complicações nesse grupo populacional.

Nas zonas rurais do país, o acesso aos serviços formais de saúde é extremamente limitado e um tratamento baseado na comunidade é uma alternativa estratégica apropriada.

3.1.3. Análise da Situação

Com a aprovação da mudança da política nacional de tratamento da malária em Moçambique, no ano 2002¹, iniciou o sinuoso processo tendente a sua implementação.

Na altura tinha ficado estabelecido que a política de tratamento da malária constaria do seguinte:

1^a Linha: Amodiaquina (AQ) + Sulfadoxina-Pirimetamina (SP)

2^a Linha: Lumefantrina+Artemeter

3^a Linha: Quinina

De notar que apesar da comprovada ineficácia da cloroquina (CQ), a referida política preconizava o seu uso no tratamento da malária a nível da comunidade. Por esta razão, esse antimalárico (CQ) continua a fazer parte do kit C, destinado aos Postos de Saúde Comunitários.

Dada a polémica na qual a AQ se encontrava envolta, nomeadamente o facto de anos antes ela ter sido banida pela OMS por alegados efeitos adversos severos, aliado ao facto de se tratar dum análogo da CQ, facto que fazia antever resistência cruzada entre os dois fármacos, já pairava no seio da direcção do MISAU em 2002, a ideia de que a nova primeira linha seria interina até que o país estivesse em condições de adoptar uma primeira linha baseada numa Combinação Terapêutica contendo derivados da Artemisina (CTA).

Foi assim que em finais de 2004, por despacho de S. Excia o Ministro da Saúde na altura, voltou a ser alterada a 1^a Linha de tratamento da malária, passando o artesunato (AS) a substituir a AQ na combinação terapêutica de primeira linha, a qual passou a constar de AS+SP, mantendo-se a segunda e a terceira linha inalteradas. De referir que a introdução da nova primeira linha já vinha sendo feita com êxito e de forma gradual nos distritos da província do Maputo, no âmbito do IDEL.

Depois da aprovação da introdução da estratégia do TIP em finais de 2004, seguiu-se um período preparatório prolongado, que levou a que só no fim do primeiro trimestre de 2006, se finalizasse a produção dos instrumentos de apoio a introdução dessa estratégia no país. Actualmente, esta estratégia já está sendo oficialmente implementada em todo o país desde Maio do corrente ano, sendo o grau de implementação variável de província para província.

¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE: Despacho: Revisão da Política da Terapia Antimalárica em Moçambique. Maputo, Boletim da República, I Série, 23 de Outubro de 2002.

Actualmente, a capacidade diagnóstica da malária é limitada. Este facto deve-se tanto à uma rede laboratorial limitada como também e sobretudo, à exiguidade dos técnicos e agentes de laboratório para satisfazer a demanda imposta pelos utentes dos seus serviços.

Estima-se que mais de metade da população moçambicana vive a mais de 20 quilómetro da unidade sanitária mais próxima, o que revela que para a maioria da população rural, o acesso aos serviços formais de saúde é extremamente limitado. Deste modo, torna-se premente desenvolver e implementar a estratégia de manejo da febre na comunidade, em Moçambique. Outro problema que dificulta o máximo uso da rede sanitária por parte dos casos de malária, reside no facto da procura de tratamento para crianças com doenças febris depender do diagnóstico feito em casa e da reacção da criança ao tratamento experimentado. As igrejas, os profetas e curandeiros têm vindo a ser as principais fontes comunitárias para os cuidados de saúde para as doenças febris.

3.1.4. Análise SWOT em relação ao Diagnóstico e Tratamento em Moçambique

POTENCIALIDADES	FRAQUEZAS	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
Política e linhas de orientação de tratamento disponíveis,	Limitações orçamentais para a aquisição dos novos antimaláricos,	Grande apoio governamental e de Parceiros de Cooperação	Combinações avulsas de antimaláricos podem inviabilizar a implementação da terapia combinada e facilitar a disseminação da resistência aos antimaláricos em uso
	Baixa capacidade de operacionalização de novas políticas nas DPS e DDS	Grande apoio governamental na luta contra a malária, gratuidade dos antimaláricos e existência de coordenadores provinciais de Malária, TB/Lepra, ITS/HIV/SIDA	Verticalização dos programas
	Deficiente gestão de stocks à todos os níveis	Existência duma estrutura vertical na área farmacêutica	
Expansão da capacidade laboratorial	Agentes e Técnicos de Laboratório insuficientes	Introdução de testes rápidos diagnósticos	Abandono da microscopia
Formação regular do pessoal de saúde sobre AIDI e manejo de casos da malária.	Sobrecarga do pessoal de saúde Escassez de informação sobre a segurança das novas		

	combinações terapêuticas nas crianças e grávidas		
Introdução do TIP	Baixa capacidade de operacionalização de novas políticas nas DPS e DDS	A cobertura de consultas pré-natais é alta Existência de organizações interessadas em colaborar na Integração do TIP nos serviços de saúde reprodutiva	Risco de aumento do nível da resistência ao SP
Desenvolvimento duma nova estratégia de prevenção da malária na infância(TIPi) que poderá vir a ser implementada através do PAV	Estratégia ainda em desenvolvimento	Existência do PAV e de organizações interessadas em colaborar	Risco de aumento do nível da resistência ao SP
Tratamento da Malária na comunidade	Inexistência de consenso sobre o uso de medicamentos na comunidade	Existência de uma estratégia de envolvimento comunitário em estado avançado de desenvolvimento, Existência do AIDI comunitário	Sustentabilidade da estratégia
Monitorização regular da eficácia terapêutica	Poucas opções terapêuticas em caso de resistência	O uso correcto da combinação terapêutica poderá atrasar o surgimento da resistência	Ingestão incorrecta de antimaláricos pelos doentes Auto-medicação

3.1.5. Abordagens Operacionais

Durante a vigência deste documento estratégico serão priorizadas as seguintes acções:

- Melhorar o diálogo entre o PNCM, CMAM e os parceiros na planificação do orçamento dos antimaláricos e meios de diagnóstico,
- Priorizar a importação de combinações fixas ou co-embaladas de antimaláricos conforme as recomendações da OMS,
- Garantir que os planos de trabalho dos coordenadores provinciais da malária, HIV e tuberculose contemplem a rápida operacionalização das orientações sobre diagnóstico e manejo de casos de malária incluindo o TIP,
- Integrar as acções de controlo da malária dentro dos serviços e estruturas já existentes,
- Trabalhar em conjunto com o departamento farmacêutico para melhorar a gestão racional de stocks de antimaláricos e meios de diagnóstico,

- Introduzir e expandir os testes rápidos de malária e estabelecer critérios para o seu uso,
- Treinar o pessoal de saúde relevante para cada US no uso de testes rápidos de malária,
- Monitorização e supervisão regulares de manejo de casos,
- Manter a monitorização regular da eficácia terapêutica dos medicamentos antimaláricos,
- Actualizar a regulamentação relativa ao uso de antimaláricos no SNS no sector privado bem como na comunidade,
- Manter-se actualizados sobre os novos desenvolvimentos na área do diagnóstico e tratamento de malária, incluindo a possibilidade da introdução do TIPi através do PAV bem como a implementação da estratégia de manejo da febre na comunidade,
- Propor a actualização da regulamentação relativa ao uso de antimaláricos no SNS no sector privado bem como na comunidade
- Elevação da consciência sobre o uso da quimioprofilaxia para os viajantes não imunes, através do aumento de parcerias com outros sectores, com destaque para o do turismo

3.1.6. Custos

	MOEDA: USD				
ITEM	2006	2007	2008	2009	TOTAL
TRD	0	3,150,000	4,410,000	5,040,000	12,600,000
Medicamentos	0	9,769,953	9,769,953	9,769,953	29,309,859
Formação Continua	42,000	210,000	210,000	210,000	672,000
Supervisões	52,500	52,500	52,500	52,500	210,000
Total	94,500	13,182,453	14,442,453	15,072,453	42,791,859

3.1.7. Indicadores, linha de base e metas

INDICADOR	LINHA DE BASE 2001	META 2006	META 2007	META 2008	META 2009
Percentagem de crianças menores de 5 anos com febre que procura tratamento nas unidades sanitárias dentro das primeiras 24 horas após o início dos sintomas	17%-20%	25%	35%	50%	60%
Percentagem de crianças menores de 5 anos com malária não complicada tratadas de acordo com as normas de tratamento da malária vigentes no país, nas unidades	40%	60%	80%	95%	100%

sanitárias					
Percentagem de crianças menores de 5 anos com malária severa tratadas de acordo com as normas de tratamento da malária vigentes no país, nas unidades sanitárias	28%	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%
Percentagem de mulheres grávidas que recebem pelo menos uma dose de tratamento intermitente preventivo da malária (TIP) <u>dentre as utentes que vão a consulta pré-natal</u>	0%	50%	60%	70%	≥80%
Percentagem de unidades sanitárias com primeira linha de tratamento da malária	100%	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%
Percentagem de unidades sanitárias sem rupturas de stocks de antimaláricos da primeira linha por um período superior a uma semana nos últimos 3 meses	20%	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%
Percentagem de unidades sanitárias com meios diagnósticos de malária	8%	20%	80%	90%	95%
Número de testes rápidos de diagnóstico da malária distribuídos	0	500.000	5.000.000	7.000.000	8.000.000
Percentagem de casos de malária confirmados	20	20	30	40	60
Percentagem de unidades sanitárias com meios diagnósticos de malária	8%	20%	80%	90%	95%
Números de postos de controle de eficácia de medicamentos que realizam a sua monitorização regularmente (2 em 2 anos)	5	6	NA	6	NA
% de distritos com um sistema de farmacovigilância activo	8.9%	≥10%	≥20%	≥50%	≥80%
Percentagem de distritos não urbanos com pelo menos um Agente comunitário de saúde (ACS) ou outro tipo de activista comunitário formado em matéria de gestão de febres e diagnóstico da malária, de acordo com a nova política de tratamento nas comunidades remotas	1%	1%	10%	30%	40%
Percentagem de ACS / ou outro tipo de activista comunitário sem ruptura de stock de antimaláricos usados no tratamento da malária na comunidade por mais de uma semana nos últimos 3 meses	NA	0%	10%	30%	40%

3.2. Gestão Vectorial Integrada e Protecção Pessoal

3.2.1. Componentes Chave

A gestão vectorial integrada (GVI) incorpora uma variedade de intervenções de controle vectorial, seleccionadas com base nos factores locais que determinam a transmissão da doença, destacando-se as seguintes:

- O controlo larval através da gestão ambiental e métodos físicos, químicos e biológicos,

- A PIDOM
- O Uso de Redes Mosquiteiras Tratadas com Insecticidas (REMTI)

3.2.2. Fundamentação

A vantagem principal da Gestão Vectorial Integrada é a sua flexibilidade e possibilidade de combinar várias intervenções complementares ou aditivas, reduzindo deste modo o risco de fracasso da utilização de uma única intervenção.

A PIDOM é um dos métodos mais eficazes no controlo do mosquito vector da malária e é o método estratégico mais recomendado para situações de emergência. A PIDOM visa eliminar o mosquito adulto e a sua aplicação contínua pode resultar na redução do nível de transmissão da malária.

Vários estudos realizados em África sobre a eficácia do uso das REMTIs mostram que este é um método preventivo eficaz e pode reduzir a mortalidade infantil em aproximadamente 25%. Uma profunda análise de estudos feitos em África, provou que as redes mosquiteiras impregnadas reduzem episódios clínicos de malária em 48% e melhoram o estado de anemia em 0.5 g/dl em média (Lengeler, 1988).

O controlo larval do mosquito vector tem potencial para ser eficaz sempre que os criadouros alvo estejam bem definidos e sejam limitados em número, particularmente em centros urbanos.

3.2.3. Análise da situação

Moçambique tem uma longa história no uso da PIDOM, como um dos métodos de controlo vectorial. A PIDOM como estratégia, é geralmente considerada apropriada para lugares com grande densidade populacional a habitar em construções precárias (alta densidade - baixo rendimento) tais como, zonas sub e peri-urbanas das cidades e vilas. Em Moçambique, as áreas alvo têm vindo a ser principalmente os subúrbios das cidades e algumas vilas bem como áreas economicamente estratégicas, compreendendo menos de 20% do país. Contudo, o sucesso alcançado na redução de parasitêmias médias em crianças dos 9 – 15 anos em alguns distritos da província do Maputo, no contexto da Iniciativa de Desenvolvimento Espacial dos Libombos (IDEL), impeliu o Ministério da Saúde (MISAU), a iniciar uma experiência piloto de expansão da PIDOM para as zonas rurais na província da Zambézia, à semelhança do que acontece nas áreas cobertas pelo IDEL. Neste contexto, um programa abrangente de PIDOM iniciou no ciclo 2005/2006 na cidade de Quelimane e nos distritos de Nicoadala e Namacurra, prevendo-se a sua expansão para os distritos de Mocuba, Milange e Morrumbala no ciclo 2006/2007. Adicionalmente, graças ao financiamento do Fundo Global para Luta contra a Tuberculose, HIV/SIDA e Malária (Ronda 5), inicia no presente ano a expansão gradual da IDEL para a província de Gaza, iniciando este ano nos distritos de Chókwè, Guijá e Massingir e prevendo-se que venha a abranger a totalidade da província

até 2009. Espera-se que outras fontes de financiamento venham a permitir um aumento sustentado da cobertura da PIDOM no país.

Por enquanto, dado o esforço logístico e onerosidade que a PIDOM representa se ela for aplicada de forma abrangente e sustentada em todo o país, as redes mosquiteiras impregnadas têm vindo a ser o método de controlo vectorial mais importante nas áreas rurais ou de difícil acesso.

Até 1999, o uso das REMTIs era quase inexistente em Moçambique. No ano 2000, como parte integrante dos esforços de reabilitação das famílias afectadas pelas cheias, o Ministério da Saúde e a UNICEF distribuíram mais de 200.000 redes mosquiteiras impregnadas, dando início a grandes projectos de distribuição de redes mosquiteiras no país, ao que se sucederam outros de magnitude variável. Actualmente estima-se que desde 1999 só tenham sido distribuídas cerca de 1.650.000 REMTIs em todo o país, incluindo as 400.000 Redes Mosquiteiras Tratadas com Insecticidas de Longa Duração (REMTILs), financiadas pela Agência Canadiana para o Desenvolvimento Internacional (CIDA) e distribuídas em colaboração com a Cruz Vermelha de Moçambique (CVM) em Dezembro de 2005 nas províncias de Sofala e Manica. As províncias que têm actualmente projectos bem estabelecidos ou em pleno estabelecimento, de distribuição de redes mosquiteiras às mulheres grávidas e crianças através das consultas pré-natais, são as de Gaza, Inhambane, Tete, Zambézia e Cabo Delgado, a maioria em colaboração com a UNICEF. Mais recentemente, a Agência Espanhola de Cooperação Internacional (AECI), financiou através da UNICEF, a aquisição de cerca de 140.000 REMTIL que serão distribuídas gratuitamente às mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos na província do Niassa. Finalmente, a Agência Britânica para o Desenvolvimento Internacional (DFID), disponibilizou à ONG Malária Consortium um financiamento de cerca de 8 milhões de libras esterlinas destinadas a estabelecer um mercado sustentável de redes mosquiteiras no país, estando igualmente prevista a distribuição de redes mosquiteiras às mulheres grávidas através das unidades sanitárias. Este projecto iniciou na província de Inhambane em 2005 e deverá expandir-se no presente ano para as províncias de Nampula e Cabo Delgado. Muitas outras ONG's (com destaque para o PSI), têm estado a realizar vendas de redes mosquiteiras nas comunidades através do chamado "marketing" social e/ou outros mecanismos de venda.

Em Moçambique, existem esforços para apoiar o sector privado na venda de REMTI e REMTIL com o objectivo de apoiar o desenvolvimento de um mercado sustentável para estes produtos e ajudar a criar uma cultura de uso de redes através de campanhas de promoção das mesmas.

Até ao momento, a gestão ambiental não tem sido implementada de forma abrangente e sistemática no país. Esta actividade representa um grande desafio devido à natureza ubíqua dos locais de reprodução dos mosquitos no país.

Nestas condições, só um abrangente, efectivo e sustentado envolvimento comunitário e multi-sectorial, podem ter algum impacto na redução dos locais de reprodução dos mosquitos no país. Para além do próprio MISAU, dentre os sectores chave nesta área, destacam-se, os órgãos de administração local, o MINAG, o MICOA, o MOPH e o MINEC.

3.2.4. Análise SWOT em relação ao Controlo Vectorial em Moçambique

Potencialidades	Fraquezas	Oportunidades	Ameaças
Re-introdução do DDT	Gestão e Controlo de Stocks de insecticida nos armazéns periféricos	Grande apoio governamental	Roubos de insecticidas
PIDOM gratuita	Sustentabilidade da PIDOM,	Grande apoio governamental e de Parceiros de Cooperação	Desinformação acerca do DDT, Fraca colaboração por parte de alguns beneficiários
Descentralização das actividades de pulverização para os órgãos locais	Fraca capacidade técnica e logística das províncias e distritos alvo	Existência de coordenadores provinciais de Malária, TB/Lepra, ITS/HIV/SIDA	Verticalização do programa de controlo da malária
Existência de História de projectos de REMTI (MISAU, ONGs e sector privado)	Disponibilidade Limitada, fraca capacidade aquisitiva por parte do MISAU, baixa capacidade de distribuição e não existência de cultura de uso de REMTI, Documento detalhado da Política Nacional de Redes Mosquiteiras por aprovar	Grande apoio governamental e de Parceiros de Cooperação Uso da IEC para ajudar a criar a cultura de uso de REMTI, Existência dum rascunho de política nacional de redes mosquiteiras no país	Roubo de redes mosquiteiras, Desenvolvimento potencial da resistência dos mosquitos aos insecticidas
Redução de impostos sobre insecticidas e REMTI	Lentidão dos governos Africanos em materializarem as decisões de Abuja	Grande apoio governamental na luta contra a malária	

3.2.5. Abordagens Operacionais

Durante a vigência deste documento estratégico serão priorizadas as seguintes acções:

- Dar prioridade ao aumento significativo da cobertura da PIDOM nas zonas urbanas e peri-urbanas do país;
- Recorrer ao DDT para PIDOM à luz do estipulado pela convenção de Estocolmo;

- Recorrer a outros insecticidas aprovados pela OMS para PIDOM sempre que o DDT não seja indicado;
- Continuar a angariar apoios por forma a garantir um aumento sustentado da cobertura da PIDOM
- Consciencializar a comunidade por forma a aumentar a sua colaboração com as autoridades sanitárias nas áreas cobertas pela PIDOM;
- Mobilizar a comunidade e líderes locais por forma a denunciarem os traficantes de insecticidas usados pelo MISAU na PIDOM;
- Rever, reorganizar e reforçar a capacidade humana e logística (incluindo a gestão e controlo de stocks de insecticidas) provincial e distrital para a realização duma PIDOM de boa qualidade;
- Dar continuidade aos cursos anuais de formação/actualização sobre a PIDOM e REMTI;
- Intensificar a busca de financiamentos para garantir uma distribuição massiva e gratuita de REMTI à população rural do país quer através da consulta pré-natal para as mulheres grávidas quer através de campanhas comunitárias para as crianças menores de 5 anos. A prioridade será nas áreas sem pulverização (no primeiro ano, a prioridade será para as mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos nas áreas sem PIDOM; no segundo ano será para as mulheres grávidas e a população em geral nessas mesmas áreas; e finalmente, no terceiro ano, será para as crianças menores de 5 anos nas áreas com PIDOM e todas as mulheres grávidas do País.
- Reforço da parceria com ONGs e sector privado para garantir a massificação do uso de REMTI no país; (envolvendo os parceiros na procura e distribuição de REMTI)
- Sensibilizar o Ministério das Finanças para a remoção de taxas e tarifas alfandegárias sobre as REMTI por forma a torna-las mais acessíveis;
- Reforçar o controlo de roubos de REMTIs;
- Concluir o documento da Política Nacional de REMTIs
- Estimular a procura de REMTI, e encorajar o seu devido uso
- Promover a consciencialização do valor do tratamento das redes e aumentar a procura dos produtos de tratamento da mesmas através de educação com vista à mudanças de atitudes;
- Promover o uso de redes impregnadas de longa duração em zonas de difícil acesso;
- Promover o uso de outros métodos de protecção pessoal tais como repelentes de mosquitos, espirais e repelentes tradicionais (devidamente validados);
- Reforçar a parceria com outros ministérios (Planificação, Finanças, Educação e Cultura, Agricultura, Coordenação da Acção Ambiental, Obras Publicas, Transportes e Comunicações, Interior, Defesa, etc.), Municípios, ONGs, Sector Privado, Sociedade Civil, Imprensa,

Parceiros de Cooperação bi- e multi- lateral, na área de controlo vectorial em Moçambique;

- Mapear os principais criadouros dos mosquitos nos grandes assentamentos populacionais e classificar o seu potencial de receptividade às intervenções de controlo larval (gestão ambiental e uso de larvicidas);
- Avaliar o impacto da PIDOM e das redes mosquiteiras impregnadas na transmissão e morbi- mortalidade por malária;
- Realizar bio ensaios anual e monitorização bienal da susceptibilidade dos vectores aos insecticidas usados na PIDOM e nas REMTIs;
- Realizar estudos para determinar as espécies vectoriais e seu comportamento;
- Manter a vigilância mensal da densidade anofelina nas áreas cobertas pela PIDOM em colaboração com INS e outras organizações ;
- Manter o controlo do mercado dos insecticidas através do registo dos produtos insecticidas;

3.2.6. Custos

				MOEDA: USD	
ITEM	2006	2007	2008	2009	TOTAL
Insecticidas		11,038,353	16,148,996	16,918,519	44,105,868
Contentores		139,125	10,500	5,250	154,875
Compra de REMTIs		17,640,000	22,680,000	13,860,000	54,180,000
Distribuição e Promoção de REMTIs		5,880,000	7,560,000	4,620,000	18,060,000
Equipamento Pulverização		1,608,794	1,319,260	1,247,918	4,175,972
Transporte		3,919,100	877,580	785,215	5,581,895
Outros Consumíveis		763,371	794,655	813,131	2,371,157
Supervisores		41,617	43,058	43,761	128,436
Formação de Rociadores/supervisores		141,753	149,596	155,256	446,605
Mobilização Social		79,464	83,160	85,008	247,632
Honorários para PIDOM		1,047,234	1,110,435	1,160,498	3,318,167
Total		42,298,811	50,777,241	39,694,555	132,770,607

3.2.7. Indicadores, linha de base e metas

INDICADOR	LINHA DE BASE 2001	META 2006	META 2007	META 2008	META 2009
Número de Rociadores formados	980	1.806	2.800	3.080	3.080
Número de Casas Pulverizadas	754.000	1.600.000	2.500.000	2.750.000	2.750.000
Percentagem de casas pulverizadas nas áreas alvo	60%	80%	>80%	90%	90%
Percentagem de estruturas pulverizadas nas áreas alvo	60%	80%	>80%	90%	90%
População protegida através da	3.000.000	4.800.000	8.000.000	9.000.000	9.000.000

PIDOM nas áreas alvo				0	0
Percentagem da população protegida através da PIDOM no país	13%	25%	40%	45%	45%
Monitorização bienal da susceptibilidade dos mosquitos aos insecticidas	10	6	NA	6	NA
Número de províncias que realiza a monitorização anual da qualidade da pulverização (Bio ensaios)	3	NA	11	11	11
Número de REMTIs/REMTILs distribuídas		800.000	2.800.000	3.600.000	2.200.000
Percentagem de casas com mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos que possuem pelo menos uma REMTI em cada distrito sem pulverização	18	41%	85	90	≥95
Número de distritos rurais que tenham programas de distribuição de REMTIs/REMTILs através das US ou campanhas comunitárias a mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos	8	70	100	100	145
Percentagem de mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos que possuem pelo menos uma REMTI em cada distrito sem pulverização	11%	41%	>95%	>95%/%	>95%/%
Percentagem de crianças menores de cinco anos que dormem sob protecção de REMTIs nos distritos sem pulverização	11%	30%	80%	90%	95%
Percentagem de mulheres grávidas que dormem sob protecção de REMTIs nos distritos sem pulverização	1%	40%	90%	90%	95%
Percentagem da população protegida através das REMTIs no país (baseado no numero de redes distribuídas nos últimos 3 anos)	ND	28%	68%	68%	≥95%
Numero de locais com programas organizados para controlo de criadouros de mosquitos	3	4	11	11	11

ND-Não disponível

3.3. Promoção de Saúde e Mobilização Comunitária

3.3.1. Componentes Chave

A estratégia visa incrementar acções de sensibilização para a malária, utilização de informação, educação e comunicação (IEC), incluindo abordagem participativa, para elevar a consciencialização e influenciar mudanças de atitudes, bem como mobilizar activamente as comunidades afim de se tornarem parceiras envolvidas no controlo da malária. A estratégia inclui:

- Acções de sensibilização aos mais variados segmentos da sociedade Moçambicana para o controle da malária, como um problema de saúde pública

- Iniciativas de educação inovadoras e participativas que despertem a consciência individual, doméstica e comunitária sobre a malária e promover mudanças positivas de atitudes, no que diz respeito à protecção pessoal e a procura do tratamento
- Reforço das actividades baseadas na comunidade e explorar pontos de entrada que podem ser utilizados pelas comunidades para levar a cabo acções de prevenção de tratamento da malária.

3.3.2. Fundamentação

Para que a malária permaneça uma prioridade na saúde pública, é necessário exercer acções de sensibilização aos mais variados segmentos da sociedade Moçambicana. A participação activa da comunidade pode incrementar a eficácia dos esforços de controlo da malária e facilitar a sustentabilidade das intervenções.

3.3.3. Análise da situação

Muitos inquéritos têm vindo a revelar que os níveis de consciencialização sobre a transmissão da malária e os métodos para a sua prevenção e tratamento são muito baixos, particularmente no seio da população rural.

Em reconhecimento desta situação, o Ministério da Saúde, tem vindo a desenvolver uma estratégia de envolvimento comunitário para o controlo de doenças, visando acomodar todas as iniciativas abrangendo a comunidade bem como trabalhar com ONGs, organizações baseadas na comunidade e líderes tradicionais. As comunidades são parceiras fundamentais na promoção de melhores condições de saúde para si próprias. De salientar que o Governo aprovou um decreto (2000/15), que formaliza os líderes tradicionais como sendo a mais periférica autoridade na governação.

À escala nacional, celebram-se anualmente 2 dias de reflexão sobre a malária. Contudo, esforços consideráveis de sensibilização são ainda necessários, por forma a transformar a luta contra a malária numa prioridade nacional..

3.3.4. Análise SWOT em relação à Promoção de Saúde e Mobilização Comunitária

POTENCIALIDADES	FRAQUEZAS	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
Existência duma Unidade de Educação para a Saúde no MISAU	Não adaptação local dos materiais de IEC	Grande interesse que tem vindo a ser demonstrado por várias organizações da sociedade civil, ONGs, doadores, sector privado e outros sectores governamentais	Conflito de mensagens devido a fraca coordenação .
Dias da Malária de África e da SADC	Ausência duma comissão de	Interesse demonstrado por várias associações da sociedade civil, ONGs,	Incumprimento por parte de algumas ONGs, das

	planificação das celebrações	doadores e sector privado e outros ministérios governamentais,	actividades acordadas e financiadas pelo MISAU e seus parceiros
Estratégia de envolvimento comunitário e plano estratégico de comunicação do PNCM	Dificuldade em envolver todas as partes interessadas na planificação	Utilização de escolas, grupos de fé, etc., como pontos de entrada para as comunidades	Sustentabilidade do envolvimento comunitário

3.3.5. Abordagens Operacionais

Durante a vigência deste documento estratégico serão priorizadas as seguintes acções:

- Pré-testagem dos materiais de IEC nas comunidades alvo antes da sua promoção nessas mesmas comunidades,
- Estabelecer um mecanismo de coordenação de todas as actividades de IEC no país,
- Estabelecer uma comissão multi-sectorial de Comemoração dos dias de Malária
- Comemoração dos Dias de Malária para propiciar momentos de reflexão colectiva sobre a problemática da malária
- Implementação da estratégia de participação comunitária através da capacitação da comunidade nas áreas de saúde, saneamento do meio, etc.
- Identificar e trabalhar com os parceiros que podem facilitar o trabalho com as comunidades (por exemplo escolas, grupos religiosos, organizações baseadas na comunidade)
- Subcontratação de actividades específicas de promoção social para as organizações com a devida competência nesta área
- Avaliação da eficácia das estratégias e materiais de IEC

3.3.6. Custos

			MOEDA: USD		
ITEM	2006	2007	2008	2009	TOTAL
Finalização da Estratégia Nacional de Comunicação	21,000	0	0	0	21,000
Implementação da Estratégia de Manejo da febre na comunidade		10,500	10,500	10,500	31,500
Produção, testagem de materiais de IEC e disseminação	525,000	525,000	630,000	420,000	2,100,000
Total	546,000	535,500	640,500	430,500	2,152,500

3.3.7. Indicadores, linha de base e metas (por actualizar)

INDICADOR	LINHA DE BASE 2001	META 2006	META 2007	META 2008	META 2009
Percentagem de distritos que realizam acções organizadas de IEC(exemplo através de rádios comunitárias)	0%	0%	10%	20%	30%
Disponibilidade na unidade sanitária de material de IEC sobre a malária pré-testado e aprovado pelo MISAU	NA	>1%	60%	80%	90%
Disponibilidade nas escolas de material de IEC sobre a malária pré-testado e aprovado pelo MISAU	0%	0%	10%	30%	≥60%

3.4. Resposta de Emergência**3.4.1. Componentes Chave**

A resposta de emergência compreende:

- Capacidade para responder atempadamente aos surtos de malária e emergências, por forma a minimizar a sua magnitude, duração, morbidade e mortalidade a eles associados
- Preparação adequada em termos de planos de contingência, stocks de emergência e posicionamento prévio de artigos de controlo da malária (equipamento, insecticidas e medicamentos,)

3.4.2. Fundamentação

Moçambique tem uma certa susceptibilidade a surtos da malária como consequência das condições favoráveis resultantes da actividade ciclónica e cheias, tal como aconteceu em 2000 e 2001. O Programa Nacional de Controlo da Malária deve estar munido de capacidade para prever surtos epidémicos através da utilização dos dados de rotina do SIS e dados de previsão meteorológica. A preparação adequada em termos de planos de contingência distritais e provinciais, apoiados pelo posicionamento prévio de artigos de emergência são essenciais para a gestão de emergências.

3.4.3. Análise da situação

Em Fevereiro de 2000, chuvas torrenciais caídas na região austral de África causaram cheias enormes no sul de Moçambique, com 950.000 pessoas a precisarem de assistência humanitária. Até Abril de 2000, Aproximadamente 250.000 pessoas viviam em campos de deslocados nas zonas afectadas das províncias de Maputo, Gaza, Inhambane e Sofala. Uma situação semelhante ocorreu em finais de Janeiro do ano 2001, quando chuvas torrenciais causaram enormes cheias nas províncias da Zambézia, Tete, Manica e Sofala. As respostas à estas emergências incluíram a Pulverização Intra-Domiciliária (PIDOM) dos centros de acomodação, mudança temporária da política antimalária, distribuição de redes mosquiteiras impregnadas e uma vigilância activa nos postos sentinela.

O Instituto Nacional de Gestão de Calamidades (INGC) foi criado para coordenar, supervisionar e garantir a prontidão das respostas à situações de emergência.

O sistema das Nações Unidas em Moçambique possui também uma equipa de gestão de emergências. Depois das cheias de 2000 e 2001, planos de contingência têm vindo a ser elaborados.

3.4.4. Análise SWOT

POTENCIALIDADES	FRAQUEZAS	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
Colaboração com o INGC e a equipa de gestão de emergências do sistema das Nações Unidas.	As reacções e acções contra a epidemia da malária são realizadas apenas no MISAU	O INGC está consciente da necessidade de incluir nos seus planos de contingência, a prevenção de epidemias, incluindo a malária	Falta de pessoal treinado para gestão de emergências
Existência de Planos e Fundos de contingência (para aquisição de stocks de insecticidas, medicamentos e outros artigos essenciais)	Deficiente sistema de notificação de casos de malária (atrasos que impedem que o surto seja detectado precocemente)	Melhoria da capacidade da previsão meteorológica	Aumento da resistência do <i>plasmodium falciparum</i> ao SP, que vinha sendo a droga de eleição para as emergências

3.4.5. Abordagens Operacionais

Durante a vigência deste documento estratégico serão priorizadas as seguintes acções:

- Melhorar a coordenação entre o MISAU, Instituto Nacional de Gestão de Calamidades e o sistema das Nações Unidas em Moçambique na previsão e gestão de emergências,
- Melhorar a notificação de casos de malária por forma a prever ou detectar atempadamente os surtos de malária,
- Implementar um conjunto de intervenções chave de emergência concebidas para minimizar qualquer eventual aumento da malária, incluindo:
 - apoio operacional e logístico para situações de emergência da malária nas áreas afectadas pelas cheias.
 - planos de contingência, incluindo o posicionamento prévio de insecticidas, redes mosquiteiras, medicamentos e outros artigos básicos.

- Rápida implementação de actividades de controlo vectorial (destaque para as Fumigações e PIDOM em menos de um mês após a detecção do surto de malária)
- distribuição de as redes mosquiteiras impregnadas e outras medidas de protecção pessoal, incluindo uma componente educacional, nos primeiros seis meses após a detecção do surto de malária
- Angariação de apoios financeiros para fazer frente a surtos epidémicos de malária.
- Cursos de actualização em matéria de respostas à situações de emergências para o pessoal de saúde

3.4.6. Custos

ITEM	2006	2007	2008	MOEDA:	TOTAL
				USD	
Curso de actualização dos trab. Saúde em gestão emergência		21,000	21,000	21,000	63,000
Fundos de contingência		840,000	0	840,000	1,680,000
Total		861,000	21,000	861,000	1,743,000

3.4.7. Indicadores, linha de base e metas (por actualizar)

INDICADOR	LINHA DE BASE 2001	META 2006	META 2007	META 2008	META 2009
Número de províncias com planos para responder à situações de emergência,	0	100%	100%	100%	100%
Existência de canais endémicos distritais nas DPSs	0	50%	75%	100%	100%
Existência de Stock de Insecticidas, antimaláricos e outros artigos de emergência ao nível central	0	sim	sim	sim	sim
Existência de Plano Nacional e Actualizado de Contingência	0	sim	sim	sim	Sim

3.5. Gestão do Programa e Desenvolvimento de Sistemas

3.5.1. Componentes Chave

As componentes chave da gestão do programa e desenvolvimento de sistemas são:

- Coordenação das actividades de controle da malária e formação,
- Planificação, monitorização e supervisão das actividades,
- Revisão e avaliação periódicas das áreas específicas do programa e do impacto global do Programa Nacional de Controle da Malária,

- Reforço das parcerias existentes e criação de novas parcerias para fazer recuar a malária em Moçambique.

3.5.2. Fundamentação

Para que as acções de controlo da malária sejam devidamente implementadas em Moçambique, é necessário reforçar as parcerias até ao nível da comunidade. Há escassez, quer de mão-de-obra qualificada quer de recursos materiais a todos os níveis do Sistema Nacional de Saúde, situação que precisa de ser corrigida. Igualmente, o controle da qualidade e impacto das actividades de controlo da malária em todo o país deve ser mantido através da formação, supervisão e monitorização, bem como revisão e avaliação nacionais periódicas. As parcerias são relevantes para melhorar coordenação das actividades da iniciativa FRM. Para o efeito, o Programa Nacional de Controle da Malária precisa de envolver novos parceiros e reforçar as parcerias existentes.

3.5.3. Análise da situação

O Programa Nacional de Controlo da Malária foi criado como uma secção subordinada ao Gabinete de Epidemiologia e ao Departamento de Epidemiologia e Endemias e é uma componente da Repartição das Doenças Transmissíveis, que visa a implementação integrada de um conjunto de estratégias de controlo dessas doenças.

A equipe central do Programa Nacional de Controle da Malária é composta por 15 elementos, nomeadamente:

- Director do Programa (Médico)
- Assessor Clínico (Médico, a tempo parcial)
- Três supervisores nacionais das pulverizações (um técnico de medicina preventiva, um biólogo e um veterinário)
- Dois Entomologistas (biólogos)
- Dois assistentes de Entomologia
- Um oficial de Informação, Educação e Comunicação
- Uma supervisora nacional do diagnóstico laboratorial da malária (bióloga)
- Um gestor financeiro
- Um gestor de dados (técnico médio de informática)
- Uma secretária
- Um servente

A nível provincial, a implementação e coordenação da gestão dos serviços de saúde é da responsabilidade da Direcção Provincial de Saúde, mais concretamente do médico chefe provincial. O posto de coordenador provincial da Malária, ITS/HIV/SIDA/TB/Lepra, que acaba de ser criado, deverá apoiar e subordinar-se directamente ao médico chefe provincial. A nível distrital, a equipe distrital de saúde é responsável pela implementação e coordenação das actividades de controlo da doença.

O Programa Nacional de Controlo da Malária colabora activamente com outras áreas do Ministério da Saúde, particularmente com a Saúde Reprodutiva e com a estratégia de Manejo Integrado da Doenças da Infância (AIDI). O programa relaciona-se ainda com a Repartição de Educação para a Saúde Pública (RESP) e tem estreitas ligações com a Secção Laboratorial da Assistência Médica, com o Instituto Nacional de Saúde, para além da coordenação que mantém com o Departamento Farmacêutico e com praticamente todos os Departamentos do MISAU.

No ano 2005, foi criada a Comissão Nacional de Luta Contra a Malária (CNLM), como um órgão deliberativo liderado pelo Ministro de Saúde. O escopo de acção da CNLM inclui a direcção de políticas e estratégias relevantes para o Controlo da Malária em Moçambique; nomeadamente, Controlo Vectorial (incluindo, Redes Mosquiteiras e Pulverizações Intra domiciliárias), Manejo de Casos de Malária, Monitoria e Avaliação, Investigação Operacional e Informação, Educação e Comunicação (IEC). É uma comissão multi-disciplinar dentro do Ministério, composto por figuras de destaque na direcção do MISAU. Concretamente, fazem parte desta comissão, Clínicos Seniores, o Director do Programa Nacional de Controlo da Malária, os Directores dos Departamentos Farmacêutico, Administração e Gestão e Saúde da Comunidade, O Chefe da Repartição de Educação para a Saúde (RESP), o Director Científico do Instituto Nacional de Saúde e Representantes da área de Farmacologia da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane. Podem ser convidados às sessões da CNLM, representantes seniores de outros níveis do MISAU ou de outros sectores relevantes com destaque para Direcções Provinciais e Distritais de Saúde, Ministérios da Educação e Cultura, Agricultura, Indústria e Comércio, Coordenação para a Acção Ambiental e Finanças e representantes do sector privado que apoiam actividades de luta contra a malária. A CNLM apoia-se em grupos técnicos para cada uma das estratégias específicas em resposta a questões específicas. Estes grupos por sua vez, reportam à Comissão.

Para além da CNLM, existe um fórum de parceiros directamente envolvidos na luta contra a malária (**Comité Técnico de Coordenação da Luta contra a Malária**), o qual apoia na concepção de políticas e estratégias, assim como os aspectos operacionais relevantes para o Programa Nacional de Controlo da Malária. Os seus membros incluem a OMS, UNICEF, USAID, Malária Consortium, PSI, CISM, IDEL e INS.

As principais fontes de financiamento incluem, o OE, o PROSAÚDE e outras de natureza vertical das quais se destacam a USAID, o DFID, a AECI, a Cooperação Italiana e a OMS.

Moçambique é membro fundador da Iniciativa para o Desenvolvimento Espacial dos Libombos (IDEL), um programa tripartido de controle da malária que abrange Moçambique, Suazilândia, e África do Sul. A IDEL foi criada visando

proteger áreas de importância turística e económica, constituindo um bom exemplo do tipo de colaboração e coordenação contempladas pela Iniciativa FRM. Actualmente o IDEL actua em distritos da província do Maputo (6) com excepção de Matola e Manhiça, devendo expandir-se brevemente para a província de Gaza.

Na sequência dos resultados encorajadores alcançados pelo IDEL, o MISAU decidiu replicar parcialmente esta iniciativa na Zambézia. O objectivo visa não só acelerar o controlo da malária nesta província, mas também criar uma maior capacidade nacional de luta contra a malária, com vista a sua expansão aos outros pontos do país.

3.5.4. Análise SWOT

POTENCIALIDADES	FRAQUEZAS	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
Reformas estratégicas no sector de saúde,	Falta de recursos humanos qualificados a todos os níveis	-Grande apoio governamental	-Fracá motivação do pessoal
Directivas do Governo para o Sector Saúde	Atraso do país em relação as metas de Abuja	-Grande apoio governamental e dos parceiros de cooperação	Conflito de prioridades
Apoio sem precedentes das maiores agencias financiadoras	Limitada presença do sector privado no apoio ao sector de saúde	-Projecto da IDEL -Aumento de parceiros interessados em colaborar	Dificuldades na harmonização de estratégias com alguns parceiros.

3.5.5. Abordagens Operacionais

Durante a vigência deste documento estratégico serão priorizadas as seguintes acções:

- Reforçar a capacidade humana a todos os níveis em matéria de controlo da malária e elevar o nível de infra-estruturas e equipamentos sobretudo a nível provincial e distrital,
- Realizar acções de formação regulares para o pessoal da saúde,
- Apoiar continuamente a formação pré-serviço,
- Procurar formas inovadoras de incentivo ao pessoal,
- Mobilizar a vários níveis relevantes para o cumprimento integral da declaração de Abuja,
- Potenciar a integração dos programas de saúde por forma a reverter os conflitos de prioridades em potencialidades,
- Reforçar as parcerias existentes e estabelecer novas parcerias (incluindo o sector privado),
- Reforçar a colaboração regional no controlo da malária

- Garantir o pleno e regular funcionamento da CNLM bem como a colaboração com outros ministérios relevantes, tais como Educação, Agricultura, Coordenação da Acção Ambiental, com vista a coordenar acções inter-ministeriais
- Continuar a realizar a Reunião Anual da Malária
- Reforçar o papel do **Comité Técnico de Coordenação da Luta contra a Malária**
- Realizar uma avaliação do Programa Nacional de Controlo da Malária em 2006 e actualizar o plano estratégico

3.5.6. Custos

ITEM	2006	2007	2008	MOEDA:	TOTAL
				USD	
				2009	
Equipamento	33.600	28.000	29.400	30.870	121.870
Recursos Humanos	42.000	105.000	105.000	105.000	357.000
Formação	21.000	36.750	27.300	54.600	139.650
Reuniões do Programa	52.500	52.500	52.500	52.500	210.000
Consultorias	10.500	10.500	10.500	10.500	42.000
Total	159.600	232.750	224.700	253.470	870.520

3.5.7. Indicador, linha de base e metas (por actualizar)

INDICADOR	LINHA DE BASE 2001	META 2006	META 2007	META 2008	META 2009
Formação em trabalho do pessoal recrutado	0	50%	75%	100%	100%

3.6. Monitoria e Avaliação (Vigilância, Informação e Pesquisa)

3.6.1. Componentes Chave

Actualmente, a vigilância de rotina consiste na monitorização semanal dos casos de doentes externos e monitorização mensal dos casos de doentes internados nas unidade sanitárias. Esta estratégia deverá ser reforçada para assegurar:

- Que o sistema de vigilância semanal seja suficientemente sensível para detectar surtos de malária através do uso de canais endémicos mas também específico por forma a fornecer informação real sobre a eficácia das várias medidas de controlo da malária em curso,

- Que a vigilância mensal (rural e em hospitais gerais) seja suficientemente sensível para monitorizar o impacto das intervenções em termos de morbi-mortalidade por malária
- A recolha de informação das várias fontes rotineiras de informação, inquéritos e pesquisas operacionais para uma planificação baseada em evidência,

3.6.2. Fundamentação

O Sistema de Informação para a Saúde (SIS) é um importante instrumento, quer para medir o impacto das intervenções de controlo da malária quer para os processos de alocação de fundos e planificação. O sistema existente ainda precisa de ser melhorado, por forma a que seja obtida informação de qualidade em formato padronizado. Há necessidade de se elaborar e implementar uma agenda abrangente e relevante de pesquisa para garantir que a pesquisa operacional seja realizada, o que fornecerá informação de relevo para a planificação do programa, escolha de intervenções, alocação de recursos, etc.

3.6.3. Análise da situação

Só recentemente (em finais da década de 90) é que o sistema de vigilância epidemiológica em Moçambique começou a registar casos de doentes externos de malária das unidade sanitárias da periferia, sendo que o sistema ainda precisa de ser melhorado, por forma a que seja obtida informação de qualidade e em formato padronizado. Apesar da deficiente qualidade, os dados do SIS são utilizados para julgar o impacto das intervenções, bem como para apoiar no processo de planificação do programa.

Um programa de pesquisa operacional está já em curso, incluindo a testagem da eficácia dos medicamentos antimaláricos, testagem da susceptibilidade dos mosquitos vectores aos insecticidas, inquéritos periódicos de KAP, etc. Esta agenda precisa de ser alargada, por forma a assegurar as respostas adequadas e atempadas às questões essenciais para a gestão do programa.

3.6.4. Análise SWOT

POTENCIALIDADES	FRAQUEZAS	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
Existência do Sistema de Vigilância Integrada de doenças	Limitada utilidade do sistema de informação em saúde	-A reestruturação em curso do SIS e do sistema de Monitoria e Avaliação do MISAU -Disponibilidade da OMS em colaborar nessa actividade	Tendência vertical de alguns programas
Existência de postos sentinela para a monitorização da eficácia de algumas intervenções	Escassez de recursos humanos dedicados a esta actividade	Aumento de parceiros, interessados nesta actividade	Verticalização do programa
Existência de	Fraco diálogo entre as	Enfoque renovado na	Sobrecarga e fraca

capacidade de algumas instituições no país em matéria de pesquisa	instituições de pesquisa e os programas de controlo de doenças	necessidade de integração dos serviços	motivação do pessoal a nível mais periférico
	Ausência de base de dados sobre a pesquisa e actividades de avaliação	Existência de um gestor de dados no PNCM	Fraca vontade de colaborar por parte de alguns parceiros

3.6.5. Abordagens Operacionais

Durante a vigência deste documento estratégico serão priorizadas as seguintes acções:

- Em coordenação com o INS, melhorar o Sistema de Informação de Saúde e sua utilização para planificação baseada em factos
- Em colaboração com o INS, realizar inquéritos de base em 2006 (incluindo atitude de procura de tratamento, qualidade de manejo de casos) e cobertura das medidas de prevenção
- Em colaboração com o INS, identificar as prioridades de pesquisa e elaboração de uma agenda de pesquisa operacional racional que forneça informação para planificação e gestão do programa
- Em colaboração com o INS, manter a monitorização da eficácia dos medicamentos e dos insecticidas
- Definição de um guião de relatório dos parceiros implementadores
- Definição da periodicidade de submissão de relatórios ao PNCM

3.6.6. Custos

				MOEDA USD	
ITEM	2006	2007	2008	2009	TOTAL
Avaliação Anual de REMTIs	147.000	10.500	31.500	52.500	241.500
Inquéritos de base e Avaliação	472.500	52.500	577.500	63.000	1.165.500
Monitorização da resistência, insecticidas, medicamentos e fármaco-vigilância	21.000	157.500	367.500	157.500	703.500
Pesquisa operacional	31.500	52.500	63.000	78.750	225.750
Total	672.000	273.000	1.039.500	351.750	2.336.250

3.6.7. Indicadores, linha de base e metas (por actualizar)

INDICADOR	LINHA DE BASE 2006	META 2006	META 2007	META 2008	META 2009
% postos sentinela (H. Provinciais) que anualmente actualizam dados de base sobre o peso da malária (morbilidade e mortalidade)		≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
Número de postos sentinela que anualmente actualizam dados de base sobre a bionomia do vector e dinâmica da transmissão	6	6	6	6	6

4. Resumo dos Custos

ITEM	MOEDA: USD				
	2006	2007	2008	2009	TOTAL
3.1.5 Diagnóstico e Tratamento	94.500	13.182.453	14.442.453	15.072.453	42.791.859
3.2.5 Controlo Vectorial	0	42.298.811	50.777.241	39.694.555	132.770.607
3.3.5 Promoção e Mobilização Social Comunitária	546.000	535.500	640.500	430.500	2.152.500
3.4.5 Resposta de Emergência	0	21.000	861.000	861.000	1.743.000
3.5.5 Monitoria e Avaliação (Vigilância, Informação e Pesquisa)	672.000	273.000	1.039.500	351.750	2.336.250
3.6.5 Gestão do Programa	159.600	232.750	224.700	253.470	870.520
Total	1.472.100	56.543.514	67.985.394	56.663.728	182.664.736

5. Anexo 2: Resumo dos Indicadores Chave de Monitorização e Avaliação

5.1. Meta geral de impacto:

- Reduzir o peso da malária a metade (prevalência de parasitémia malárica e de letalidade), até 2015, em relação aos níveis observados em 2001 (40% - 80%), cumprindo dessa forma a Meta do Milénio relativa ao controlo da malária (vide declaração de política).

5.1.1. Metas específicas de Impacto

INDICADOR	LINHA DE BASE	LINHA DE	META 2010	META 2015	FONTE
-----------	---------------	----------	-----------	-----------	-------

	2001	BASE 2006			
1. <i>Redução da taxa de incidência da malária grave, em crianças de menos de 5 anos</i>	55/10.000		41 /10.000	22,5/10.000	SIS
2. <i>Redução da taxa de mortalidade proporcional por malária, em crianças de menos de 5 anos</i>	30%		22.5%	15%	SIS
3. <i>Redução da taxa de prevalência da parasitémia malárica em mulheres grávidas</i>	20%		15%	10%	Inquérito bi-anual na comunidade
4. <i>Redução em 25% e 50% da taxa de letalidade por malária em 2010 e 2015 respectivamente, em relação ao nível observado em 2006*, em mulheres grávidas</i>	ND				Inquérito bi-anual na unidade sanitária
5. <i>Redução da taxa de prevalência da parasitémia malárica na população dos 2 – 9 anos deste modo cumprindo a Meta do Milénio</i>	60%		45%	30%	Inquérito bi-anual na comunidade
6. <i>Redução da taxa de letalidade por malária entre os doentes internados</i>	7%		5%	3.5%	Inquérito bi-anual na unidade sanitária

*Baseline por determinar na avaliação do programa em 2006

5.1.2. Metas específicas de Cobertura de Serviços

INDICADOR	Linha de base 2001	Linha de base 2006	Meta 2006	Meta 2007	Meta 2008	Meta 2009	Fonte
Diagnóstico, Manejo de Casos e Fornecimento de Medicamentos							
Percentagem de crianças menores de 5 anos com febre que procura tratamento nas unidades sanitárias dentro das primeiras 24 horas após o início dos sintomas	17%-20%		25%	35%	50%	60%	Inquérito anual nas U. Sanitárias
Percentagem de crianças menores de 5 anos com malária não complicada tratadas de acordo com as normas de tratamento da malária vigentes no país, nas unidades sanitárias*	40%	56.7%	60%	80%	95%	≥95%	Inquérito anual nas U. Sanitárias
Percentagem de crianças menores de 5 anos com malária severa tratadas de acordo com as normas de tratamento da malária vigentes no país, nas unidades sanitárias*	28%	74.6%	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%	Inquérito anual nas U. Sanitárias
Percentagem de mulheres grávidas que recebem pelo menos uma dose de tratamento intermitente preventivo da malária (TIP) dentre as utentes das consultas pré-natais	0%		50%	60%	70%	≥80%	Inquérito anual nas U. Sanitárias
Percentagem de unidades sanitárias	100%		≥95% ²	≥95%	≥95%	≥95%	Inquérito anual nas

INDICADOR	Linha de base 2001	Linha de base 2006	Meta 2006	Meta 2007	Meta 2008	Meta 2009	Fonte
com primeira linha de tratamento da malária							U. Sanitárias
Percentagem de unidades sanitárias sem rupturas de stocks de antimaláricos da primeira linha por um período superior a uma semana nos últimos 3 meses*	20%	85%	≥95% ²	≥95%	≥95%	≥95%	Inquérito anual nas U. Sanitárias
Percentagem de unidades sanitárias com meios diagnósticos de malária	8%		20%	80%	90%	95%	Inquérito anual nas U. Sanitárias
Número de testes rápidos de diagnóstico da malária distribuídos*	0	0	500.000	5.000.000	7.000.000	8.000.000	Relatório laboratórios
Percentagem de casos de malária confirmados	0	20	20	30	40	60	Relatório laboratórios
Percentagem de unidades sanitárias com meios diagnósticos de malária		8%	20%	80%	90%	95%	Relatório laboratórios
Número de postos sentinela que realizam a monitorização da eficácia dos antimaláricos regularmente (2 em 2 anos)	5	6	6	NA	6	NA	Relatório PNCM
% de distritos com um sistema de farmacovigilância activo**	0%	8.9%	≥10%	≥20%	≥50%	≥80%	Relatório PNCM
Percentagem de distritos não urbanos com pelo menos um Agente comunitário de saúde (ACS) ou outro tipo de activista comunitário formado em matéria de gestão de febres e diagnóstico da malária, de acordo com a nova política de tratamento nas comunidades remotas***	1%	ND	1%	10%	30%	40%	Relatórios DPS
Percentagem de (ACS) / ou outro tipo de activista comunitário sem ruptura de stock de antimaláricos usados no tratamento da malária na comunidade por mais de uma semana nos últimos 3 meses***	NA	ND	0%	10%	30%	40%	Inquérito bi-anual na comunidade
Gestão Vectorial Integrada e Protecção Pessoal							
<i>Pelo menos 60% dos que correm risco de contrair malária possam beneficiar, até 2010, da combinação mais adequada de medidas de protecção pessoal e colectiva; incluindo a PIDOM, RMTI e outras intervenções que sejam acessíveis e de baixo custo,</i>							
Número de Rociadores formados*	980	1.806	1.806	2.800	3.080	3.080	Relatório PNCM
Número de Casas Pulverizadas*	754.000	1.600.000	1.600.000	2.500.000	2.750.000	2.750.000	Relatório PNCM
Percentagem de casas pulverizadas nas áreas alvo	60%	80%	80%	>80%	90%	90%	Relatório PNCM
Percentagem de estruturas pulverizadas nas áreas alvo	60%	80%	80%	>80%	90%	90%	Relatório PNCM
População protegida através da PIDOM nas áreas alvo	3.000.000	4.800.000	4.800.000	8.000.000	9.000.000	9.000.000	Relatório PNCM
Percentagem da população protegida	13%	25%	25%	40%	45%	45%	Relatório

INDICADOR	Linha de base 2001	Linha de base 2006	Meta 2006	Meta 2007	Meta 2008	Meta 2009	Fonte
através da PIDOM no país							PNCM
Monitorização bienal da susceptibilidade dos mosquitos aos insecticidas	NA	6	NA	6	NA	6	Relatório da actividade
Número de províncias que realizam a monitorização anual da qualidade da pulverização (Bio ensaios)	3	NA	NA	11	11	11	Relatório PNCM
Número de REMTIs/REMTILs distribuídas*		800.000	800.000	2.800.000	3.600.000	2.200.000	Relatório PNCM/Países
Percentagem de casas com mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos que possuem pelo menos uma REMTI em cada distrito sem pulverização		18	41%	85	90	≥95	Inquérito bi-anual na comunidade
Número de distritos rurais que tenham programas de distribuição de REMTIs/REMTILs através das US ou campanhas comunitárias a mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos	8	70	70	100	100	145	Relatório PNCM/Países
Percentagem de mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos que possuem pelo menos uma REMTI em cada distrito sem pulverização		18%	41%	>95%	>95%	>95%	Inquérito bi-anual na comunidade
Percentagem de crianças menores de cinco anos que dormem sob protecção de REMTIs nos distritos sem pulverização	11%	15%	30%	80%	90%	95%	Inquérito bi-anual na comunidade
Percentagem de mulheres grávidas que dormem sob protecção de REMTIs nos distritos sem pulverização	1%	ND	40%	90%	90%	95%	Inquérito bi-anual na comunidade
Percentagem de mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos que possuem uma REMTI no país (baseado no numero de redes distribuídas nos últimos 3 anos)			28%	68%	68%	95%	Relatório PNCM/Países
Numero de locais com programas organizados para controlo de criadouros de mosquitos	3	3	4	11	11	11	Relatório PNCM
Promoção de Saúde e Mobilização Comunitária							
Percentagem de distritos que realizam acções organizadas de IEC (exemplo através de rádios comunitárias)	0%	0%	0%	10%	20%	30%	Inquérito bi-anual na comunidade
Disponibilidade na unidade sanitária de material de IEC sobre a malária pré-testado e aprovado pelo MISAU	NA	ND	>1%	60%	80%	90%	Inquérito anual na U. Sanitária
Disponibilidade nas escolas de material de IEC para professores sobre a malária pré-testado e	0%	ND	0%	10%	30%	≥60%	Inquérito bi-anual na comunidade

INDICADOR	Linha de base 2001	Linha de base 2006	Meta 2006	Meta 2007	Meta 2008	Meta 2009	Fonte
aprovado pelo MISAU							de
Reposta de Emergência							
Número de províncias com planos para responder à situações de emergência,	0	0%	100%	100%	100%	100%	Relatório DPS
Existência de canais endémicos distritais nas DPSs	0	0%	50%	75%	100%	100%	Relatório DPS
Existência de Stock de Insecticidas, antimaláricos e outros artigos de emergência ao nível central	0	0%	sim	sim	sim	sim	Relatório PNCM
Existência de Plano Nacional e Actualizado de Contingência	0	0%	sim	sim	sim	sim	Relatório PNCM
Gestão do programa e desenvolvimento dos sistemas							
Formação em trabalho do pessoal recrutado	0		50%	75%	100%	100%	Relatório PNCM
Monitoria e Avaliação (Vigilância, Informação e Pesquisa)							
% postos sentinela (H. Provinciais) que anualmente actualizam dados de base sobre o peso da malária (morbilidade e mortalidade)			≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	Relatório do SIS
Número de postos sentinela que anualmente actualizam dados de base sobre a bionomia do vector e dinâmica da transmissão		6	6	6	6	6	Relatório PNCM

*Indicadores que devem ser reportados anualmente para o Fundo Global

**Aproveitar as potencialidades da integração com o programa do HIV/SIDA e Tuberculose

***No contexto da implementação da estratégia de envolvimento comunitário