



REPUBLICA DA GUINÉ-BISSAU  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
**DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE**  
DIRECÇÃO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE  
**PROGRAMA NACIONAL DE LUTA CONTRA O PALUDISMO**

**PLANO ESTRATEGICO NACIONAL  
FAZER RECUAR O PALUDISMO NA GUINE-BISSAU  
2006 - 2010**



Julho 2006

## SUMARIO

Pag.

Siglas e abreviações.....	4
Resumo.....	5
Objectivos específicos.....	6
INTRODUÇÃO.....	7
CAPITULO PRIMEIRO: APRESENTAÇÃO DA GUINE- BISSAU .....	8
1.1 Generalidades.....	9
1.1.1-Apresentação do país	
1.1.2-Situação geográfica, relevo e clima	
1.1.3-Demografia	
1.1.4-Dados sócio-económicos	
1.2 Apresentação do sector da saúde.....	10-13
- Nível central	
- Nível regional	
- Nível local	
- Programa Nacional de Luta Contra o Paludismo	
- Sistemas de apoio	
- Direcção Serviços farmacêuticos	
- Central de Compras de Medicamento (CECOME)	
- Laboratório Nacional de Saúde Pública (LNSP)	
- Projecto Saúde Bandim (PSB)	
- Sistema Nacional de Informação Sanitária (SIS)	
- Financiamento do sector da saúde	
CAPITULO SEGUNDO : SITUAÇÃO DE LUTA CONTRA O PALUDISMO.....	14
2.1 Epidemiologia.....	15-16
- Situação actual de luta contra o paludismo	
- Tratamento precoce e correcto	
- Luta anti-vectorial	
- Tratamento preventivo e intermitente na Gravida	
2.2 Lições tiradas da implementação do Plano Estratégico 2001 - 2005 .....	16-18
2.3 Análise dos determinantes da avaliação do plano estratégico.....	19-22
CAPITULO TERCEIRO : PLANO QUINQUENAL 2006 – 2010 .....	23
3.1 Quadro lógico .....	24-25
3.2 Propósitos, Objectivos e Resultados Esperados.....	26-27
3.3 Quadro Estratégico da luta contra o paludismo .....	28
3.4 Modalidades e implementação das principais estratégias	
3.4.1 Implementação das intervenções de luta contra o paludismo	
3.4.2 Pacote das intervenções integradas .....	28-30
3.4.3 Intervenções de apoio	
3.4.4 Seguimento da performance e avaliação do impacto	
3.5 Pacote das intervenções integradas .....	31-35
3.5.1 Manejo de casos de paludismo simples e grave	
3.5.2 Prevenção do paludismo nas mulheres grávidas	
3.5.3 Luta antivectorial, gestão do ambiente e saneamento de base	
3.6. Intervenções de apoio.....	36-39
3.6.1 Gestão do Programa de luta contra o Paludismo	
3.6.2 Mobilização e gestão dos recursos (humanos, financeiros, materiais e inclusão da gestão de compras e aprovisionamento)	
3.6.3 IEC, CMC e Mobilização social	
3.6.4 Coordenação da parceria	
3.7 Seguimento da performance e avaliação do impacto .....	40-47
3.7.1 Seguimento/supervisão	
3.7.2 Avaliação	

3.7.3	Pesquisa operacional	
3.7.4	Enquadramento do sistema de M&A	
3.7.5	Principais indicadores para seguimento e avaliação	
CAPITULO IV – REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....		48
4.1	Notas bibliográficas.....	49
CAPITULO V - ANEXOS .....		50
5.1	Diagrama dos problemas.....	51-53
5.2	Plano da implementação 2006 – 2010.....	54-73
5.3	Lista das pessoas que contribuíram na elaboração do plano estratégico.....	74

## SIGLAS E ABREVIACOES

TCA	:	Terapêutica combinada a base de artimisinina
AGMS	:	Agência Guineense de Marketing Social
CMC	:	Comunicação da mudança de comportamento
CCM	:	Mecanismo de Coordenação de Fundo Mundial a nível do país
DCPS	:	Direcção dos Cuidados Primários de Saúde
DHE	:	Direcção de Higiene e Epidemiologia
DIECS	:	Direcção de Informação, Educação e Comunicação para a Saúde
DGSP	:	Direcção Geral da Saúde Pública
DRS	:	Direcção Regional de Saúde
DSF	:	Direcção de Serviços Farmacêuticos
ENS	:	Escola Nacional de Saúde
FMSTP	:	Fundo Mundial para o Sida, a Tuberculose e o Paludismo
FRP	:	Fazer Recuar o Paludismo
GFATM	:	Global Fund for Aids, Tuberculosis and Malaria
IEC	:	Informação, Educação e Comunicação
INDE	:	Intercooperação e Desenvolvimento
LAV	:	Luta anti vectorial
LNSP	:	Laboratório Nacional de Saúde Pública
MII	:	Mosquiteiro Impregnado de Insecticida
MIILD	:	Mosquiteiros impregnados de insecticida de longa duração
MINSAP	:	Ministério da Saúde Pública
OMS	:	Organização Mundial da Saúde
PAV	:	Programa Alargado de Vacinação
PLAN-G.B	:	Plan Guiné-Bissau
PNLP	:	Programa Nacional de Luta Contra o Paludismo
SF	:	Saúde de Família
SP	:	Sulfadoxina Pirimtamina
TDR	:	Testes de Diagnóstico Rápido
TPI	:	Tratamento Preventivo Intermitente
TVGB	:	Televisão da Guiné-Bissau
UNDP	:	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
UNFPA	:	Fundo das Nações Unidas para a População
UNICEF	:	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USC	:	Unidade de Saúde Comunitária
FFOA	:	Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças
M\$E	:	Monitoramento e Avaliação
CPN	:	Consulta Pré-natal

## RESUMO

A Iniciativa « Fazer Recuar o Paludismo », movimento mundial ao qual a Guiné-Bissau aderiu em 2000 levou a um aumento do interesse pela luta contra o paludismo em todo o país no decurso dos últimos quatro anos. Assim depois de ter participado na Conferência de Abuja, o país fez colecta de dados de base no quadro da análise da situação do paludismo no país. Por conseguinte o primeiro Plano Estratégico foi elaborado para o período de 2001-2005 e tinha por finalidade atingir os objectivos de Abuja.

Depois de uma avaliação externa realizada em Dezembro de 2005, foi constatada uma melhoria geral das performances em matéria de luta contra o paludismo:

- 60,0% das crianças que tiveram paludismo/febre foram correctamente tratadas na comunidade nas 24 horas que se seguiram ao aparecimento dos sintomas contra 15% em 2001 ;
- 80,0% das crianças que tiveram paludismo foram correctamente tratadas nas Formações Sanitárias s contra 38,0% em 2001 ;
- 82,0% das crianças com paludismo grave foram correctamente tratadas nas Formações Sanitárias n contra 29,0% em 2001 ;
- 74,8% das crianças menores de 5 anos dormiam sob um mosquiteiro impregnado contra 4,7% em 2001
- 65,0% das grávidas dormiam sob um mosquiteiro impregnado contra 8,0% em 2001
- 52,0% das grávidas fizeram Tratamento Preventivo Intermitente (TPI) a Sulfadoxina Pirimetamina nas mulheres grávidas contra 23,0% de quimioprofilaxia à Cloroquina em 2001.

O acesso do país a 4ª ronda do Fundo Mundial de uma parte e de outra parte o Projecto Holandês de apoio ao TPI e a promoção de Mosquiteiros Impregnados de Insecticida permitiu a aceleração das intervenções no decurso da segunda metade do ano 2004 até ao fim do quinquénio.

Apesar dessas performances, existe um certo numero de obstáculos/fraquezas e de constrangimentos/ameaças ligados aos seguintes domínios : manejo dos casos, prevenção do paludismo nas grávidas, a luta antivectorial, gestão do ambiente e saneamento do meio, Informação Educação e Comunicação/Mobilização Socia ( IEC), seguimento/avaliação e pesquisa.

Entre estes problemas, podemos citar :

- Atraso na implementação da nova política de tratamento do paludismo simples com os TCA ;
- Insuficiência na implementação a nível nacional do TPI ;
- Fraca integração das intervenções de luta contra o paludismo (prevenção) ao nível descentralizado;
- O PNLP não dispõe de entomologista ;
- O PNLP não dispõe de política de promoção dos MII ;
- Insuficiência da implementação da vertente IEC/CMC
- Apesar dos engajamentos das autoridades nacionais, não existe nenhuma visibilidade do programa.
- Dificuldade em mobilizar os parceiros de desenvolvimento na Guiné-Bissau /falta de coordenação
- Insuficiência do sistema de Seguimento e Avaliação
- A pesquisa não constitui uma prioridade a nível central
- Inexistência de um plano intersectorial da promoção da pesquisa operacional

O novo Plano Estratégico Nacional faz parte dos factores determinantes para alcançar os objectivos de Abuja, apoiando-se nas forças e nos sucessos obtidos que contribuirão para a diminuição dos factores de estrangulamento e na exploração das oportunidades a fim de reduzir até 2010 o fardo do paludismo em 50%.

Tem como **objectivo geral** reduzir a morbilidade e a mortalidade devido ao paludismo em 50% até 2010 contribuindo desta forma para a melhoria do estado da saúde da população da Guiné-Bissau

### **Os objectivos específicos são :**

- Aumentar de 75,0% à 85,0%, a taxa de cobertura e de utilização do MII nas crianças menores de 5 anos, até 2010 ;
- Aumentar de 65,0% à 85,0%, a taxa de cobertura e de utilização do MII nas grávidas , até 2010;
- Tratar 80% dos casos de paludismo simples com TCA nas estruturas sanitarias do país conforme as directrizes nacionais ;
- Tratar 55,0% de casos de paludismo simples com os TCA a nível comunitário conforme as directrizes nacionais;
- Tratar 90% de casos de paludismo grave a nível hospitalar conforme as directrizes nacionais;
- Aumentar de 52,0% à 65,0% a taxa de cobertura em TPI 2 conforme as directrizes nacionais.

### As vertentes estratégicas retidas:

- Melhoria do manejo de casos de paludismo simples através da utilização dos TCA a todos os níveis;
- Melhoria do manejo de casos graves de paludismo;
- Reforço das capacidades dos actores a todos os níveis ;
- Reforço dos equipamentos e materiais diversos;
- Aprovisionamento em SP a todos os níveis da pirâmide sanitária;
- Reforço da capacidade dos técnicos em TPI ;
- Formação dos técnicos em IEC/CMC;
- Reforço de IEC/CMC junto da comunidade;
- Estabelecimento de mecanismo de integração das actividades de luta contra o paludismo a nível descentralizado;
- Colocação à disposição do PNLP de um entomologista;
- Elaboração de um documento de política nacional de luta contra o paludismo ;
- Advocacia junto dos parceiros.

A implementação destas estratégias será baseada na integração das actividades e da parceria a todos os níveis.

Um plano de implementação foi elaborado em via de operacionalização do presente quinquénio com a implicação dos prestadores dos níveis descentralizados.

Durante a primeira fase deste plano, de 2006 até fins de 2008, será implementada a escala de todo o país todas as intervenções com vista a obter o impacto procurado para 2010.

## INTRODUÇÃO

Na sua declaração política, o Estado da Guiné-Bissau reconheceu a saúde como base de desenvolvimento durável e como um investimento precioso para as futuras gerações. A política nacional da saúde articula-se à volta do princípio dos Cuidados Primários da Saúde. Apesar das limitações orçamentais, o Estado estabeleceu as prioridades e adoptou uma política na qual o principal instrumento é o Plano de Desenvolvimento Sanitário. O objectivo deste plano é de contribuir para a melhoria da situação socio-económica e do bem-estar da população. Este passa pelo reforço do sistema da saúde a todos os níveis, a colaboração intersectorial e a promoção da saúde.

O paludismo constitui o primeiro problema de saúde pública na Guiné – Bissau. É uma doença endémica de transmissão estável e de prevalência elevada. O paludismo é a primeira causa de morbilidade e de mortalidade geral e, sobretudo, nas crianças menores de 5 anos. Mais de 50% da solicitação dos serviços de saúde ao nível do país durante o ano, é devido ao paludismo.

As autoridades da Guiné-Bissau estão conscientes do grande desafio que constitui o paludismo para o desenvolvimento do país já confrontado com os diferentes obstáculos. Assim as autoridades aderiram a todas as iniciativas ao qual o paludismo foi o objecto desde a histórica reunião de Amsterdão (Outubro, 1992) até a cimeira africana de Abuja em Abril 2000.

O primeiro plano estratégico de luta contra o paludismo foi desenvolvido depois da Cimeira de Abuja em Abril 2000. Este plano foi precedido de uma análise de situação e mais tarde pela colecta de dados de base de seguimento e avaliação. Os dados foram colectados com a ajuda de questionários estruturados, entrevistas e discussões de grupo sem esquecer as observações directas de prestadores de serviços. Este primeiro plano cobre o período de 2001 – 2005.

As principais intervenções baseavam-se no manejo de casos, na prevenção, incluindo a promoção de mosquiteiros impregnados, a quimio-profilaxia e o tratamento intermitente preventivo, saneamento do meio, de uma parte, e a pesquisa operacional, a parceria, IEC, seguimento e avaliação, de outra parte.

A avaliação, do plano estratégico, realizada em Dezembro 2005 permitiu notar uma melhoria dos indicadores em geral e em particular nas crianças menores de 5 anos e grávidas. Se o número de novos casos passou de 202.379 em 2001 a 187.910 em 2005, trata-se de um ligeiro declínio na tendência que poderá ser mais sensível daqui a 2010.

Apesar dos recursos limitados, a Guiné-Bissau inscreve-se no primeiro grupo de países que alcançarão os objectivos do FRP para 2010 e os OMD (Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento).

As autoridades estão conscientes que as duas maiores estratégias deverão ser desenvolvidas. Trata-se de:

- Implementar em todo o país as intervenções de luta contra o paludismo, com vista a obter impacto,
- A tomada de consciência individual e comunitária.

O presente plano estratégico nacional, Fazer Recuar o Paludismo foi elaborado na base dos resultados do plano precedente. Assim, a partir das forças e oportunidades são propostas estratégias para aplanar as fraquezas, os estrangulamentos utilizando todos os .

O plano estratégico é ilustrado por um plano de implementação para o período de 2006 – 2010. Anualmente, um plano operacional detalhado permitirá a todos os actores e parceiros de luta contra o paludismo na Guiné-Bissau implicarem-se eficazmente.

**CAPITULO PRIMEIRO**  
**GENERALIDADES SOBRE A GUINE BISSAU**



# I – GENERALIDADES

## 1.1. Apresentação do país

### 1.1.1. Situação geográfica, relevo e clima



Situada entre Senegal e Guiné- Conakry, a Guiné-Bissau tem uma superfície total de 36.125 km<sup>2</sup>.

As marés penetram cerca de 150 km no interior, o que faz com que certas regiões sejam de difícil acesso, situação agravada no período das chuvas. O país é constituído de uma parte continental e outra insular. O Arquipélago dos Bijagós é composto de 88 ilhas e ilhotas, no qual 20 são habitadas.

Podemos identificar essencialmente três zonas :

- Uma zona costeira a Oeste ;
- Uma zona de transição ao centro caracterizada por um relevo ligeiramente ondulado; e
- Uma zona de planalto e de colinas na região de Boé. A topografia favorece a existência de duas zonas de alta potencialidade produtiva: zonas influenciadas pelas marés e zonas rodeadas de grandes bacias dos rios Geba e Corubal.

O clima é caracterizado como sendo trópico equatorial do tipo marginal. As estações do ano são duas: a das chuvas que vai de Maio à Outubro, com precipitação variando de 1.250 a 2.750mm de pluviosidade por ano e a estação seca que estende de Novembro à Abril.

A temperatura média anual é de 26°C, sendo a máxima mensal verificada entre os meses de Abril e Maio e que pode atingir os 35°C. A temperatura mínima mensal ocorre em Janeiro podendo baixar até aos 15°C.

A média anual da humidade relativa é de 76,2%, com variações entre 52,6% em Janeiro e 86% em Agosto.

### 1.1.2. Demografia

Com base no recenseamento de 1991, a população em 2006 é estimada a 1.357.244 de habitantes e a taxa de crescimento anual é de 2,3%. A densidade demográfica é de 30 habitantes por km<sup>2</sup>. A esperança de vida a nascença é a mais baixa do continente africano: 47 anos para as mulheres e 46 anos para os homens.

Culturalmente, observamos dois principais grupos : os animistas, que predomina as zonas costeiras e os muçulmanos a zona Este do país. Entre os animistas, o grupo mais importante é representado pelos Balantas, principal grupo étnico do país. Os Fulas, os Manjacos, os Mandingas e os Papeis constituem outros grupos étnicos importantes. A diversidade étnica traduz-se pela existência de um mosaico linguístico contendo uma trintena de línguas. O crioulo actualmente é considerado como uma língua veicular, falada por mais de 50% da população.

### 1.1.3. Dados sócio – económicos

A Guiné-Bissau pertence aos países em vias em desenvolvimento cujo PIB é de 135US\$ por habitante (Rapport National sur le Developpement Humain en Guiné-Bissau, PNUD, 2003. O Relatório Mundial sobre o Desenvolvimento Humano de 2006 coloca a Guiné-Bissau no 173 lugar num total de 177 países.

O sistema de produção na Guiné-Bissau é um sistema de sobrevivência que visa garantir um rendimento mínimo á família. Assim, as principais actividades são a agricultura, a criação de gado e a pesca. A agricultura é a base da economia. Ela fornece 45% do PNB, 82% de emprego e 80% das exportações. Os principais produtos de exportação são a castanha de caju, a madeira e o pescado. A exploração do fosfato, do bauxite e do petróleo poderá contribuir para o desenvolvimento do país no futuro.

Os dados económicos acima mencionados demonstram o quão é difícil o país financiar a luta contra o paludismo, tanto as actividades de prevenção como as actividades ligadas ao tratamento com TCAs.

## **1.2. Apresentação do sector da saúde**

O Sistema Nacional de Saúde é composto pelo sector público e privado. Distingue-se no Sistema público 3 níveis : central, regional e local

### **1.2.1. Nível Central**

A nível central o Ministério da Saúde Pública é responsável pela gestão global das actividades em prol da saúde : por um lado há a elaboração de políticas e estratégias , a regulamentação e fiscalização das actividades,, a mobilização e coordenação da ajuda externa e por outro lado distingue-se a orientação técnica e o apoio operacional e logístico para os diferentes programas e actividades sanitárias. No plano de prestação de cuidados existe o hospital nacional Simão Mendes que oferece cuidados ditos terciários no contexto da Guiné-Bissau.

Outras estruturas de referencia no Sistema Nacional de Saúde são: a Central de Compras de Medicamentos Essências Genéricos (CECOME), o Laboratório Nacional de Saúde Publica (LNSP), o Hospital de Pneumologia “Santo Egidio”.

### **1.2.2. Nível Regional**

O nível intermediário, chamado nível regional, tem como função a tradução de políticas nacionais em estratégias operacionais.

A divisão em Regiões Sanitárias segue a divisão administrativa com excepção feita pelas regiões administrativas de Bolama/Bijagós e Cacheu/S.Domingos que estão subdivididas em 2 regiões sanitárias. Em 1994 foi criada a Direcção do Sector Autónomo de Bissau, equiparada as Direcções Regionais de Saúde. No total existem 11 regiões sanitárias

Existem no total 4 hospitais regionais (Canchungo, Gabú, Bafatá e Catió) que constituem o primeiro nível de referência nas regiões.

### 1.2.3. Nível Local

O nível local é o nível operacional no qual o seu papel é de efectuar o « pacote mínimo das actividades » previsto como primeiro degrau de cuidados primários de saúde.

Este nível é caracterizado pelas estruturas de prestação de cuidados como os Centro de Saúde A, B ou C, os Postos de Saúde e ao nível comunitário e as Unidades de Saúde Comunitária (USC)

A nível local o país está subdividido em 114 Áreas Sanitárias , cada uma delas tem um centro de saúde.

A nível das tabancas existem 701 Unidades de Saúde de Base, mas somente 466 são funcionais.

Existem vários programas técnicos, que são administrados a nível central e executados a nível local. Um destes programas é o Programa Nacional de Luta contra o Paludismo que é integrado nos Cuidados Primários de Saúde.

### 1.2.4. Programa Nacional de Luta contra o Paludismo

O PNLP tem por missão definir as orientações estratégicas e coordenar as acções de luta contra o paludismo em todo o país .

O PNLP , como todos os outros programas chamados “verticais”, é administrado a nível central por um Director e um adjunto. Alem destes técnicos fazem parte do staff do programa mais um técnico , uma secretária e um motorista.

Para o reforço do programa prevê-se a afectação de mais técnicos entre os quais um entomologista. Nas regiões os responsáveis pelas grandes endemias constituem as antenas do PNLP.

Desde 2001 o PNLP tem tido apoio técnico permanente de uma “national professional officer ” (assistente técnica nacional ) no quadro da colaboração com a OMS.

O Programa está instalado no Ministério de Saúde, em duas salas pequenas o que reduz a sua visibilidade junto dos parceiros. Não existe uma sala de reunião própria para os três programas que constituem as Grandes Endemias, não tem biblioteca que facilite a consulta de outros sectores.

### 1.2.5. Sistemas de apoio

Aprovisionamento de medicamentos essenciais genéricos: segundo o Plano Nacional do Desenvolvimento Sanitário o ciclo de aprovisionamento de medicamentos essenciais comporta as funções de selecção, aquisição, armazenamento, distribuição , utilização e a gestão destas funções. A gestão é

assegurada pela Direcção dos Serviços Farmacêuticos e a Central de Compras de Medicamentos Essências Genéricas.

No que concerne a selecção de medicamentos existe o Formulário Nacional de Medicamentos que comporta quatro listas diferentes utilizadas nos diferentes níveis da pirâmide sanitária. Para a aquisição, armazenamento e distribuição existe manual de "Procedimentos de Gestão de Medicamentos Essências Genéricas".

Para a utilização de medicamentos está em curso a finalização do "Guia Terapêutico para Médicos" e atualização do "Manual de Diagnóstico e Tratamento para Enfermeiros"

A grande maioria dos medicamentos, destinados ao sector público são importados e são adquiridos com recursos provenientes da recuperação de custos. Está em curso a construção das novas instalações da CECOME com fundos do Banco Mundial.

Direcção dos Serviços Farmacêuticos, é um departamento do Ministério da Saúde que tem como função a regulamentação e controle da política financeira.

Central de Compras de Medicamentos (CECOME), é uma instituição colectiva de direito público, dotada de personalidade jurídica e de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, colocada sob a tutela do Ministro de Saúde. É responsável pela aquisição, armazenamento e venda dos medicamentos no sector publico e privado.

Laboratório Nacional de Saúde Pública (LNSP), é uma instituição de referencia nacional, tem atribuições na área de controle de qualidade dos laboratórios periféricos. O LNSP desenvolve actividades interligadas de prestação de serviço, de formação, de vigilância epidemiológica e de pesquisa. O LNSP, no âmbito de pesquisa, coordena em colaboração com o PNLP a realização dos testes de eficácia terapêutica.

Projecto de Saúde de Bandim (PSB), é uma unidade de pesquisa epidemiológica ligada a um instituto de pesquisa dinamarquês. O PSB tem efectuado nos últimos anos vários trabalhos de pesquisas ligados as doenças prioritárias do país incluindo o paludismo. Existe uma estreita colaboração entre o PNLP e o PSB.

Sistema Nacional de Informação Sanitária (SIS) está sob tutela da Direcção Geral das Infra-estruturas e Equipamentos da Saúde. Mas o sub-sistema de informação sanitária que gere os dados sobre a prestação de serviços de saúde e a vigilância epidemiológica depende da Direcção de Higiene e Epidemiologia. Um conjunto de dados referentes aos diferentes programas e actividades são recolhidos mensalmente em todos os centros de saúde e hospitais e são enviados, através das Direcções Regionais de Saúde (DRS), a DHE onde são introduzidos num banco de dados informatizado. O SIS não inclui dados das estruturas privadas e comunitárias, mas com a implementação da Vigilância Integrada das Doenças, está programada a inclusão destes dados.

O PNLP trimestralmente analisa os dados referentes ao paludismo , elabora um relatório que envia as DRS e aos diferentes parceiros da luta contra o paludismo.

#### 1.2.6. Financiamento do sector da saúde

O financiamento dos cuidados de saúde é minoritariamente assegurado pelo Estado, que consagra 7.5% do Orçamento Geral do estado ás despesas da saúde. Nos serviços públicos pratica-se a recuperação de custo, mesmo nas urgências, prática esta que limita em certa medida a frequência das camadas desfavorecidas aos serviços de saúde.

As intervenções preventivas susceptíveis de ter um grande impacto na saúde da população, como a promoção da utilização e distribuição dos mosquiteiros impregnados nas consultas pré-natais e no PAV, devem ser gratuitas.

De acordo com a Cimeira de Abuja (2000) a Guiné – Bissau eliminou as taxas alfandegárias concernentes aos mosquiteiros impregnados e inseticidas para a impregnação de mosquiteiros.

**CAPITULO SEGUNDO**

**SITUAÇÃO DE LUTA CONTRA O PALUDISMO**

## 2.1 Epidemiologia

### ***Situação Actual de luta contra o paludismo***

O paludismo é um problema de saúde pública na Guiné-Bissau. A transmissão do paludismo é estável em todo o país. Esta doença é a principal causa da morbilidade e mortalidade nas crianças menores de cinco anos. Em 2005 foram registados 179.512 casos e 418 óbitos. Cerca de 43% de casos e 64% das mortes foram registadas nos menores de cinco anos (Relatório PNLP, 2005). Os dados acima mencionados, não representam senão os casos e óbitos notificados nas estruturas sanitárias públicas. Os dados dos serviços privados e comunitários não estão disponíveis. Nas consultas externas do hospital nacional e nos 3 centros de saúde onde o Projecto Saúde de Bandim implementou um sistema de vigilância, foi observado que 55% das crianças clinicamente diagnosticadas com paludismo tinham anemia ( $HB \geq 7$  e  $HB < 11g/dl$ ), 4% tinham anemia moderada a severa ( $HB < 7g/dl$ ), esta cifra eleva-se a 16% nas crianças cujo diagnóstico foi confirmado laboratorialmente.

As grávidas constituem também um grupo vulnerável ao paludismo. Esta doença é responsável pela anemia severa, abortos e fraco peso a nascença.

O paludismo assim como as outras doenças endémicas constituem uma área prioritária do governo assim como da estratégia de luta contra a pobreza (**Programa do governo**).

O paludismo tem um impacto negativo na economia do país e no rendimento da família. É responsável pelo absentismo nas escolas e nos lugares de trabalho.

### ***Tratamento precoce e correcto***

A Guiné-Bissau mudou a política de tratamento do paludismo em 2005 e adoptou o Artemether - Luméfantrine como tratamento para o paludismo simples devido a resistência do *Plasmodium falciparum* à cloroquina. A resistência a cloroquina foi de 25% num dos sítios sentinela (Canchungo). Não obstante, esta política não foi implementada por falta de recursos financeiros. A Quinina é indicada também para as pessoas que não podem tomar o Artemether- Luméfantrine, como as crianças com menos de cinco Kg e grávidas. A Quinina EV continua a ser utilizada para o tratamento dos casos graves.

Para melhorar o manejo de casos de paludismo grave nas estruturas sanitárias foram adaptados módulos do manual de formação da OMS e formados técnicos em todas as regiões sanitárias. Foram postos, Kits para o tratamento de urgência do paludismo grave, a disposição do Hospital Nacional Simão Mendes, do Hospital Regional de Bafata e do Centro de Saúde de referência de Bijagós, mas está prevista a sua extensão a todo o país. Estes Kits são constituídos de um conjunto de medicamentos para o tratamento do paludismo grave e suas complicações na urgência.

### ***Luta anti-vectorial***

O principal vector de transmissão do paludismo é o *Anopheles SL*, (PNDS,1998). O teste de sensibilidade dos vectores realizado em 2002 demonstrou que o *Anopheles s.l.* é sensível a Permetrina 0.75% e ao DDT 4% (Baldet T, 2002).

Em 2002 o PNLP adquiriu cerca de 120.000 MII que foram distribuídos em todos os centros de saúde a preços subvencionados. Em 2005 o programa iniciou a distribuição de mosquiteiros impregnados de longa duração (MIILD) através da consulta pré-natal (CPN) em 3 Regiões Sanitárias (Quinara, Tombali e SAB). Tendo em conta que a população tem o habito de utilizar mosquiteiros não impregnados e que os centros de impregnação existentes nem sempre funcionam adequadamente, o país desde 2004 organiza anualmente campanhas anuais de impregnação e re-impregnação de mosquiteiros em massa com resultados satisfatórios.

A OMS anunciou que a pulverização com DDT e outros insecticidas no interior das habitações jogará novamente um papel de primeiro plano na luta contra o paludismo. O país planeia elaborar um plano de implementação desta nova abordagem da luta antivectorial e submete-la aos parceiros para a mobilização de recursos.

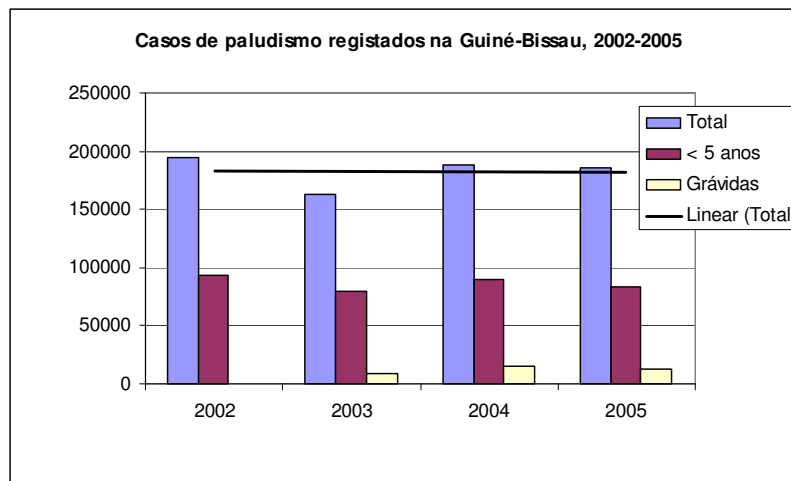
### ***Tratamento preventivo intermitente ( TPI) na grávida***

O país adoptou o TPI em 2004 e elaborou o documento de política. Em 2005 foi iniciada a formação de técnicos e a implementação desta nova abordagem de prevenção em 3 das 11 regiões sanitárias do país, a saber: SAB, Quinara e Tombali. O projecto “Aumento da cobertura em MII nos grupos alvo “ gerido pela OMS contribuiu não só para o aumento da cobertura em MII mas também para a introdução do TPI.

## **2.2 Lições tiradas na implementação do Plano Estratégico 2001 - 2005**

No plano estratégico (PEN) 2001 – 2005 estava planificada uma avaliação a meio percurso e uma avaliação final. Contudo, outras acções não planificadas e realizadas foram avaliadas como, por exemplo, as campanhas nacionais de impregnação de mosquiteiros. A implementação das actividades incluídas no PEN foi feita em duas fases: a primeira fase de 2001 a 2003 foi uma fase essencialmente preparatória e foi de 2004 a 2005, que cerca de 70% das intervenções foram realizadas, devido a uma grande mobilização de fundos. Com efeito, em 2004 começou a aceleração da implementação das actividades com o engajamento efectivo de parceiros internos e externos.

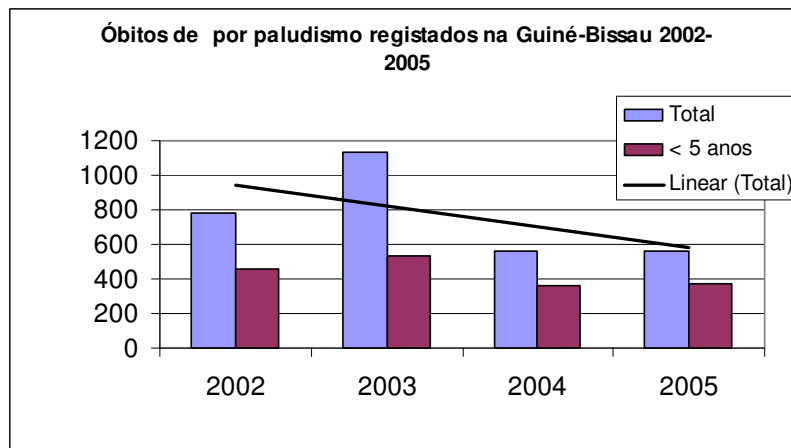




O número de casos de paludismo notificados diminuiu de 194.976 em 2002 para 185.493 em 2005. Os dados incluídos no gráfico referem-se aos casos de paludismo confirmados e não confirmados notificados nas estruturas sanitárias públicas. Os gráficos não incluem dados das estruturas privadas e comunitárias.

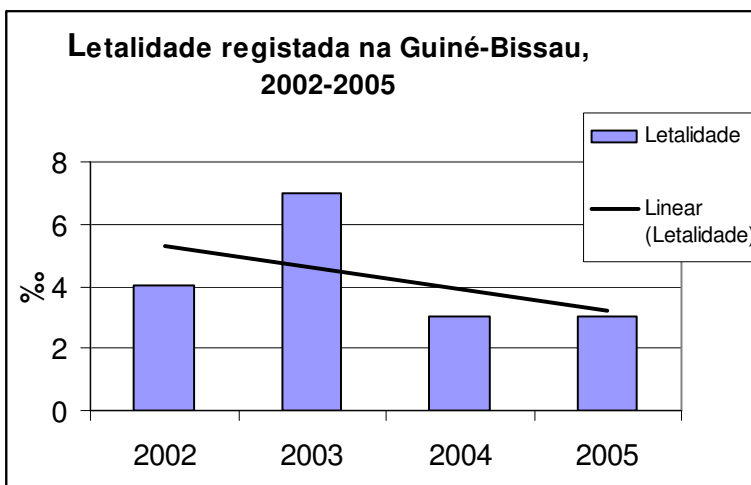
Estudos realizados pelo Projecto de Saúde de Bandim de 2003 a 2004 em 3 Centros de Saúde em Bissau e na Pediatria do Hospital Nacional Simão Mendes demonstraram que 64% das consultas em crianças menores de cinco anos foram diagnosticadas clinicamente como paludismo. Contudo somente 12% destes casos se revelaram laboratorialmente positivos. Dentre os casos hospitalizados cerca de 42% tinham parasitêmia.

Ao nível da comunidade notou-se também um declínio da prevalência do *Plasmodium*. Num estudo realizado em Bissau em 1994, 26% das crianças, saudáveis visitadas em casa, tinham parasitêmia enquanto que em 2003 somente 3% eram positivas. (Sodemann M et al 1999 e Rodrigues A et al manuscrito)



A letalidade registada em todas as estruturas sanitárias passou de 4 ‰ (780/194976) em 2002 a 3‰ (564/185493) em 2005. A letalidade nos hospitais regionais e no hospital de referencia nacional passou de 15‰ (583/38.559) em 2003 a 11‰ (420/39.842) em 2005 (Relatório PNL, 2003 e 2005). A colocação a disposição dos hospitais de kit urgência poderá explicar a redução constatada em 2005.

Num estudo randomizado de intervenção, realizado de 2004 a 2006, demonstrou-se que a combinação da disponibilidade de Kits de urgência, o seguimento estrito de protocolos de manejo de casos graves de paludismo e a motivação do pessoal reduziu a metade a letalidade na Pediatria do Hospital Nacional Simão Mendes, 5% no grupo de intervenção versus 9% no grupo de controlo (Bia S et al, manuscrito).



O quadro abaixo indicado recapitula a evolução dos principais indicadores de resultados. Ele demonstra que o esforço do sistema nacional de saúde e a contribuição dos parceiros melhorou de forma notável os indicadores.

#### Indicadores FRP, Guiné-Bissau

<b>INDICADORES</b>	<b>2001</b>	<b>2005</b>
<i>Proporção de crianças com paludismo/febre que foram beneficiadas com tratamento correcto dentro de 24h depois do aparecimento dos sintomas, na comunidade</i>	15%	60%
<i>Proporção de crianças com paludismo/febre e foram beneficiados com tratamento correcto nas Estruturas Sanitárias (ES)</i>	38%	80%
<i>Proporção de crianças que com paludismo grave que foram tratadas correctamente nos ES</i>	29%	82%
<i>Proporção de FS sem ruptura de medicamentos para o manejo de casos de paludismo grave no decorrer dos 3 últimos meses durante 7 dias seguidos</i>	29%	100%
<i>Proporção de crianças que dormiram sob um mosquiteiro</i>	58%	88%

<i>na noite anterior ao inquérito</i>		
<i>Proporção de crianças que dormiram sob um mosquito impregnado de insecticida na noite anterior ao inquérito</i>	5%	75%
<i>Proporção de grávidas que dormiram sob um mosquito na noite anterior ao inquérito</i>	61%	77%
<i>Proporção de grávidas que dormiram sob um mosquito impregnado na noite anterior ao inquérito</i>	9%	65%
<i>Proporção de grávidas que fizeram quimioprofilaxia (TPI ou Cloroquina)</i>	23%	52%
<i>Proporção de grávidas que fizeram pelo menos 1 CPN</i>		80%

Fonte: Relatório de avaliação do Plano Estratégico Nacional, 2001-2005 ( Dezembro de 2005)

Os dados deste quadro demonstram que houve melhoria importante da maioria dos indicadores. A cobertura em MII subiu de 5% para 75% e de 9% para 65% nas crianças menores de cinco anos e grávidas respectivamente. No que concerne ao tratamento dos casos, assim como a quimioprofilaxia nas estruturas sanitárias melhorou substancialmente.

### 2.3 Análise dos determinantes da avaliação do plano estratégico 2001 - 2005

Manejo de casos de paludismo:

<b>Forças</b>	<b>Fraquezas</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Técnicos de saúde formados no domínio do paludismo simples e grave</li> <li>-Existência de módulos de formação do paludismo simples e grave</li> <li>-Revisão da política e existência de um plano da sua implementação</li> <li>-Kits de tratamento de urgência do paludismo grave nos hospitais nacional/ regionais e centro de saúde de referência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Não ha disponibilidade dos TCA e dos TDR</li> <li>-Ausência de formação de técnicos sobre a utilização dos TCA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-O PNLP beneficiou da 4ª ronda do Fundo Mundial contra a SIDA, a Tuberculose e o Paludismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Instabilidade política</li> <li>-Falta de motivação dos técnicos</li> <li>-Distribuição não equitativa dos técnicos nas Áreas Sanitárias</li> <li>-Falta de pessoal em quantidade e qualidade</li> <li>-Fuga de cérebros</li> <li>-Epidemias</li> </ul>

### Prevenção do paludismo nas grávidas

<b>Forças</b>	<b>Fraquezas</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Distribuição gratuita de SP durante a CPN</li> <li>-Módulos e directrizes TPI</li> <li>-Formação dos técnicos de saúde do sector publico e privado</li> <li>-Política de prevenção e tratamento do paludismo na grávida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Chegada tardia das grávidas a CPN</li> <li>- Fraca Proporção de mulheres que fazem a 2a dose de SP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Disponibilidade dos fundos Projecto holandês</li> <li>-GFATM</li> <li>-Plan Guiné-Bissau</li> <li>-OMS</li> <li>-Existência de programa saúde reprodutiva</li> <li>-Colaboração intra-intersectorial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Numero de parteiras insuficiente</li> <li>-Acessibilidade geográfica (mais de cinco Km a CS) e financeira</li> <li>-Tabus socioculturais</li> </ul>

### Luta Anti-Vectorial (LAV) e a gestão do ambiente e saneamento do meio

<b>Forças</b>	<b>Fraquezas</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Planificação da CIM (campanha de impregnação de massa) já pré - financiado</li> <li>-Existência do projecto holandês de apoio a promoção dos MIIs</li> <li>-Utilização massiva dos mosquiteiros</li> <li>-Subvenção dos MII</li> <li>-Distribuição gratuita do MII/MIILD na CPN</li> <li>-Isenção das taxas aduaneiras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Centros de impregnação não funcionais</li> <li>-Ruptura de stock de insecticida e de mosquiteiros</li> <li>-Fraca comunicação entre os diferentes parceiros</li> <li>-Fraco seguimento da sensibilidade dos vectores aos insecticidas</li> <li>-Não implicação do sector privado na promoção dos mosquiteiros impregnados de longa duração (MIILD)</li> <li>- Fracas medidas de saneamento de meio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Existência de fundo mundial a qual a planificação cobre certas Actividades no periodo de 2006 – 2009</li> <li>- Directrizes da OMS para a utilização do DDT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Não renovação do projecto holandês</li> <li>-Não implicação do orçamento do Estado</li> </ul>

### IEC/Mobilização social

<b>Forças</b>	<b>Fraquezas</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Implicação estreita da DIECS</li> <li>-Parceria com as rádios comunitárias</li> <li>-Participação comunitária</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Plano de mobilização social de luta contra o paludismo expirado</li> <li>- Nem todas as regiões têm rádios comunitárias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-GFATM</li> <li>-Acordo com as rádios comunitárias</li> <li>-Colaboração intra-intersectorial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fraco engajamento do Estado</li> </ul>

( <i>leaders de opinião, religiosos, chefes de tabanca, ONGs e associações</i> )  <i>-Plano estratégico IEC/Saúde reprodutiva</i>			
---	--	--	--

Quadro institucional + coordenação da parceria

<b>Forças</b>	<b>Fraquezas</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
<p><i>-Disponibilidade de equipamentos informáticos, de consumíveis de escritório, de duas viaturas e 3 motorizadas</i></p> <p><i>-Acesso a Internet</i></p>	<p><i>-Infraestructuras insuficientes em quantidade e em qualidade : O PNLP tem somente dois gabinetes o que não proporciona boas condições de trabalho. Não existe uma sala própria para reunião aos três programas (SIDA, Tuberculose e Paludismo), não tem uma biblioteca que facilita a consulta de outros sectores (ONG, Ministério de Informação).</i></p> <p><i>-Falta de pessoal técnico no PNLP (3 pessoas)</i></p>	<p><i>-Existência de fundos na segunda fase da quarta ronda do GFATM para um gestor de dados para o PNLP</i></p> <p><i>- Participação activa dos parceiros clássicos e comunitários</i></p>	<p><i>-Mudança do coordenador</i></p> <p><i>-Retomada de conflito</i></p> <p><i>- Má aplicação dos fundos</i></p> <p><i>- Abandono dos parceiros</i></p> <p><i>-Ruptura de fundos</i></p>
<p><i>-Os parceiros clássicos do Ministério da Saúde (OMS, UNICEF, BANCO MUNDIAL, PLAN,) estão implicados nas Actividades de luta contra o paludismo</i></p>	<p><i>O numero dos parceiros diminuiu bastante desde o conflito interno (1998/1999)</i></p>		

Seguimento/avaliação/supervisão/pesquisa

<b>Forças</b>	<b>Fraquezas</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
<p><i>-Supervisão integrada</i></p>	<p><i>-Falta de meios logísticos</i></p> <p><i>-Guia de seguimento não estandardizado</i></p>	<p><i>-Disponibilidade de uma parte de fundos para a supervisão até 2009 (GFATM)</i></p>	<p><i>-Mudança do quadro institucional</i></p>
<p><i>-Existência de manuais e de técnicos formados em VIDR</i></p> <p><i>-Utilização de guias de seguimento em cada DRS</i></p> <p><i>-Colecta de dados de base no quadro da análise</i></p>	<p><i>-Não realização da avaliação a meio percurso do PEN</i></p> <p><i>-Avaliação final orçamentada mas os fundos não estavam disponíveis</i></p>		

<p>de situação</p> <p>-Preenchimento regular dos boletins epidemiológicos,</p> <p>-Análise e elaboração dos relatórios trimestrais e retro informação aos parceiros e aos DRS</p>			
<p>-Avaliação final externa do PEN em Dezembro 2005</p>			
<p>-Estudo de sensibilidade do P.falciparum aos antipaludicos (cloroquina, sulfadoxina-pirimetamina e amodiaquina) nos Sítios Sentinela (SAB, Canchungo, Gabu)</p> <p>-Existência de instituições de pesquisa (PSB, LNSP e INEP)</p>	<p>-Fracas partilha dos resultados dos diferentes estudos</p> <p>-Falta de técnicos formados no domínio da pesquisa</p>	<p>- Escola Nacional de Saúde</p> <p>- Disponibilidade de fundos para formação orientada de um entomologista</p>	

**CAPITULO TERCEIRO**  
**PLANO QUINQUENAL 2006 - 2010**

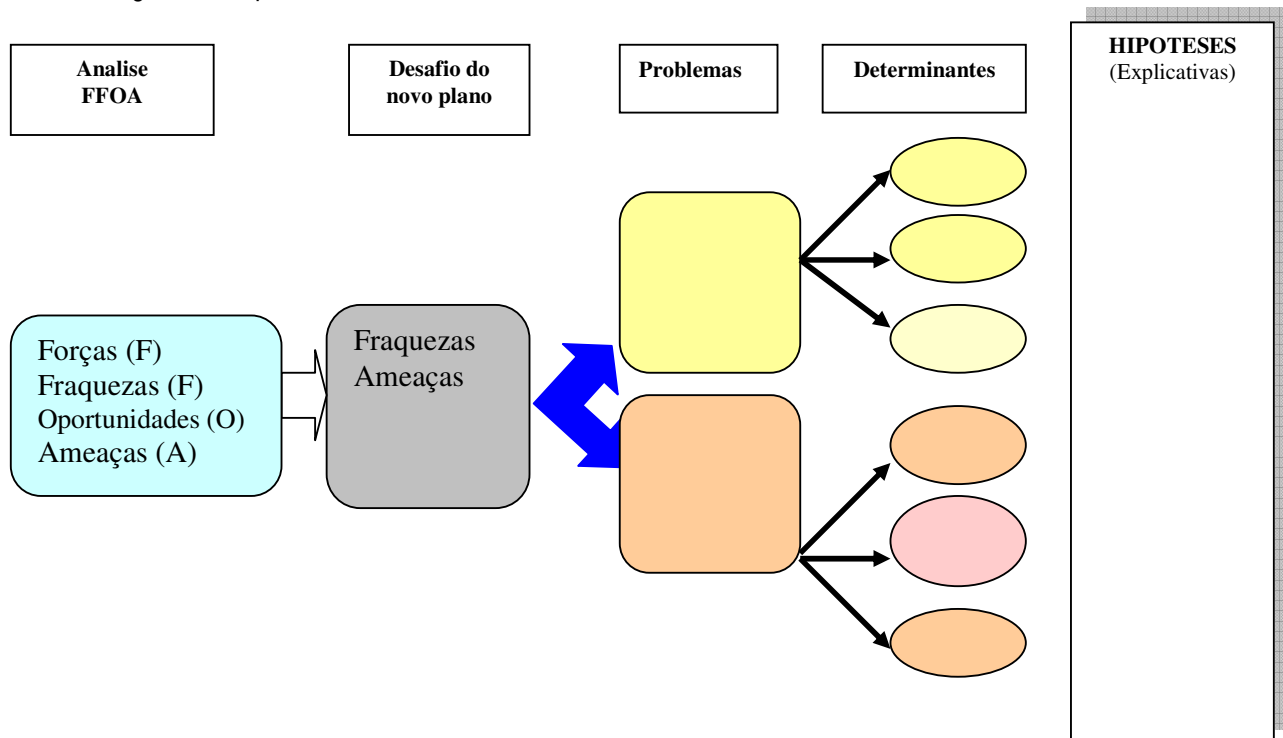
### 3.1. Quadro lógico

A análise dos determinantes é a chave principal para a elaboração do novo Plano Estratégico 2006 – 2010. Ela é baseada sobre análise das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças retidas durante a avaliação do plano estratégico 2001 – 2005.

Partimos do principio seguinte:

- Se não houvesse obstáculos ou constrangimentos maiores o país teria alcançado todos os objectivos de Abuja ;
- Que uma das causas maiores das insuficiências poderia ter sido as fraquezas ou ameaças ;
- Em conseqüência podemos identificar os problemas que estão na origem destas fraquezas, investigar as suas causas e agir sobre as ultimas como indica o esquema em baixo e os quadros do anexo 2 ;
- As hipóteses correctivas serão confrontadas com os objectivos que o contexto nos impõe : o objectivo de FRP para 2010 que guiarão a escolha das estratégias conforme os resultados esperados.

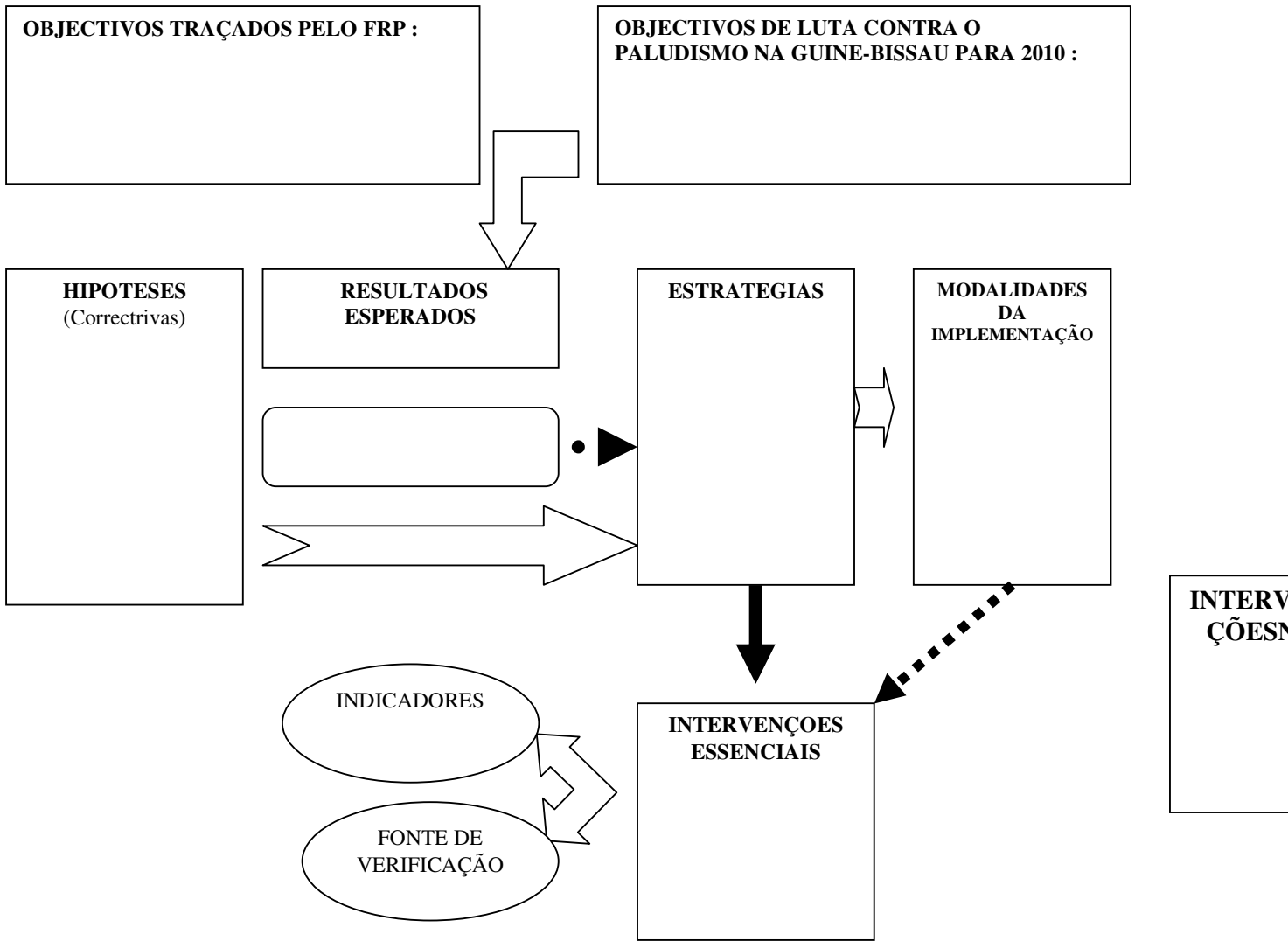
#### 3.1.1 Diagrama dos problemas



Foi com base neste diagrama que foi feita a análise dos problemas das forças, fraquezas e oportunidades [ver pagina 18 à 21](#) e dos problemas, determinantes e hipóteses [ver pagina 48 à 50](#)



3.1.2 Quadro logico :



O quadro lógico acima descrito foi utilizado para elaboração deste documento.

## 3.2. Finalidade, Objectivos e Resultados Esperados

### 3.2.1. Finalidade :

A Iniciativa Fazer Recuar o Paludismo ( FRP) é um movimento mundial cujo objectivo é de reduzir o fardo do paludismo que é um obstáculo ao desenvolvimento dos países endémicos de forma a que não seja mais um problema de saúde pública. A finalidade deste plano é de atingir os objectivos traçados pela iniciativa FRP

### 3.2.2. Recordar os objectivos do plano estratégico mundial :

Reduzir para 50% a morbilidade e a mortalidade devido ao paludismo até 2010 em relação ao nível do ano 2000

- Proteger 80% das pessoas em risco de paludismo graças aos métodos apropriados de luta antivectorial como: os MII, Pulverização Intra-domiciliar (PID) e uma gestão de ambiente até 2010;
- Tratar eficazmente 80% dos pacientes com paludismo com uma combinação terapêutica a base de Artemisinina no decurso de 24 horas após a aparição dos sintomas até 2010 ;
- Proteger 80% das grávidas com o tratamento preventivo intermitente nas zonas onde o paludismo é estável conforme o protocolo requerido até 2010.

### 3.2.3. Objectivos da luta contra o paludismo na Guiné-Bissau :

Objectivo geral : Reduzir a morbilidade e a mortalidade devido ao paludismo de 50% até 2010

Objectivos específicos:

- Aumentar de 75% a 85%, a taxa de cobertura e de utilização do MII nas crianças menores de 5 anos, até 2010 ;
- Aumentar de 65% a 85%, a taxa de cobertura e de utilização do MII nas grávidas , até 2010;
- Tratar 80% dos casos de paludismo simples com TCA nas estruturas sanitárias do país conforme as directrizes nacionais ;
- Tratar 55% de casos de paludismo simples com os TCA a nível comunitário conforme as directrizes nacionais;
- Tratar 90% de casos de paludismo grave a nível hospitalar conforme as directrizes nacionais;
- Aumentar de 52% a 80% a taxa de cobertura em TPI 2 conforme as directrizes nacionais.

### 3.2.4. Resultados esperados

Os resultados esperados até ao fim de 2010 são os seguintes:

#### Tratamento precoce e eficaz

- 80% de crianças menores de cinco anos com paludismo simples correctamente tratadas nas estruturas sanitárias do país nas 24 horas que se seguem ao aparecimento dos sintomas
- 100% de estruturas sanitárias do país sem ruptura de stock de TCA durante 7 dias consecutivos no decurso dos últimos 3 meses
- 90% de crianças menores de cinco anos com paludismo grave correctamente tratadas nas estruturas sanitárias do país
- 100% de estruturas sanitárias do país sem ruptura de stock de quinino durante 7 dias consecutivos no decurso dos últimos 3 meses
- 80% de crianças menores de cinco anos com paludismo/febre correctamente tratadas na comunidade nas 24 horas que se seguem ao aparecimento da doença
- 65% dos ASC que são capazes de reconhecer os sintomas de gravidade numa criança menor de cinco anos com febre/paludismo
- 100% dos técnicos de saúde que fazem manejo de casos de paludismo simples serão formados sobre a nova política de tratamento

#### Promoção da utilização de mosquiteiros impregnados

- 90% das crianças menores de cinco anos dormem sob um mosquiteiro na noite precedente ao inquérito
- 85% das crianças menores de cinco anos dormem sob um mosquiteiro impregnado na noite precedente ao inquérito
- 85% das grávidas dormem sob um mosquiteiro na noite precedente ao inquérito
- 80% das grávidas dormem sob um mosquiteiro impregnado na noite precedente ao inquérito

#### Prevenção do paludismo na grávida

- 65% das grávidas fazem a 2ª dose do tratamento preventivo intermitente
- 80% das estruturas sanitárias sem ruptura de stock de sulfadoxina-pirimetamina durante 7 dias consecutivos nos últimos 3 meses
- 80% dos técnicos de saúde que prestam consulta CPN formados no tratamento preventivo intermitente

### 3.3. Estratégias de luta contra o paludismo na Guiné-Bissau

O plano estratégico 2006 – 2010 de luta contra o paludismo na Guiné-Bissau visa reduzir o fardo do paludismo em 1.357.244 habitantes até 2010. Para que haja um crescimento rápido das intervenções preventivas e aplicação do tratamento correcto e rápido é necessário alcançar os objectivos de 2010 e 2015.

Em atenção aos objectivos visando o impacto a alcançar até 2010, duas novas estratégias se impõem, tratam-se de :

- Estender a nível nacional as novas intervenções de luta contra o paludismo ;
- Tomada de consciência individual e comunitária através de campanhas de sensibilização em massa.

Todavia, sobre o plano técnico, o plano estratégico 2006 – 2010 articula-se ao redor de duas maiores estratégias:

- **Reforço da prevenção :**
  - Promoção da utilização de MII
  - TPI
  - Pulverização Intra- domiciliar
  - Promoção da saúde
- **Melhoria do tratamento adequado e precoce a todos os níveis**

Estas estratégias serão suportadas pelas estratégias de apoio nestes ou naqueles, podemos citar :

- Fornecimento do TCA à todos os níveis da pirâmide sanitária;
- Fornecimento de SP todos os níveis da pirâmide sanitária
- Reforço da capacidade dos técnicos em TPI
- Formação dos técnicos em IEC/CMC
- Estabelecimento de um mecanismo de integração das actividades de luta contra o paludismo ao nível descentralizado
- Pôr a disposição do PNLP um entomologista
- Elaboração de um documento de política nacional de luta contra o paludismo
- Advocacia junto dos parceiros
- Saneamento

### 3.4 Modalidade da implementação das principais estratégias

#### 3.4.1 *Implementação das intervenções de luta contra o paludismo*

O impacto das intervenções de luta no quadro dos objectivos fixados pelo FRP para 2010 impõem a cada país signatário a redução para metade do numero de casos e de óbitos devido ao paludismo.

As acções para a redução de novos casos baseiam-se na redução do contacto homem vector pela utilização massiva de mosquiteiros impregnados de insecticida e de meios de luta antivectorial que demonstraram a sua eficácia (planta repelente por exemplo). No caso da Guiné-Bissau foi feito um esforço louvável para ter uma cobertura de mosquiteiros por habitação de 95% no qual 46% dos mosquiteiros foram impregnados com insecticida (PSB,2006). O esforço a ser feito no decurso dos três próximos anos será o de assegurar uma re-impregnação destes mosquiteiros para atingir o nível máximo do GAP de 49% e fornecer os MIILDs aos grupos alvos.

O impacto sobre a taxa de mortalidade com uma redução de 50% passará pela melhoria do manejo correcto do paludismo simples ao nível comunitário e ao nível das formações sanitárias. Por outro lado, a implementação dos kits de tratamento de urgência do paludismo demonstrou a sua eficácia significativa nos hospitais onde foram implementados.

#### 3.4.2 Pacote de intervenções integradas

O sistema de saúde descentralizado é uma das chaves principais para a obtenção de um impacto das intervenções até 2010. Com efeito, os resultados obtidos ao longo da avaliação final do plano estratégico 2001 – 2005 não garantem a perenidade, pois houve um conjunto de circunstâncias (projecto para “Aumentar a cobertura em MII nos grupos alvo”, que financiou as CIM em 2004 e 2005). Para a perinização desses resultados é necessário que o governo / parceiros mobilizem recursos financeiros

Por isso a prevenção deve ser integrada nas actividades de cuidados primários na periferia. Pois, anualmente as Áreas Sanitárias sublinham o primeiro lugar indiscutível da taxa de frequência dos estabelecimentos de saúde. É indispensável que uma planificação judiciosa e uma gestão consequente e conjunta se façam ao nível da Região Sanitária a semelhança do PAV. Uma planificação operacional permitirá um melhor seguimento.

Será programada a realização de campanhas integradas de impregnação e distribuição de mosquiteiros, concomitantemente com a distribuição de Vitamina A e Mebendazol. Através do PAV e da CPN serão distribuídos gratuitamente MII as crianças menores de cinco anos e as grávidas respectivamente.

#### 3.4.3 Intervenções de apoio

Para uma boa performance na implementação de um pacote de intervenção integrada require-se um apoio de apoio de outras actividades paralelas que contribuirão directa ou indirectamente a estes resultados .

A experiência mostra que uma boa planificação terá valor se for executada num ambiente de gestão exemplar e objectiva.

Por outro lado, não se pode pôr o acento unicamente sobre o IEC/CMC/Mobilização social mas precisa-se de desenvolver estratégias para que as pessoas tomem consciência do seu papel na luta contra o paludismo a fim de contribuírem de maneira durável ao alcance e conservação dos resultados esperados. A parceria não fica somente neste processo: será intra- sectorial (colaboração entre os serviços do MINSAP), inter-sectorial (com outros ministérios, os privados, parceiros de desenvolvimento, sociedade civil e ONGs).

#### 3.4.3 Seguimento da performance e avaliação do impacto

O paludismo é um obstáculo ao desenvolvimento socio-económico integrado, por isso os responsáveis dos países endémicos com o apoio dos países do Norte, investem importantes recursos para reduzir o fardo desta doença. A manutenção destes financiamentos impõe aos actores a necessidade de seguirem as performances das intervenções desenvolvidas utilizando instrumentos que poderão permitir-lhes melhorar de uma parte as suas práticas e de outra parte de medir os resultados.

Periodicamente serão realizados testes para determinar a sensibilidade do *Plasmodium falciparum* aos antipaludicos e dos vectores do paludismo aos insecticidas.

## 3.5 Pacote de intervenções integradas

### 3.5.1 Manejo de casos do paludismo simples e grave

#### **Objectivos**

- Tratar 80% dos casos de paludismo simples com TCA nas estruturas sanitárias do país conforme as directrizes nacionais;
- Tratar 55% dos casos de paludismo simples com TCA a nível comunitário conforme as directrizes nacionais
- Tratar 90% dos casos de paludismo grave a nível hospitalar conforme as directrizes nacionais

#### **Situação Actual**

A Guiné-Bissau procedeu a alteração da sua política de tratamento em Julho de 2005 depois de ter feito o seguimento durante vários meses da resistência do *Plasmodium falciparum* a cloroquina. A combinação a base de Artemisinina escolhida para tratar o paludismo na Guiné-Bissau é o Artemether- Lumefantrina que o país não poderá comprar sem assistência dos parceiros.

Se esta situação perdurar os esforços empreendidos para a redução da letalidade devido ao paludismo através do fornecimento de kits de urgência aos hospitais poderão estar comprometidos.

Actualmente a maioria dos casos de paludismo são diagnosticados clinicamente. O diagnóstico laboratorial é limitado, pois ainda existem muitos centros de saúde sem técnicos de laboratório, sem microscópio e há frequentes rupturas de stock de reagentes.

No que concerne ao paludismo grave desde 2004 que a OMS apoiou a introdução de Kits de tratamento de urgência do paludismo grave no hospital de referencia nacional e posteriormente em Bijagós, a ONG, PLAN Guiné-Bissau financiou também a aquisição de kits em Bafatá. Estes Kits são compostos por medicamentos para tratamento de urgência do paludismo grave e suas complicações e são fornecidos gratuitamente as crianças que são hospitalizadas.

#### **Estratégias**

Melhoria do manejo de casos do paludismo simples com TCA a todos os níveis da pirâmide sanitária,

Introdução dos TDRs nas estruturas sanitárias onde não existe microscópio e na comunidade,

Reforço das capacidades

Reforço a componente paludismo do programa AIDI,

Melhoria do manejo de casos do paludismo grave nas estruturas sanitárias do país

Fornecimento gratuito as crianças hospitalizadas de Kits para o tratamento de urgência do paludismo grave  
Reforço do sistema de referencia

***Modalidades da implementação :***

A implementação dos TCAs será feita em todo o país. Mas devido à falta de recursos financeiros a sua implementação será feita de maneira gradual. No primeiro ano o tratamento com TCAs será implementado em 4 (SAB, Biombo, Bolama, Bijagós) das 11 regiões sanitárias e nos subsequentes anos será introduzido nas outras regiões O tratamento será subsidiado, pois dado a situação sócio - económica do país muitas seriam as pessoas com paludismo que não teriam acesso aos TCAs. Os TCAs também serão utilizados ao nível da comunidade.

Para um diagnostico correcto e para a utilização eficaz dos antipaludicos é necessário o apoio do laboratório, o PNLP em colaboração com o Laboratório Nacional de Saúde Pública (LNSP) reforçará a componente laboratorial através da capacitação dos técnicos, aquisição de microscópios e reagentes assim como a introdução de Testes de Diagnostico Rápido (TDR) nas estruturas onde não existem microscópios e a nível da comunidade.

Os serviços de controle de qualidade dos medicamentos e de farmacovigilancia serão reforçados.

***Intervenções essenciais :***

Mobilização de recursos para aquisição dos TCA

Aprovisionamento em ACT

Melhoria da gestão dos TCAs e TDRs

Reforço das capacidades

Reforço da colaboração com AIDI

***Principais indicadores :***

Fundos mobilizados para a compra de TCAs

Quantidade de TCA e de TDR disponível

Numero de doentes tratados com TCAs nas estruturas sanitárias e na comunidade

Numero de estruturas sanitárias com TDR

Numero de estruturas sanitárias com microscópio e técnicos de laboratório disponíveis



### 3.5.2 Prevenção do paludismo nas grávidas

**Objectivo :** Aumentar de 52% à 80% a taxa de cobertura em TPI 2 conforme as orientações nacionais

**Situação actual :**

Pela ocasião da revisão da sua política nacional de luta contra o paludismo, a Guiné-Bissau optou pela utilização do TPI com SP nas grávidas. O apoio do projecto "Aumentar a cobertura em MII nos grupos alvo" permitiu o reforço da prevenção do paludismo no decorrer da gravidez, financiando o aprovisionamento de SP para as grávidas das regiões de Tombali, Quinara e SAB. Todavia os diferentes apoios obtidos não poderão cobrir os cinco anos do plano estratégico 2006 – 2010.

**Estratégias :**

Aprovisionamento em SP a todos os níveis da pirâmide sanitária

Reforço da capacidade dos técnicos em TPI

Reforço da capacidade dos técnicos em IEC/CMC

**Modalidades da implementação :**

Duas doses de SP, uma no 2º e outra no 3º trimestre, serão fornecidas gratuitamente e sob observação directa dos técnicos de saúde, as grávidas através da CPN.

O TPI será estendido a todo o país durante o ano de 2006. Para isso serão capacitados técnicos de saúde e mobilizados fundos para a compra de SP.

Os dados disponíveis indicam uma discrepância entre a 1ª e a 2ª dose de TPI, para melhor solucionar este problema um inquérito CAP será realizado para se conhecer os motivos desta discrepância .

**Intervenções essenciais :**

Aprovisionamento de SP

Formação dos técnicos em TPI

Realização do inquérito CAP

**Principais indicadores :**

Numero de comprimidos de SP comprados

Numero de técnicos formados em TPI

Proporção de grávidas que fazem TPI1

Proporção de grávidas que fazem TPI2

### 3.5.3 Luta antivectorial, gestão de ambiente e saneamento do meio

#### **Objectivo**

Aumentar de 75,% a 85% a taxa de cobertura e de utilização do MII até 2010 para as crianças menores de 5 anos;

Aumentar de 65,% a 85%, a taxa de cobertura e de utilização do MII até 2010 para as mulheres grávidas;

Levar 50% da população a aplicar as medidas de higiene e saneamento de base

#### **Situação actual**

A utilização do mosquiteiro faz parte dos hábitos da população guineense, pois cerca de 95% das habitações possuem pelo menos um mosquiteiros e 46% possui um mosquiteiro impregnado ( avaliação CIM,2005) . Todavia a impregnação destes mosquiteiros constitui um verdadeiro desafio por causa do custo do serviço que não é acessível a todos. A organização de duas campanhas de impregnação de massa coadjuvada com a mobilização social no quadro do projecto “Aumentar a cobertura de mosquiteiros impregnados nos grupos alvo” aumentou consideravelmente a cobertura em mosquiteiros impregnados . A política de prevenção do paludismo na grávida propõe a distribuição de mosquiteiros gratuitos às grávidas durante a CPN.

#### **Estratégias :**

Estabelecimento de um mecanismo de integração das actividades de luta antivectorial ao nível descentralizado

Afectação de um entomologista no PNL

Elaboração de um documento de política de promoção da utilização de MII

Realização de campanhas nacionais de (re)- impregnação de mosquiteiros (CIM)

Realização de campanhas integradas de distribuição de MII

Distribuição gratuita de MII através da CPN e PAV de rotina

#### **Modalidades da implementação :**

Para aumentar a disponibilidade de mosquiteiros impregnados na população em geral e nos grupos alvo em particular realizar-se -á :

- Campanhas de impregnação de mosquiteiros em massa gratuitas anualmente;
- Em cada 4 anos uma campanha nacional integrada de distribuição de mosquiteiros;  
A campanha de 2006 integrará a impregnação de mosquiteiros , distribuição de MIILDs assim como Mebendazol e Vitamina A as crianças menores de cinco anos ;
- Distribuição gratuita de MII as grávidas e as crianças menores de cinco anos através do PAV e da CPN respectivamente.

O actual plano estratégico responsabilizará os Directores Regionais para o seu engajamento na promoção dos MIIs, nas respectivas regiões sanitárias. A nível das regiões serão criados mecanismos de coordenação em que participam diferentes parceiros para coordenarem as actividades ligadas a luta anti-vectorial.

Tendo em conta que recentemente a OMS recomendou aos países endémicos a realização de pulverizações intra-domiciliares (PID) o país elaborará um plano para a mobilização de recursos necessários para implementar a pulverização intradomiciliar.

A parceria intra e intersectorial será reforçada para a realização das actividades de gestão do meio ambiente. Campanhas de sensibilização com o intuito de mobilizar as comunidades a aplicarem medidas de higiene e de saneamento do meio serão realizadas. Será também reforçada a parceria com o serviço de Higiene e Saneamento assim como a Câmara Municipal.

Periodicamente serão realizados testes para determinar a sensibilidade dos vectores do paludismo aos diferentes insecticidas.

Criação de um grupo para elaboração da política sobre a promoção dos MII

***Intervenções essenciais :***

Planificação conjunta das intervenções da luta contra o paludismo a nível descentralizado

Campanhas integradas de distribuição de mosquiteiros

Campanhas de (re) impregnação de mosquiteiros

Distribuição de MII durante a CPN e PAV de rotina

Recrutamento de um médico formado em entomologia para o PNLP

Elaboração da política de promoção de MII

Marketing social

Elaboração e implementação de um plano de mobilização de recursos para a pulverização intra-domiciliar

Capacitação de técnicos no domínio de higiene e saneamento

***Principais indicadores :***

Proporção de crianças menores de cinco anos que dormem sob MII

Proporção de grávidas que dormem sob MII

Numero de MII distribuídos às grávidas durante a CPN

Numero de MII distribuídos às crianças menores de cinco anos durante o PAV

Numero de mosquiteiros (re-)impregnados

## 3.5 Intervenções de apoio

### 3.6.1 Gestão do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo

**Objectivos :**

Pelo menos 80% das Actividades FRP programadas serão realizadas

**Situação Actual :**

Até 2005 o PNLP dispunha de três elementos, o Director do PNLP o seu adjunto e um médico entomologista. O médico entomologista foi recrutado pelo PNUD. Actualmente o programa apenas tem 2 elementos no seu activo e é apoiado tecnicamente por uma assistente técnica nacional da OMS durante todo o ano e periodicamente por missões técnicas da OMS/AFRO. O staff do PNLP é insuficiente para a realização das actividades programadas, sobretudo as supervisões. Nas regiões, os responsáveis pelas grandes endemias são os responsáveis pelo seguimento das actividades de luta contra o paludismo sob a tutela da Direcção Regional de Saúde.

Trimestralmente o PNLP realiza uma reunião com os parceiros de luta contra o paludismo para analisarem as actividades realizadas e discutir a programação do trimestre seguinte no quadro do GFATM. No quadro do Comité Inter-agências das Nações Unidas (CIAS) e no Mecanismo de Coordenação Nacional (CCM) são tomadas decisões estratégicas para a mobilização de recursos financeiros e materiais.

**Estratégias:**

Reforço do Staff do PNLP com um médico entomologista

Reforço da coordenação das actividades de luta contra o paludismo

Reforço da liderança do PNLP na luta contra o paludismo

**Modalidades de implementação**

O director do PNLP fará advocacia junto da Direcção Geral de Saúde Pública e da Ministra de Saúde no sentido de aumentar o efectivo do programa e reforçar a capacidade de todos os elementos do PNLP, para melhor cumprirem os objectivos da luta contra o paludismo. Trimestralmente serão realizadas reuniões com os parceiros no intuito de serem analisados os relatórios trimestrais e a programação para o trimestre seguinte.

As equipas regionais também serão reforçadas, pelo menos um técnico em cada Direcção Regional de Saúde serão formados em paludologia.

**Principais indicadores :**

Entomologista colocado no PNLP

Numero de reuniões de coordenação de parceiros realizadas

Numero de técnicos formados em paludologia

3.6.2 **Mobilização e gestão dos recursos (humanos, financeiros, materiais incluindo a gestão das compras e abastecimentos)**

**Objectivos :**

Mobilizar pelo menos 80% dos recursos programados para a execução do plano de acção

**Situação Actual :**

O presente plano estratégico é um instrumento que define as prioridades da luta contra o paludismo nos próximos cinco anos e servirá para a mobilização de recursos internos e externos. Assim, será constituída uma célula multisectorial de advocacia que elaborará um plano para a mobilização de fundos.

O Orçamento Geral do Estado apenas financia o vencimento dos técnicos de saúde, manutenção de infra-estruturas, electricidade e água. Os outros custos atribuídos a luta contra o paludismo são financiados por diferentes parceiros bi- e multilaterais, entre eles as Agencias do Sistema das Nações Unidas que fazem parte do movimento FRP ( OMS, UNICEF, PNUD, Banco Mundial ).O país teve aceso em 2004 aos fundos do GFATM e em 2005 aos fundos do projecto “ Aumentar a cobertura em MII nos grupos alvo”.

O aprovisionamento e a gestão de medicamentos e produtos específicos para a luta contra o paludismo, como MII, insecticida serão realizados pela Direcção dos Serviços Farmacêuticos e pela CECOME.

**Estratégias:**

Reforço da advocacia junto do governo para aumentar os fundos atribuídos a luta contra o paludismo,

Reforço da advocacia junto dos parceiros,

Aumento dos recursos destinados a luta contra o paludismo,

Desenvolvimento de um sistema eficiente de quantificação de medicamentos e produtos específicos para o paludismo e de aprovisionamento ,

**Modalidades da implementação :**

Um plano de mobilização de recursos para a luta contra o paludismo será elaborado. O Ministério de Saúde reforçará o advocacia junto do governo para que sejam destinados fundos do Orçamento Geral do Estado para a luta contra o paludismo. Serão adaptados os instrumentos de gestão dos medicamentos e outros produtos médicos e não médicos.

**Principais indicadores :**

Quantidade de recursos mobilizados ( financeiros , humanos e materiais)

**3.6.3 IEC, CMC, e mobilização social****Objectivos :**

Pelo menos 80% das comunidades, famílias, e agentes de saúde comunitária terão conhecimentos e habilidades para aplicarem medidas adequadas de prevenção

Pelo menos 55% das comunidades, famílias e agentes de saúde comunitária terão conhecimentos e habilidades para tomarem medidas adequadas de tratamento de casos suspeitos de paludismo e referencia de casos graves.

**Situação Actual :**

O Ministério da Saúde possui uma direcção que é encarregada da Informação, Educação e Comunicação para a Saúde ( DIECS). O PNLP trabalha em colaboração com a DIECS para a realização de actividades neste domínio. Diversas ONGs fazem actividades de sensibilização na maioria das vezes não coordenada com o PNLP. O Plano de mobilização social de luta contra o paludismo elaborado em 2003 caducou em fins de 2005 sendo por isso necessário a elaboração de um novo plano.

**Estratégias:**

Advocacia junto dos parceiros

Reforço da mobilização social

**Modalidades da implementação:**

O actor principal das actividades de IEC/CMC é a DIECS em colaboração com o PNLP.

A criação de uma célula intersectorial para coordenar as actividades de IEC/CMC permitirá a DIECS coordenar as actividades de sensibilização e mobilização social realizadas pelos diferentes parceiros. O PNLP definirá e supervisionará o conteúdo técnico das mensagens a serem divulgadas. O plano de mobilização social para a luta contra o paludismo vai ser elaborado, multiplicado e divulgado no seio dos parceiros do PNLP.

Serão organizadas sessões de mobilização de recursos financeiros e materiais para o reforço das actividades de IEC/CMC. Com o apoio técnico do PNLP a DIECS elaborará e divulgará mensagens através das rádios nacional, privadas e comunitárias. Serão elaborados, testados, produzidos e distribuídos suportes de IEC.

A comemoração do Dia Africano de Luta contra o Paludismo é utilizada para a divulgação de mensagens de sensibilização da população para a luta contra o paludismo.

### ***Intervenções essenciais :***

Elaboração de uma política de mobilização social

Elaboração , testagem, produção e distribuição de suportes de IEC/CMC

Divulgação de mensagens pelas rádios comunitárias, privadas e publica, TV e junto da população alvo

Comemoração do Dia Africano de Luta contra o Paludismo

### ***Principais indicadores :***

Numero de estruturas sanitárias com os suportes de IEC/CMC

Numero de programas radiofónicos e televisivos difundidos

### **3.6.4 Coordenação da parceria**

#### ***Objectivos***

Comité de coordenação dos parceiros da luta contra o paludismo funcional

#### ***Situação Actual***

Com o conflito político –militar de 1998 muitos dos parceiros de luta contra o paludismo deixaram o país. Mas nos últimos 2 anos o numero de parceiros tem vindo a aumentar, tanto a nível central como ao nível das Regiões Sanitárias. Até ao momento alguns parceiros realizam actividades no terreno sem informarem ao programa, isso pode levar a uma duplicação de recursos para a realização de algumas actividades.

#### ***Estratégias***

Reforço da advocacia junto dos parceiros e das autoridades nacionais.

Reforço da colaboração com os serviços Saúde da Família, AIDI, PAV, DIECS

#### ***Modalidades da implementação :***

As Direcções Regionais de Saúde farão o recenseamento dos parceiros existentes na região e identificarão as suas vocações (IEC, Impregnação de mosquiteiros, etc), elaborarão planos regionais para a coordenação da parceria nas respectivas regiões. O plano regional servirá de base ao PNLN para elaborar um plano de coordenação da parceria na luta contra o paludismo ao nível nacional.

Continuarão a ser planificadas reuniões trimestrais com os parceiros a nível central para a planificação e discussão dos relatórios das actividades realizadas e o mesmo será feito nas regiões sanitárias.

### ***Intervenções essenciais***

Sessões de reuniões com as autoridades do ministério e com os parceiros de FRP

Elaboração de um plano de coordenação da parceria da luta contra o paludismo

Vulgarização das informações sobre a luta contra o paludismo no país

### ***Principais indicadores :***

Numero de reuniões com os parceiros realizadas por ano

Numero de documentos partilhados no seio do Comité de FRP

## **3.7 Seguimento da performance e avaliação do impacto**

### **3.7.1 Seguimento/supervisão**

O sistema de monitorização e avaliação (SM&A) deverá ser funcional de forma a servir de suporte à implementação e avaliação do PEN, permitindo a adequação das intervenções e tomada de decisões estratégicas baseadas em evidências. Para tal, os principais indicadores de seguimento e avaliação do PEN foram identificados. O actual SM&A será, por conseguinte, reforçado nos seus principais componentes: o Sistema de Informação Sanitária, a supervisão, avaliação e a pesquisa operacional. As informações provenientes das diferentes fontes serão tidas em conta de forma integrada e permitirão uma melhor coordenação.

### ***Objectivos:***

Atingir a completção de pelo menos 85% dos boletins mensais de informação sanitária

Analisar os dados do SIS pelo menos 2 vezes por ano em todas regiões e proceder à retro-informação às áreas sanitárias

Efectuar pelo menos 2 supervisões anuais do nível nacional e 4 do nível regional

Analisar os dados do SIS a nível central ( DHE/PNLP) e proceder a retroinformação 4 vezes por ano

### ***Situação Actual***

O Sistema Nacional de Informação Sanitária do MINSAP– Inclui o sub-sistema de rotina da DHE, o de Recursos Humanos, da Ajuda Externa, Administração e Património, da DSF e as informações provenientes das supervisões. Estas informações, após serem tratadas pelos serviços responsáveis devem ser disponibilizadas aos utilizadores. Quanto aos dados de rotina sobre a prestação de serviços de saúde e a vigilancia epidemiológica, a DHE coordena um sistema mensal de colheita integrada de dados nas estruturas sanitárias públicas. Os dados ao nível das regiões ainda não são informatizados, isso só



acontece a nível central. PNLP participa activamente na análise e interpretação dos dados da DHE e elabora uma retroinformação em forma de relatórios trimestrais.

Supervisão integrada do MINSAP– o MINSAP criou uma equipa de supervisores a nível central constituída por técnicos seleccionados de diferentes serviços do MINSAP. Esta supervisão é efectuada semestralmente e é suposta cobrir certos aspectos dos diferentes programas essenciais, incluindo o paludismo, que são comunicados aos respectivos programas para acção. Tendo em conta o carácter global e a falta de tempo para monitorar de forma aprofundada os aspectos ligados ao paludismo e sobretudo quando algumas alterações são feitas à política, torna-se necessário que o PNLP possa colmatar essas lacunas.

Supervisão específica efectuada pelo PNLP – Como já referido no ponto anterior o PNLP deve realizar visitas de supervisão regulares para avaliar a implementação e corrigir as lacunas técnicas que possam existir. Infelizmente, esta actividade não foi suficientemente realizada por falta de pessoal, por esta razão o PNLP tem solicitado o apoio dos técnicos de outros serviços.

### ***Estratégias***

Reforço de seguimento a todos os níveis;

Reforço da colaboração com outros programas na supervisão;

Padronização dos dados de rotina do Sub - SIS geridos pela DHE e dos instrumentos de supervisão;

Descentralização efectiva e reforço da análise das informações e retro-informação e da utilização dos dados.

### ***Modalidade da implementação***

Obtenção de um consenso sobre um instrumento integrado de supervisão - o guião de supervisão nacional e regional será revisto e harmonizadas as informações básicas a recolher. Eventualmente, consoante as especificidades regionais, poderão ser acrescentadas as informações consideradas pertinentes localmente. A implementação das intervenções novas será seguida mais intensamente pelo PNLP .

Integração dos indicadores essenciais do PEN na recolha de dados de rotina- o boletim do SIS mensal da DHE será revisto de forma a incluir os principais indicadores necessários à monitorização do PEN.

Criação de capacidades e hábitos para a análise rotineira dos dados e a sua utilização a todos os níveis – no quadro do VID, a DHE tem efectuado formações sobre a vigilância epidemiológica. A nível regional, as reuniões rotineiras (mensalmente em algumas regiões) com as áreas sanitárias serão aproveitadas para promover a análise e apresentação dos resultados que serão utilizados na programação das actividades pelos mesmos. Trata-se de uma oportunidade de formação prática.

### ***Intervenções essenciais***

Padronização dos instrumentos de colheita de dados, integrando todas as informações essenciais

Realização da análise, disseminação e utilização dos dados a todos os níveis

### ***Principais indicadores :***

Manuais de supervisão e boletins de informação padronizados e adequados disponíveis

Análise e utilização dos dados efectuadas a todos os níveis

## **3.7.2 Avaliação**

### ***Objectivo :***

Efectuar uma avaliação a meio percurso durante a implementação do PEN

Efectuar uma avaliação final do PEN

### ***Recordar a situação Actual***

Aquando da elaboração do PEN findo, efectuou-se uma avaliação de base em 2001 . Em 2005 efectuou-se uma avaliação final do PEN. Essas avaliações incluíram inquéritos a nível das comunidades para além das estruturas sanitárias sobre as principais intervenções de luta contra o paludismo. Outras avaliações pontuais foram efectuadas, nomeadamente a avaliação das campanhas nacionais de impregnação de mosquiteiros.

### ***Estratégias***

Definição e estabelecimento de um sistema de avaliação.

Implementação de um ciclo de planificação operacional baseado em resultados

## **Reforço da avaliação a todos os níveis**

### **Modalidades da implementação :**

Serão feitas avaliações tanto internas como externas. Os principais aspectos a considerar deverão ser definidos e um manual de procedimentos deverá ser elaborado adaptando os documentos já existentes da OMS. Os parceiros que actuam no terreno na área do paludismo fornecerão os seus relatórios de actividades ao PNLP. Anualmente serão realizadas reuniões de avaliação conjuntas com as regiões, programas afins do MINSA e outros actores, que servirá de base para a elaboração dos planos anuais operacionais.

### **Principais indicadores :**

Avaliação a meio percurso do plano estratégico realizada.

Avaliação final do realizada.

### **3.7.3 Pesquisa operacional**

#### **Objectivo**

Realizar a cada dois anos estudos de eficácia terapêutica dos antipaludicos utilizados nos centros sentinela

Realizar a cada dois anos estudos de sensibilidade aos insecticidas utilizados

Promover a realização de pelo menos duas pesquisas operacionais identificadas como importantes

Promover a discussão crítica e adopção ou não de resultados de pelo menos duas pesquisas operacionais

#### **Situação Actual**

O PNLP fez em 2002 e em 2004, com o apoio da OMS, testes de eficácia terapêutica aos antipalúdicos. Foram esses resultados que guiaram o país na adopção da nova política de tratamento. Em 2002, também foi realizado o teste de sensibilização dos vectores aos insecticidas em que se demonstrou que o *An. gambiae* ss era sensível aos peritrinoides e ao DDT ( Baldet T, 2002)

O PSB vem fazendo há dez anos estudos sobre a eficácia terapêutica da cloroquina, quinina e sulfadoxina-pirimetamina (Fansidar®) num centro de saúde em Bissau. Ultimamente também incluiu o Artesunato e o Coartem® . O LNSP efectua paralelamente, há dez anos, o seguimento da resistência in

vitro a cloroquina. Estudos operacionais sobre o sistema de saúde relacionados ao paludismo também foram efectuados.

Os resultados dos diferentes trabalhos têm sido divulgados em relatórios pontuais e conferencias nacional.

Embora a pesquisa operacional seja importante, o governo não tem conseguido financiá-la. Contudo envidará esforços na mobilização dos fundos.

### ***Estratégias***

Definição de prioridades de pesquisa operacional na área do paludismo;

Promoção da pesquisa operacional no âmbito da luta contra o paludismo;

Promoção e reforço da utilização dos resultados das pesquisas operacionais.

### ***Modalidades da implementação***

Criar uma «Task force» encarregada de dinamizar a pesquisa operacional sobre o paludismo.

Os decisores, pesquisadores e as regiões que operacionalizam as intervenções deverão estabelecer uma agenda de pesquisa prioritária sobre o paludismo no país. Esta agenda, evidentemente, deverá ser actualizada consoante as lacunas em informação/conhecimento identificados. Assim, esses intervenientes deverão trabalhar em permanente concertação de modo a permitir que, por um lado, as questões essenciais sejam tidas em conta pela pesquisa e, por outro lado, os resultados sejam devidamente ponderados e utilizados. Para tal, há que promover amplamente essa cultura,, uma disseminação adequada e discussão crítica dos resultados. As partes interessadas deverão mobilizar fundos para a formação de alguns elementos das regiões e com base num processo selectivo financiar alguns protocolos de pesquisa a nível local.

### ***Intervenções essenciais :***

Definição das prioridades em pesquisa operacional;

Elaboração e financiamento de protocolos de pesquisa;

Adopção de um plano de acção de pesquisa operacional;

Mobilização de recursos ;

Advocacia junto das autoridades do MINSAP para a promoção de pesquisa operacional;

Organização de jornadas científicas de divulgação dos resultados de pesquisa;

Realização dos testes de eficácia terapêutica dos antipalúdicos e insecticidas

### ***Principais indicadores***

Números de actas das reuniões Task force disponíveis;

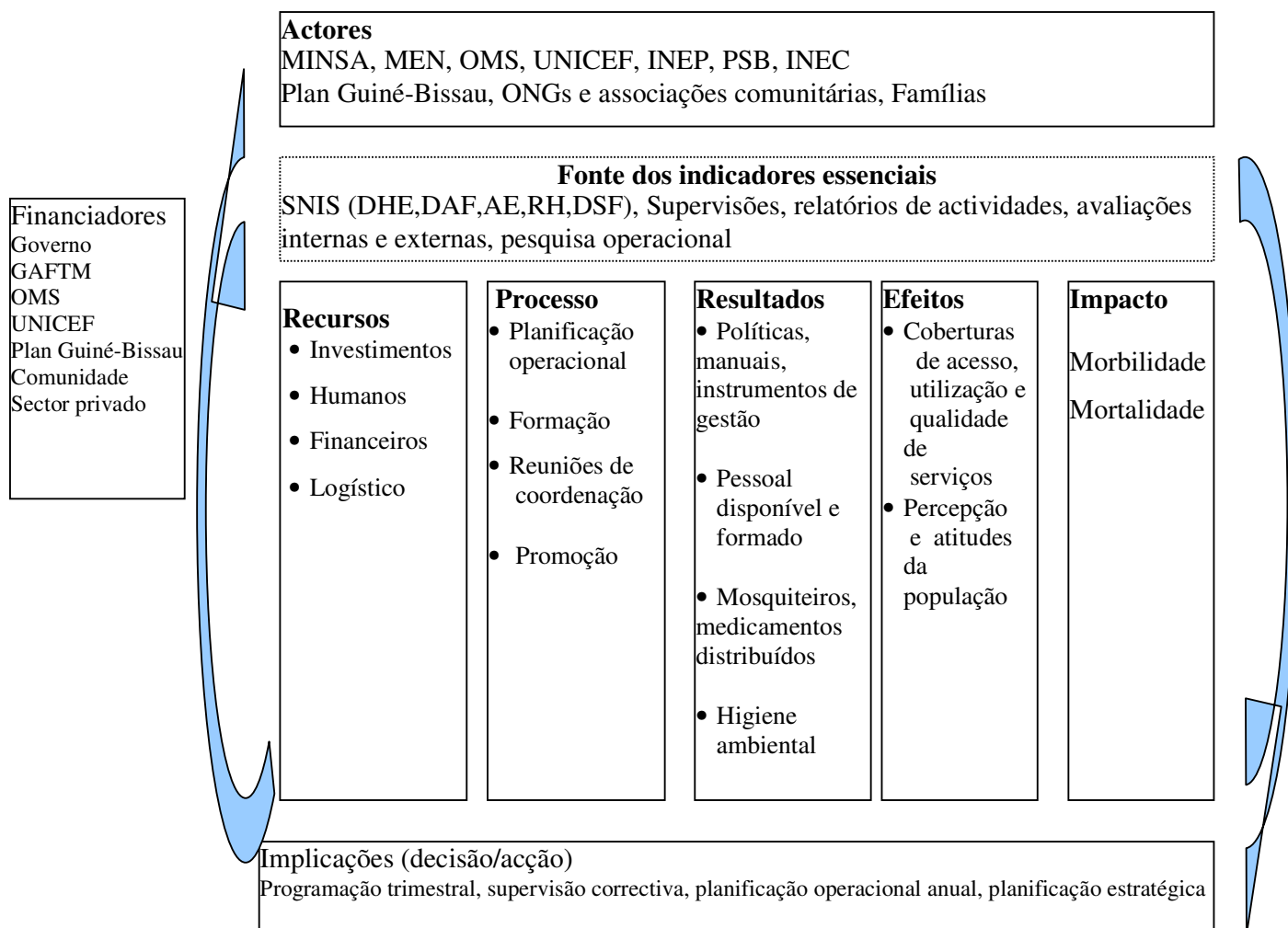
Prioridades em pesquisa operacional sobre o paludismo disponível

Os resultados de pesquisa influenciam as decisões e políticas de luta contra o paludismo.

#### **3.7.4. Enquadramento do sistema de M&A**

Espera-se que com o reforço e melhoria do sistema de monitorização e avaliação as decisões durante a implementação do PEN será facilitada, pois disporá de informações baseados em evidências. A documentação organizada servirá também para a planificação estratégica futura e a preparação de relatórios do país em termos de cumprimento dos objectivos internacionais, nomeadamente da iniciativa FRP, Abuja e dos Objectivos do Milénio (ODM). O quadro lógico do seguimento- e avaliação esquematiza o seu funcionamento e pretende realçar o seu papel na implementação do PEN.

Figura 1. Quadro lógico do sistema nacional de monitorização e avaliação do PEN



### 3.7.5 Principais indicadores para seguimento e avaliação

Os principais indicadores para a M&A do PEN foram identificados:

#### **Recursos (input)**

- Proporção de FS sem ruptura de medicamentos para o manejo de casos de paludismo grave no decorrer dos 3 últimos meses durante 7 dias seguidos
- Proporção de estruturas sanitárias sem ruptura de stock de CTAs no decorrer dos últimos 3 meses durante sete dias consecutivos
- Proporção de técnicos de saúde que fazem manejo de casos de paludismo simples formados sobre a nova política de tratamento
- Proporção de estruturas sanitárias sem ruptura de stock de sulfadoxina-pirimetamina durante 7 dias consecutivos nos últimos 3 meses
- Numero de comprimidos de SP comprados
- Fundos mobilizados para a compra de TCAs
- Quantidade de TCA e de TDR disponível
- Entomologista colocado no PNLP
- Numero de estruturas sanitárias com os suportes de IEC/CMC

## Processo

- Proporção de técnicos de saúde que prestam consulta CPN formados no tratamento preventivo intermitente
- Numero de técnicos formados em paludologia
- Proporção de ASC que são capazes de reconhecer os sintomas de gravidade numa criança menor de cinco anos com febre/paludismo
- Proporção de estruturas sanitárias com TDR
- proporção de estruturas sanitárias com microscópio e técnicos de laboratório disponíveis
- Numero de MII distribuídos às grávidas durante a CPN
- Numero de MII distribuídos às crianças menores de cinco anos durante o PAV
- Numero de mosquiteiros (re-)impregnados
- Numero de reuniões de coordenação de parceiros realizadas
- Numero de reuniões de parceiros realizadas por ano
- Numero de documentos partilhados no seio do Comité de FRP
- Numero de programas radiofónicos e televisivos difundidos
- Manuais de supervisão e boletins de informação padronizados e adequados disponíveis
- Análise e utilização dos dados efectuadas a todos os níveis
- Números de actas das reuniões da Task force disponíveis
- Prioridades em pesquisa operacional sobre o paludismo disponível
- Políticas e decisões de luta contra o paludismo influenciadas pelos resultados de pesquisa
- Realização da avaliação a meio percurso do plano estratégico
- Realização da avaliação final

## Resultados

- Proporção de crianças com paludismo/febre que foram beneficiados com tratamento correcto dentro de 24h que se seguem ao aparecimento dos sintomas
- Proporção de casos de paludismo grave tratados conforme as directrizes nacionais nas formações sanitárias
- Proporção de casos de paludismo simples tratados com TCA a todos os níveis da pirâmide sanitária conforme as directrizes nacionais
- Proporção de casos de paludismo simples tratados com TCA a nível comunitário conforme as directrizes nacionais
- Proporção de crianças < 5 anos que dormiram sob um mosquiteiro impregnado na noite anterior ao inquérito
- Proporção de crianças < 5 anos que dormiram sob um mosquiteiro na noite anterior ao inquérito
- Proporção de grávidas que dormiram sob um mosquiteiro impregnado na noite anterior ao inquérito
- Proporção de grávidas que dormiram sob um mosquiteiro na noite anterior ao inquérito
- Proporção de grávidas que receberam as duas doses de SP no quadro do tratamento presumptivo intermitente conforme as directrizes nacionais

## Impacto

Taxa de mortalidade nas crianças menores de cinco anos e nas grávidas  
Numero de casos de paludismo simples ( provavel e confirmado) nos grupo alvo  
Numero de casos de paludismo grave ( provavel e confirmado) nos grupos alvo

**CAPITULO QUARTO**  
**REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS**



#### **IV- Notas bibliográficas**

Ministério de Saúde Pública, Plano Nacional Estratégico Nacional de Luta contra o Paludismo, 2001-2006, Bissau, Guiné-Bissau

Ministério de Saude Pública, Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, 2003-2007, Bissau, Guiné-Bissau

Ministério da Saúde Pública, Rapport de mission pour appuyer dans la validation des données des Tests d'Efficacités thérapeutique et dans l'organisation de l'Atelier de Consensus National sur la révision de la politique des médicaments antipaludique, Pr. Roger Moyou, 2005, Guiné, Guiné-Bissau

Ministério de Saúde Pública , Politica Nacional de Tratamento do Paludismo na Guiné-Bissau,2005,Bissau , Guiné-Bissau

Ministério de Saúde Pública, Rapport d'évaluation externe du plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2001-2005, 2005, Bissau, Guiné-Bissau

Misnistério da Saúde Pública , Plan de approvisionnement et de gestion des stocks des antipaludiques et d'autres produits de lutte contre le paludisme, 2005, Dr Atulai Adjadi, Bissau , Guiné-Bissau

Organisation Mondiale de la Santé, Faire Reculer le Paludisme, Accélérer la promotion des moustiquaires imprégnées en Afrique, Genève, Suisse

Organisation Mondiale de la Santé, UNICEF, Le Rapport Mondial Mondial sur le Paludisme , 2005, Genève, Suisse

Roll back Malaria Partnership, Global Stratégic Plan 2005-2015, Geneva, Switzerland

Réseau Africain sur la Résistance des Vecteurs, Appuy à l'étude des vecteurs du paludisme et de leur sensibilité aux Pyrithrinoides en Guiné-Bissau , 2002, Dr Baldet T., Bissau , Guinée-Bissau

Républica da Saúde Pública , Boa Governação, Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza ( DENARP), 2004, Bissau, Guiné-Bissau

**CAPITULO QUINTO**  
**ANEXOS**

## 5.1 Diagrama dos problemas

### Manejo correcto de casos

<b>Problemas</b>	<b>Determinantes</b>	<b>HIPOTESIS (explicativas)</b>	<b>HIPOTESIS (Correctivas)</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>
- Atraso na implementação da nova política de tratamento do paludismo simples com TCA	- Ausência de recursos financeiros  - Fraca advocacia junto das autoridades do MINSAP	- Fracos recursos a nível local (orçamento do estado) - Orçamento consagrado a saúde insuficiente (7,5%) - Orçamento mobilizado para a luta contra a cólera em 2005 - A luta contra a epidemia de cólera ocultou as Actividades de todos os outros programas - A equipa do PNLN não foi formada em advocacia - Célula da coordenação de luta contra o paludismo fraca	- Advocacia junto do governo e dos parceiros para a compra dos TCAs e dos TDRs o mais rápido possível - Formação dos técnicos dos programas e serviços em advocacia - Reativação da célula de coordenação do FRP	- Aproveitamento em TCA a todos os níveis da pirâmide sanitária

### Prevenção do paludismo na grávida

<b>Problemas</b>	<b>Determinantes</b>	<b>HIPOTESIS (explicativas)</b>	<b>HIPOTESIS (Correctivas)</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>
Insuficiência na extensão do TPI a todo o país	Numero de técnicos formados insuficiente  SP insuficiente para todo o país  Grande diferença entre TPI1 e TPI2  Fraca informação sobre a aceitabilidade do TPI	Mobilização geral contra a cólera  Chegada tardia dos comprimidos de SP para 4/11 regiões  Inexistência do estudo CAP em relação a SP  Comunicação interpessoal fraca	Melhoria da gestão de stocks  Organização de um inquérito CAP  IEC/CMC	Aproveitamento em SP a todos os níveis  Reforço da capacidade dos técnicos em TPI  Formação dos técnicos em IEC/CMC

LAV (incluindo a promoção dos MIILD) e a gestão do ambiente e saneamento do meio

<b>Problemas</b>	<b>Determinantes</b>	<b>HIPOTÉSES (explicativas)</b>	<b>HIPOTÉSES (Correctivas)</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>
<i>Fraca integração das intervenções de luta contra o paludismo (prevenção) a nível descentralizado</i>	<i>Fraca motivação dos actores do sector público</i>  <i>Ausência de coordenação das actividades de parceria</i>	<i>Fraca participação financeira do Estado</i>  <i>Fraca liderança</i>  <i>Fraco engajamento das DRS</i>	<i>Reforço da liderança do PNLP junto dos parceiros</i>  <i>Sensibilização das DRS para a importância da funcionalidade dos Centros de Impregnação</i>	<i>Estabelecimento de um mecanismo de integração das actividades de luta contra o paludismo a nível descentralizado</i>
<i>O PNLP não dispõe de um entomologista</i>	<i>O único médico entomologista trabalha fora da Função Pública</i>	<i>Não identificação do instituto para a formação</i>	<i>Sensibilização das autoridades do MINSAP</i>  <i>Seleção dos candidatos e das instituições disponíveis</i>	<i>Pôr um entomologista a disposição do PNLP</i>
<i>O PNLP não dispõe de política de promoção dos MII</i>	<i>A política nacional de luta contra o paludismo não foi revista já há 11 anos</i>	<i>Revisão sequencial realizada (tratamento e prevenção durante a gravidez)</i>	<i>Elaboração da política nacional de promoção de MII.</i>	<i>Elaboração de um documento de política nacional de luta contra o paludismo</i>

IEC/CMC/ Mobilização Social

<b>Problemas</b>	<b>Determinantes</b>	<b>HIPOTÉSES (explicativas)</b>	<b>HIPOTÉSES (Correctivas)</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>
<i>Insuficiência na implementação da IEC/CMC</i>	<i>-Número de técnicos especializados em mobilização social para a saúde insuficiente;</i>  <i>-Custos elevados dos programas nos órgãos de comunicação social.</i>	<i>-Insuficiência de suportes de IEC;</i>  <i>-DIECS não tem fundos próprios para a implementação das actividades</i>	<i>-Mobilização dos recursos para a DIECS para a implementação das actividades</i>	<i>Advocacia junto do governo e dos parceiros</i>

Quadro institucional + coordenação da parceria

<b>Problemas</b>	<b>Determinantes</b>	<b>HIPOTÉSES (explicativas)</b>	<b>HIPOTÉSES (Correctivas)</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>
<i>Apesar do engajamento das autoridades do país não existe a visibilidade do programa</i>	<i>Instabilidade dos recursos humanos de primeiro plano a nível institucional</i>  <i>Ausência de advocacia da parte do PNLN</i>	<i>Instabilidade política implica a não continuidade de administração</i>  <i>Falta de formação em advocacia</i>	<i>Construção de um edifício para o PNLN;</i>  <i>Aumento de numero de técnicos afectos ao PNLN;</i>  <i>Formação dos técnicos do PNLN em advocacia</i>	<i>Reforço de advocacia junto dos parceiros e das autoridades nacionais</i>
<i>Dificuldade em mobilizar a parceria para o desenvolvimento da Guiné-Bissau</i>	<i>Não funcionalidade da estrutura de coordenação da parceria FRP</i>	<i>Falta de motivação</i>	<i>Reativação do comité FRP</i>	

Seguimento/avaliação/supervisão/investigação

<b>Problemas</b>	<b>Determinantes</b>	<b>HIPOTÉSES (explicativas)</b>	<b>HIPOTÉSES (Correctivas)</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>
<i>Insuficiência do sistema de Seguimento &amp; avaliação</i>	<i>Fraca coordenação entre os diferentes programas</i>  <i>Vertente seguimento não foi suficientemente desenvolvida no PEN 2001-2005</i>	<i>Inexistência de um instrumento de monitorização integrando as intervenções de luta contra o paludismo</i>	<i>Elaboração de um instrumento de monitorização integrando as intervenções de luta contra o paludismo</i>	<i>Reforço do seguimento e avaliação a todos os níveis</i>
<i>A pesquisa não constitui uma prioridade a nível central</i>  <i>Inexistência de um plano intersectorial da promoção para a pesquisa operacional</i>	<i>Os resultados da investigação anteriores não foram operacionalizados</i>  <i>Os recursos são limitados e a pesquisa não constitui prioridade.</i>	<i>Inexistência de um plano de promoção da pesquisa operacional.</i>  <i>Insuficiência de investigadores nacionais</i>	<i>Advocacia junto das autoridades nacionais sobre a importância da pesquisa operacional na luta contra o paludismo</i>  <i>Elaboração de um plano de promoção da pesquisa operacional</i>	<i>Promoção da pesquisa operacional no Luta conta o paludismo</i>

## 5.2 Plano de implementação 2006 - 2010

### Domínio : 1 Manejo de casos do paludismo simples e grave

Estratégias1 : Melhoria do manejo de casos do paludismo simples com TCA a todos os níveis da pirâmide sanitária,

Estratégia 2 : Introdução dos TDRs nas estruturas sanitárias sem microscópio

Estratégia 3 : Reforço da colaboração com AIDI

INTERVENÇÃO / ACTIVIDADE	RESPONSÁVEL	PARCERIA (IMPLEMENTAÇÃO)	ORÇAMENTO			PARCEIRO FINANCIADOR	CRONOGRAMA					INDICADORE	FONTE DE VERIFICAÇÃO
			CUSTO FCFA	DISPONVEL	A PROCURAR (GAP)		2006	2007	2008	2009	2010		
<b>Mobilização dos recursos para a aquisição dos TCA</b>													
Elaborar um plano de implementação da nova política com a colaboração dos diferentes TCAores	PNLP	OMS	1.200.000	1.200.000		OMS	X					Plano disponível	Plano da implementação
Constituir uma célula multi-sectorial de advocacia	PNLP	DGSP	50.000		50.000		X					Celula constituída	Decreto ministerial
Elaborar um plano de advocacia	PNLP	DIECS	50.000		50.000		X						
Organizar um Télêthon ou uma mesa redonda	MINSAP	PNLP, DIECS Parceiros FRP	20.000.000		20.000.000			X				Télêthon/mesa redonda ministerial	Extrato bancario
Organizar uma reunião com os parceiros a fim de submeter o plano para financiamento	DGSP	PNLP	100.000		100.000		X					Reunião realizada	Relatório da reunião
Submeter um inquérito ao GFATM	PNLP	CCM	SC				X					Pedido submetido	Copia do pedido submetido

Re avaliar a 2a fase da quarta ronda do GFATM para a inclusão dos TCA	PNLP	CCM	SC									Documento da 2a fase revisto	Documento revisto
<b>Aprovisionamento em TCA das Formações sanitárias . Gestão dos TCA.</b>													
Elaborar a regulamentação sobre os TCA e TDR	DSF	PNLP	200.000		200.000		X					Documento disponível	Documento
Multiplicar e distribuir as regulamentações sobre os TCA e TDR	DSF	PNLP	10.700		10.700		X					Documento disponível nos serviços concementes	Cópia de bordereau
Incluir os TCA na lista dos medicamentos essenciais	DSF	PNLP	SC				X					Lista de medicamentos essenciais com os TCA	Lista de medicamentos disponíveis
Validar a nova lista dos medicamentos essenciais	DSF	OMS	570.710		570.710		X					Lista de medicamentos validados	Relatório de validação
Multiplicar e distribuir a lista dos medicamentos essenciais(ME)	DSF	PNLP	10.700		10.700		X					Lista de ME disponível nas Estruturas Sanitárias	Lista de medicamentos
Elaborar e validar a nova política de tratamento	PNLP	Parceiros FRP	1.266.440		1.266.440		X					Documento de política elaborado e validado	Relatório de atelier de validação
Multiplicar e vulgarizar a nova política de tratamento	PNLP	DRS, DSF, CPS, DIECS	1.500.000		1.500.000		X					Documento de política disponível	Documento de política disponível
Apoiar tecnicamente o Programa para a quantificação dos TCA	OMS	PNLP	5.500.000	5.500.000		OMS	x					Quantificação dos TCAs elaborados	Relatório de missão

<i>Elaborar e divulgar as normas para a compra dos TCAs e TDRs</i>	<i>DSF</i>	<i>PNLP</i>	<i>200.000</i>		<i>200.000</i>	<i>A procurar</i>	<i>x</i>					<i>Norma da compra elaborada e divulgada</i>	<i>Normas disponíveis</i>
<i>Comprar os TCA</i>	<i>CEOOME</i>	<i>PNLP</i>	<i>3.494.174.793,61</i>	<i>167.085.440</i>	<i>3.327.089.354</i>	<i>GFATM, UNICEF</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>Numero de TCA comprados</i>	<i>Bordereau de encomenda</i>
<i>Comprar os TDR</i>	<i>CECOME</i>	<i>PNLP</i>	<i>556.780.899</i>		<i>556.780.899</i>		<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>Numero de TDR comprados</i>	<i>Bordereau de encomenda</i>
<i>Distribuição dos TCA</i>	<i>CECOME</i>	<i>Depósitos regionais</i>	<i>7.661.600</i>		<i>7.661.600</i>		<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>TCA disponíveis</i>	<i>Relatório de distribuição</i>
<i>Inventariar os equipamentos de depósitos das farmácias</i>	<i>DSF</i>	<i>CECOME</i>	<i>1.300.000</i>		<i>1.300.000</i>			<i>X</i>				<i>Inventariação realizada</i>	<i>Relatório de inventariação</i>
<i>Equipar os depósitos e as farmácias do sector publico com as cortinas e armários para medicamentos</i>	<i>DSF</i>	<i>CECOME</i>	<i>4.829.000</i>		<i>4.829.000</i>			<i>X</i>				<i>Depósitos e farmácias do Estado equipados com cortinas e armários</i>	<i>Relatório de distribuição</i>
<b><i>SUB- TOTAL 1</i></b>			<b><i>4.095.404.843</i></b>	<b><i>173.785.440</i></b>	<b><i>3.921.619.403</i></b>								



## Domínio 1 : Manejo correcto e precoce dos casos

### Estratégia 4: Reforço da capacidade

INTERVENÇÃO /ACTIVIDADE	RESPONSÁVEL	PARCEIRO (IMPLEMENTAÇÃO)	ORÇAMENTO			PARCEIRO FINANCIADOR	CRONOGRAMA					INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO
			CUSTO	DISPONÍVEL	A PROCURAR (GAP)		2006	2007	2008	2009	2010		
<b>Reforço das capacidades</b>													
Elaborar e validar os módulos de formação sobre os TCA	PNLP	Parceiros	300.000		300.000		X					Módulos elaborados e validados	Relatório de atelier de validação disponível
Multiplicar os módulos de formação em TCA	PNLP	Parceiros	500.000		500.000		x					Multiplicação dos módulos realizados	Módulos disponíveis
Formar formadores no tratamento com os TCA	PNLP	ENS	1.470.860	1.470.860		GFATM	x	x				Numero de técnicos formados	Relatório de formação
Formar técnicos de saúde sobre a nova política de tratamento	PNLP	ENS	9.068.150	9.068.150		GFATM	X	X				Numero de técnicos de saúde formados	Relatório de formação
Formar ASC sobre a nova política de tratamento	DRS	PNLP	13.208.400		13.208.400		x	x				Numero de ASC formados	Relatório de formação
Formar formadores em TDR	LNSP	PNLP	2.073.860		2.073.860		x					Numero formado/previsto	Relatório de formação
Formar os técnicos de laboratório em TDR	LNSP	PNLP	3.838.600		3.838.600		x					Numero de técnicos	Relatório de formação

												formados	
Revisar e validar os currícula da ENS	ENS	PNLP	SC				x					Curriculum escolar revisto	Curriculum revistos disponível
Incluir o módulo de formação TCA no programa escolar de ENS	ENS	PNLP ME	SC				x					Módulo TCA integrado nos programas	Programa de formação disponível
Rever os módulos AIDI	SF	PNLP	SC									Módulos de PCIME revistos	Módulos PCIME previstos disponíveis
Assegurar o seguimento trimestral dos técnicos formados (publico e privado) e ASC	DRS	PNLP	11.413.140	11.413.140		GFATM	X	X	X	X	X	Numero de visitas de seguimento realizados por ano	Relatório das visitas de seguimento
Sensibilizar os profissionais da comunicação social	DIECS	PNLP	450.000	450.000		GFATM OMS	x	x	x	x	x	Numero de técnicos de mass media formados	Relatório de formação
<b>SUB TOTAL 2</b>			<b>42.323.010</b>	<b>22.402.150</b>	<b>19.920.860</b>								

### Domínio 1 : Manejo correcto e precoce dos casos

Estratégia 4: Melhoria do manejo de casos de paludismo grave a todos os níveis da pirâmide sanitária

Estratégia 5: Fornecimento gratuito as crianças hospitalizadas de Kits de urgência para o tratamento do paludismo grave

Estratégia 6: Reforço do sistema de referencia

LIBELLE DE INTERVENÇÃO/ACTIVIDADE	RESPONSÁVEL	PARCEIRO (IMPLEMENTAÇÃO)	ORÇAMENTO			PARCEIRO FINANCIADOR	CRONOGRAMA					INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO
			CUSTO	DISPONÍVEL	A PROCURAR (GAP)		2006	2007	2008	2009	2010		
<b>Abastecimento de Kits de tratamento</b>													
Compra de kits de urgência para o tratamento de paludismo grave nas crianças menores de cinco anos e nas grávidas	CECOME	PNLP	82.000.000	40.000.000	42.000.000	GFATM	X	X	X	X	X	Numero de Kits comprados	Bordereau de encomenda
Formar técnicos de saúde sobre o paludismo grave	PNLP	PNLP	15.000.000	8.673.100	6.326.900	GFATM							
<b>Melhoramento do diagnostico de laboratório</b>													
Compra de microscópios solares	LNSP	PNLP	58.187.500		58.187.500	GFATM		X		X		Numero de kits comprados	Bordereau de encomenda
Compra de consumáveis de laboratório	LNSP	PNLP	11.000.000		11.000.000	GFATM MINSAP		X	X	X	X	consumáveis de laboratório comprados	Bordereau de encomenda
<b>Reforço da componente paludismo de AIDI</b>													
Reuniões trimestrais AIDI/PNLP	PNLP	AIDI	SC				x	x	x	x	x		
Planificações anuais conjuntas	PNLP	AIDI	350.000		350.000		x	x	x	x	x		
<b>Reforço da referencia</b>													

Actualização dos formulários de referencia	PNLP	Serviços Hospitalares	100.000		100.000		x						
Multiplicação de formulários de referencia	PNLP	Serviços hospitalares	3.000.000		3.000.000		x	x	x	x	x		
<b>Sous total 3</b>			<b>169.637.500</b>	<b>48.673.100</b>	<b>120.964.400</b>								

## Domínio 2 : Prevenção do paludismo na grávida

Estratégia 1: Aprovisionamento em SP a todos os níveis

LIBELLE DE INTERVENÇÃO/ACTIVIDADE	RESPONSAVEL	PARCEIRO (IMPLEMENTAÇÃO)	ORÇAMENTO			PARCEIRO FINANCIADOR	CRONOGRAMA					INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO
			CUSTO	DISPONÍVEL	A PROCURAR (GAP)		2006	2007	2008	2009	2010		
<b>Aprovisionamento de SP a todos os níveis</b>													
Compra de comprimidos de SP	CECOME	DSF PNL P SF	17.293.343	10.376.007	6.917.336	GAFM	X	X	X	X	X	Numero de comprimidos de SP comprados	Bordereau de encomenda de
Distribuir comprimidos SP aos DRM e as Estruturas Sanitárias	CECOME	PNLP DRM	8.300.000	4.980.000	3.320.000	GFATM	X	X	X	X	X	Distribuir os comprimidos SP aos DRM e as Estruturas Sanitárias	Bordereau de distribuição
<b>SUB TOTAL 4</b>			<b>25.593.343</b>	<b>15.356.007</b>	<b>10.237.336</b>								

**Domínio 2 : Prevenção do paludismo na grávida**

Estratégia 2: Reforço da capacidade dos técnicos de saúde

INTERVENÇÃO ACTIVIDADE	RESPONSÁVEL	PARCEIRO (IMPLEMENTAÇÃO)	ORÇAMENTO			PARCEIRO FINANCIADOR	CRONOGRAMA					INDICATEURS	SOURCE S DE VERIFICA TION
			CUSTO	DISPONÍVEL	A PROCURAR (GAP)		2006	2007	2008	2009	2010		
<b>FORMAÇÃO DOS TÉCNICOS EM TPI</b>													
<i>Elaborar e divulgar as orientações sobre o TPI nas estruturas publicas, privadas e para-publica</i>	PNLP	SF	1.983.213	1.983.213		OMS	X					Orientações elaborados e vulgarizados	Orientações disponíveis
<i>Formar os técnicos (médicos, parteiras e outros técnicos da saúde) sobre o TPI</i>	PNLP	SF	25.475.308	21.975.308	3.500.000	GFATM	X	x				Numero de técnicos formados	Relatórios de formação
<b>SUB TOTAL 5</b>			<b>27.458.521</b>	<b>23.958.521</b>	<b>3.500.000</b>								

**Domínio 3 : LAV (incluindo a promoção dos MIILD) e a gestão do ambiente e saneamento do meio**

Estratégia 1: Estabelecimento de um mecanismo de integração das Actividades de luta contra o paludismo a nível descentralizado

Estratégia 2: Realização de campanhas nacionais de re-impregnação de mosquiteiros

Estratégia 3: Realização de campanhas integradas de distribuição de MII

Estratégia 4: Distribuição de MII através do PAV e da CPN

INTERVENTION / ACIVIDADE	RESPONSAVEL	PARCERIA (IMPLEMENTAC	ORÇAMENTO			PARCEIRO FINANCIADOR	CRONOGRAMA					INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO
			CUSTO	DISPONÍVEL	A PROCURAR (GAP)		2006	2007	2008	2009	2010		
<b>Planificação conjunta das intervenções de luta contra o paludismo a nível descentralizado</b>													
Identificar os serviços e parceiros de luta contra o paludismo a nível descentralizado	PNLP	DRS SSF	SC				X	X	X	X	X	Numero dos serviços e dos parceiros identificados	Relatório
Realizar reuniões de consenso	PNLP	DRS	681.250		681.250	GFATM	X	X	X	X	X	Número de reuniões de consenso realizadas	Relatório
Elaborar um plano de integração das Actividades de intervenção de luta contra o paludismo	DCPS	PNLP, SSF, DIECS, PEV	2.725.000		2.725.000	GFATM	X	X	X	X	X	Plano disponível	Relatório
Aquisição de 400.000 MIILD	PNLP		1.540.000.000	78.604.260	1.441.395.740	GFATM, OMS UNICEF PLAN -GB	X	X	X	X	X	Numero dos MIILD disponíveis	Relatório
<b>Distribuição de MII no PAV e na CPN</b>													
Distribuir gratuitamente dos MIILD nas mulheres grávidas durante CPN	PNLP	DRS, SSF ONG's	8.175 ,000		8.175 ,000	GFATM,, OMS UNICEF PLAN -GB	X	X	X	X	X	Numero dos MIILD distribuídos	Relatório
Distribuir gratuitamente os MIILD as crianças menores de 1 ano durante a PAV de rotina	PNLP	DRS PEV ONG's	SC			GFATM,, OMS UNICEF PLAN -GB	X	X	X	X	X	Numero dos MIILD distribuídos	Relatório
<b>Campanhas nacionais de impregnação e distribuição de MII</b>													
Aquisição de 1.500.000 insecticidas	PNLP		770.454.546	198.802.000	571.352.546	GFATM,, OMS UNICEF, BM, PLAN -GB,	X	X	X	X	X	Numero das insecticidas disponíveis	Relatório

Organizar a CIM em todas as regiões sanitárias do país	PNLP	DRS PLAN-GB ONG's	328.000.000	24.525.000	303.457.000	GFATM,, OMS UNICEF, BM, PLAN –GB, CVGB	X	X	X	X	X	Numero de CIM organizados	Relatório
Organizar campanha integradas de impregnação e distribuição de MIILD, e desparasitação (mebendazol) e suplemento de vitamina A as crianças menores de cinco anos em 2006			340.279.944	340.279.944			X						
<b>SUB TOTAL 6</b>			<b>2.982.140.740</b>	<b>563.606.944</b>	<b>2.339.929.536</b>								

### Domínio 3: LAV (incluindo a promoção dos MIILD) e a gestão do ambiente e saneamento do meio

Estratégia 5: Afectação de um entomologista a disposição do PNLP

INTERVENÇÃO / ACTIVIDADE	RESPONSÁVEL	PARCEIRO (IMPLEMENTAÇÃO)	ORÇAMENTO			PARCEIRO FINANCIADOR	CRONOGRAMA					INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO
			COU	DISPONIBLE	A PROCURAR (GAP)		2006	2007	2008	2009	2010		
<b>Recrutamento de um médico entomologista formado para o PNLP</b>													
Solicitar junto da Direcção de Recursos Humanos do MINSAP a afectação de um médico entomologista	DGSP	PNLP DRH	SC				X		X		X	Carta solicitação	Relatório
Identificar a selecção de um médico para a formação em entomologia	DRH	PNLP	SC				X		X		X	Numero médicos identificados e seleccionados	Relatório
Formar 8 médicos em paludologia e entomologia	DRH		29.429.455	29.429.455		GFATM, OMS		X	X		X	Numero médicos formados	Relatório
Afectação dos médicos formados no seio do PNLP	DRH		SC					X	X		X	Numero médicos afectos	Relatório
<b>SUB TOTAL 7</b>			<b>29.429.455</b>	<b>29.429.455</b>	<b>0</b>								

#### Domínio 4: Gestão do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo

Estratégia 1: Reforço da coordenação das actividades de luta contra o paludismo

INTERVENÇÃO / ACTIVIDADE	RESPONSÁVEL	PARCEIRO (IMPLEMENTAÇÃO)	ORÇAMENTO			PARCEIRO FINANCIADOR	CRONOGRAMA					INDICADORES	SOURCES DE VERIFICATION	
			COUT	DISPONIBLE	A PROCURAR (GAP)		2006	2007	2008	2009	2010			
<b>Sessões de reuniões os parceiros de FRP no país</b>														
Realizar reuniões trimestrais e anuais de coordenação com os parceiros	PNLP	DCPS	2.500.000		2.500.000							Numero de reuniões realizadas	Relatórios	
Elaborar plano de acção conjuntos com os diferentes parceiros	PNLP	DIECS DRS DHE	817.500		817.500	GFAMT, OMS	X	X	X	X	X	Numero de planos de acção elaborados	Relatório	
Avaliação anual das actividades realizadas em parceria com os diferentes parceiros	PNLP		2.500.000		2.500.000		X	X	X	X	X	Avaliação disponível	Relatório	
<b>SUB TOTAL 8</b>			<b>5.817.500</b>		<b>5.817.500</b>									

#### Domínio 5 :Mobilização e gestão dos recursos

Estratégia 1: Reforço da advocacia junto do governo para aumentar os fundos atribuídos a luta contra o paludismo

Estratégia 2: Reforço da advocacia junto dos parceiros

INTERVENÇÃO / TCAIVIDADE	RESPONSÁVEL	PARCEIRO (IMPLEMENTAÇÃO)	ORÇAMENTO			PARCEIRO FINANCIADOR	CRONOGRAMA					INDICADORES	SOURCES DE VERIFICATION	
			COUT	DISPONIBLE	A PROCURAR (GAP)		2006	2007	2008	2009	2010			
<b>Sessões de reuniões com as autoridades do ministério de saúde . Advocacia junto dos parceiros</b>														
Realizar reuniões de sensibilização com as autoridades do MINSAP e de outros ministérios	PNLP	GAB MIN DCPC	SC		SC		X	X	X	X	X	Numero de reuniões realizadas	Relatório	
Elaborar um cronograma das reuniões de sensibilização	PNLP	DCPS Parceiros	SC		SC		X	X	X	X	X	Cronograma disponível	Relatório	
Realizar reuniões de sensibilização junto dos parceiros ao nível nacional e regional	PNLP	DCPS	2.000.000		2.000.000							Numero de reuniões realizadas	Relatórios	



Divulgar as informações sobre a luta contra o paludismo no país	PNLP	DIECS DRS DHE	817.500		817.500	GFAMT, OMS	X	X	X	X	X	Numero de documentos de informação difundidas	Relatório de
Elaborar um plano de mobilização de recursos	PNLP	DGSP	SC		SC							Plano elaborado	Plano disponível
Elaborar propostas de financiamento a submeter ao GFATM	PNLP	DCPC Parceiros	SC		SC							Propostas submetidas financiamento	Carta de recepção das propostas
<b>SUB TOTAL 9</b>			<b>2.180.000</b>		<b>2.180.000</b>								

### 3.6.4 Domínio : IEC, CMC, e Mobilização Social

Estratégia 1: Advocacia junto dos parceiros

Estratégia 2 : Reforço da mobilização social

INTERVENÇÃO / ACTIVIDADE	RESPONSÁVEL	PARCEIRO (IMPLEMENTAÇÃO)	ORÇAMENTO			PARCEIRO FINANCIADOR	CHRONOGRAMME					INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO
			COUT	DISPONIBLE	A PROCURAR (GAP)		2006	2007	2008	2009	2010		
<b>Elaboração de suportes de IEC/CMC</b>													
Criar um grupo de trabalho com os parceiros para a concepção e elaboração de mensagens e suportes de sensibilização	PNLP	DIECS	SC				X	X				Numero de grupo de trabalho criado	Relatório de
Elaborar suportes de sensibilização	PNLP	DIECS, SSF AGMS, INDE, PEV, DHE	1.498.750		1.498.750	GFATM, OMS UNICEF PLAN - GB	X	X	X	X	X	Numero de suportes de sensibilização elaborados	Relatório de
Realizar missões de testagem dos suportes a nível comunitário	PNLP	DIECS, SSF AGMS, INDE, PEV, DHE	2.418.710		1.498.750	GFATM,, OMS UNICEF	X	X	X	X	X	Numero de missões de testagens feitos	Relatório de
Realizar um atelier de validação de suportes de sensibilização	PNLP	DCPS	817.500		817.500	GFATM, OMS	X	X	X	X	X	Numero de atelier realizados	Relatório de
Reproduzir os suportes de sensibilização sobre a prevenção e luta contra o paludismo	PNLP	DIECS	40.875.500	32.700.000	8.175.500	GFATM,, OMS UNICEF PLAN - GB	X	X	X	X	X	Numero de suportes multiplas	Relatório de

Distribuir os suportes nas estruturas sanitárias, ONG's e Associações de Base comunitaria	PNLP	DRS, DIECS, SSF, AGMS, INDE, PEV, DHE, CVGB	545.000		545.000	GFATM,, OMS UNICEF	X	X	X	X	X	Numero de suportes distribuidos	Relatório
<b>Divulgação de suportes de IEC e das mensagens para os rádios comunitárias, privados e publicas, TV junto da população alvo</b>													
Elaborar mensagens de sensibilização sobre a prevenção de luta contra o paludismo	PNLP	DIECS, SSF, AGMS, INDE, PEV, DHE	1.090.000		1.090.000		X	X	X	X	X	Nombre des messages élaborés	Relatório
Missões de testagem\Focus grupo sobre as mensagens de prevenção a nível comunitária	PNLP	DIECS, SSF, AGMS, INDE, PEV	2.418.710		2.418.710	GFAMT, OMS UNICEF	X	X	X	X	X	Nombre des missions de testages réalisées	Relatório
Estabelecer um protocolo de acordo com as rádios comunitárias, privadas, et publica e com a TV	PNLP	DIECS, DRS	SC			GFAMT, OMS UNICEF PLAN - GB	X	X	X	X	X	Nombre des protocoles d'accords	Relatório
Difusão das mensagens nas rádios comunitárias, privadas e publica	PNLP	DIECS, RC, RP	PM			UNICEF PLAN - GB GFAMT, OMS	X	X	X	X	X	Nombre des messages diffusés	Relatório
Difusão das mensagens de luta contra o paludismo na TV nacional	PNLP	DIECS, TVGB	8.992.500		8.992.500	GFAMT, OMS UNICEF PLAN - GB	X	X	X	X	X	Nombre des messages diffusés	Relatório
Celebração do Dia africano de Luta Contra o Paludismo (JALP)	PNLP	DIECS, AGMS, Radios, TV	12.322.500	3.270.000	9.052.500	GFAMT, OMS UNICEF, BM PLAN -GB	X	X	X	X	X	La JALP réalisé	Relatório
<b>Comunicação Interpessoal</b>													
Sessões de sensibilização junto de 2.000 APDC (agentes de promoção do desenvolvimento comunitario)	PNLP	DCPS, DRS	25.000.000		25.000.000	GFAMT, OMS UNICEF PLAN - GB	X	X	X	X	X	Numero de sessões realizados	Relatório
Sessões de sensibilização junto de 600 leaders de opiniões e chefes religiosos	PNLP	DCPS, DRS	7.500.000		7.500.000	GFAMT, OMS UNICEF PLAN - GB	X	X	X	X	X	Numero de sessões realizados	Relatório
Sessões de sensibilização porta a porta nas areas sanitárias	PNLP	DIECS, DRS, INDE, AGMS, CVGB	12.500.000		12.500.000	GFAMT, OMS UNICEF PLAN - GB	X	X	X	X	X	Numero de sessões realizados	Relatório
<b>SUB TOTAL 10</b>			<b>115.979.170</b>	<b>35.970.000</b>	<b>80.009.170</b>								

## Domínio 7: Coordenação da parceria

Estratégia 1: Reforço da advocacia junto dos parceiros e das autoridades nacionais

Estratégia 2: Reforço da colaboração com os serviços da Saúde da família , AIDI, PAV, DIECS

LIBELLE DE INTERVENÇÃO /ACTIVIDADES	RESPONSÁVEL	PARCEIROS (IMPLEMENTAÇÃO)	ORÇAMENTO			PARCEIRO FINANCIADOR	CRONOGRAMA					INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO
			CUSTO	DISPONÍVEL	A PROCURAR (GAP)		2006	2007	2008	2009	2010		
<b>ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO INTEGRADA</b>													
<i>Recensear os parceiros existentes no nível regional e nacional</i>	DGSP	PNLP	SC		SC			X				<i>Parceiros recenseados</i>	<i>Lista de parceiros disponíveis</i>
<i>Elaborar um plano de coordenação com os parceiros</i>	PNLP	<i>Programas e serviços concementes</i>	SC		SC			X				<i>Instrumento elaborado</i>	<i>Instrumento disponível</i>
<i>Realizar reuniões trimestrais com PAV, AIDI, PAV e DIECS</i>	PNLP	DCPS	2.500.000		2.500.000								
<b>SUB TOTAL 10</b>			<b>2.500.000</b>	<b>0</b>	<b>2.500.000</b>								

## Domínio 8: Seguimento e supervisão

Estratégia 1: Reforço de seguimento a todos os níveis

Estratégia 2: Reforço da colaboração com os outros programas na supervisão

Estratégia 3: Padronização dos dados de rotina geridos pela DHE

LIBELLE DE INTERVENÇÃO / ACTIVIDADES	RESPONSÁVEL	PARCEIROS (IMPLEMENTAÇÃO)	ORÇAMENTO			PARCEIRO FINANCIADOR	CRONOGRAMA					INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO
			CUSTO	DISPONÍVEL	A PROCURAR (GAP)		2006	2007	2008	2009	2010		
<b>ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO INTEGRADA</b>													
Realizar sessões de reuniões com os diferentes serviços e programas do MINSAP e parceiros	DGSP	PNLP	PM					X				Numero de reuniões realizadas	Relatório das reuniões disponíveis
Elaborar um instrumento de seguimento e avaliação integrada	PNLP	Programas e serviços concementes	300.000		300.000			X				Instrumento elaborado	Instrumento disponível
Testar o instrumento de seguimento e avaliação antes da sua aplicação	PNLP	DRS	500.000		300.000			X				Instrumento de seguimento e avaliação testado	Instrumento disponível
Realizar controle de qualidade dos TCA	LNSP	DSF	30.908.075		30.908.075							Contrôle de qualidade realizado	Relatório
Realizar farmaco vigilância	DSF	LNSP	28.441.790		28.441.790		X	X	X	X	X	Farmaco vigilância realizado	Relatório

Apoiar a monitorização semestral integrada	DRS	PNLP	14.925.040		14.925.040		X	X	X	X	X	Numero de visitas de seguimento realizadas	Relatórios de seguimento
Seguimento trimestral dos técnicos formados em TPI	PNLP	DRS SF	11.413.140	2.305.0500	9.108.090	OMS	X	x	x	x	X	Numero de visitas de seguimento	Relatório das visitas
Supervisão semestral da implementação do TPI	PNLP	DRS SF	15.610.640	8.000.000	7.610.640	OMS	x	X	X	X	X	Numero de visitas de supervisão	Relatório das visitas de supervisão
Organizar as reuniões de inspecção anual e de planificação	PNLP	DHE	2.500.000	2.500.000		GFATM	X	X	X	X	X	Relatório da investigação realizada	Relatório das reuniões
Garantir 4 supervisões por ano das actividades de FRP a nível das Regiões sanitaria	DRS	PNLP	20.008.610		20.008.610		X	X	X	X	X	Numero de visitas de supervisão realizadas	Relatório da supervisão disponível
Garantir 2 supervisões nacionais por ano das Actividades de FRP	PNLP	DRS	31.167.977	25.000.000	7.167.977	GFATM	X	X	X	X	X	Numero de visitas de supervisão realizadas	Relatório da supervisão disponível
<b>SUB TOTAL 11</b>			<b>167.412.632</b>	<b>46.913.140</b>	<b>120.299.492</b>								

## Domínio 7 : Avaliação

Estratégia 1: Definição e estabelecimento de um sistema de avaliação

Estratégia 2: Implementação de um ciclo de planificação operacional baseado em resultados

LIBELLE DE INTERVENÇÃO / ACTIVIDADES	RESPONSAVEL	PARCEIROS (IMPLEMENTACAO)	ORÇAMENTO			PARCEIRO FINANCIADOR	CRONOGRAMA					INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO
			CUSTO	DISPONÍVEL	A PROCURAR (GAP)		2006	2007	2008	2009	2010		
<b>Estabelecimento de um sistema de avaliação</b>													
Reuniões com os DHE e parceiros para definição de um sistema de avaliação	DGSP	PNLP	200.000		200.000			X				Numero de reuniões realizadas	Relatório das reuniões disponíveis
Elaborar um instrumento de avaliação integrada	PNLP	Programas e serviços concementes	SC		SC			X				Instrumento elaborado	Instrumento disponível
<b>Avaliação do Plano Estratégico Nacional</b>													
Realizar a avaliação a meio percurso do plano estratégico nacional 2006-2010	PNLP	DHE PSB	8.650.000		8.650.000			X				Avaliação a meio percurso do PSN realizadas	Relatório da avaliação disponível
Realizar a avaliação final do Plano Estratégico Nacional 2006-2010	PNLP	DHE PSB	16.300.000		16.300.000					X		Avaliação final do PEN realizadas	Relatório da avaliação disponível
<b>SUB TOTAL 12</b>			<b>25.150.000</b>	<b>0</b>	<b>25.150.000</b>								

## Domínio 9: Pesquisa operacional

Estratégia 1: Definição das prioridades da pesquisa operacional

Estratégia 2: promoção da pesquisa no âmbito da luta contra o paludismo

Estratégia 3: Promoção e reforço da utilização das pesquisas operacionais

INTERVENÇÕES / ACTIVIDADES	RESPONSÁVEL	PARCEIRO (IMPLEMENTAÇÃO)	ORÇAMENTO			PARCEIRO FINANCIADOR	CRONOGRAMA					INDICADORES	SOURCES DE VERIFICATION
			CUSTO	DISPONÍVEL	A PROCURAR (GAP)		2006	2007	2008	2009	2010		
<b><i>Criação de um "task forces" para a pesquisa operacional</i></b>													
<i>Realizar as reuniões com os diferentes parceiros para a obtenção de um consenso sobre a criação de um « task forces »</i>	DGSP	PNLP	SC					X	X			Consensos obtidos	Relatórios das reuniões
<i>Elaborar um protocolo de funcionamento « task forces »</i>	DGSP	PNLP	SC					X	X			Protocolo de funcionamento elaborado	Protocolo de funcionamento disponível
<i>Elaborar e adoptar um plano de acção da investigação operacional</i>	Group Task forces	PNLP	SC					X				Plano de acção elaborado	Plano de acção disponível
<i>Realizar sessões de advocacia junto dos parceiros para a mobilização dos recursos financeiros para a pesquisa</i>	DGSP	PNLP Grupo task forces	500.000		500.000			X	X			Numero de sessões de advocacia realizados	Relatório das sessões de advocacia disponíveis

Realizar sessões de advocacia junto das autoridades do MINSAP sobre a importância da investigação operacional	PNLP	Grupo task forces	SC						X			Numero de sessões advocacia realizados	Relatório das sessões advocacia disponíveis
Organizar as datas científicas/vulgarização dos resultados da investigação	PNLP	Grupo Task force	25.000.000		25.000.000		X	X	X	X	X	Numero de jornadas científicas realizadas	Relatórios das jornadas científicas realizadas
Realizar a cada dois anos os testes de sensibilidade dos vectores aos insecticidas	LNSP	PNLP	12.500.000	8.000.000	4.500.000	GFATM	X		X		X	Teste de sensibilidade realizadas	Relatórios de estudos disponíveis
Realizar a cada dois anos os testes de eficácia terapêutica	LNSP	PNLP	45.454.126	19.235.711	26.208.415	GFATM	x		x			Testes de eficácia terapêutica realizadas	Relatório de estudos
Realizar um inquérito para avaliação da qualidade dos cuidados	PNLP	PSB DHE	1.973.970		1.973.970			x				Inquérito realizados	Resultados do inquérito
Realizar um inquérito CAP sobre aceitabilidade dos TCAs e para conhecer as razões da perda entre o TPI1 e TPI2	PNLP	PSB DHE	18.759.400		18.759.400				x			Inquérito realizado	Resultados de inquérito
			<b>1.044.187.496</b>	<b>27.235.711</b>	<b>76.951.785</b>								



**RESUMO**

<b>COMPONENTE</b>	<b>ORÇAMENTO FCFA</b>		
	<i>Total</i>	<i>Disponível</i>	<i>A procurar</i>
<i>Manejo correcto de casos</i>	4.307.365.353	244.860.654	4.042.604.587
<i>Prevenção do paludismo na mulher grávida</i>	50.051.864	39.314.528	13.737.336
<i>Luta antivectorial</i>	3.011.570.195	593.036.399	2.339.929.536
<i>Gestão do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo</i>	5.817.500	0	5.817.500
<i>Mobilização e gestão dos recursos</i>	2.180.000	0	2.180.000
<i>IEC,CMC e Mobilização Social</i>	115.979.170	35.970.000	80.009.170
<i>Coordenação da parceria</i>	2.500.000		2.500.000
<i>Seguimento e supervisão</i>	167.412.632	49.913.140	120.299.492
<i>Avaliação</i>	25.150.000	0	25.150.000
<i>Pesquisa operacional</i>	1.044.187.496	27.235.711	76.951.785
<b>TOTAL</b>	<b>8.730.034.210</b>	<b>990.330.432</b>	<b>6.709.179.406</b>

Custo total em dólares americanos : 17.261.799

Cambio do dólar =505,743

### 5.3 Lista das pessoas que contribuíram na elaboração do Plano Estratégico

Nº	NOME E APELIDO	TITULO/PROVENIÊNCIA
1	Evangelino Quade	Coordonador do PNLP, MINSAP
2	Pepas Vicente Natack	Director dos Serviços Farmaceuticos
3	Jean Pierre Umpeça	Director da Direcção dos IEC para a Saúde
4	Luis Silva Lopes	Director dos Cuidados Primários de Saúde
5	Felisberto B. Pereira	AGMS ( Agencia de Mobilização Social)
6	Luciano Sana Job	ONG- INDI
7	Paulo Djata	Director da Direcção da Saúde da Família
8	Agostinho N'Dumba	Director clinico do Hospital Nacional Simão Mendes
9	Fernanda Alves	NPO/MAL/OMS – Guinée Bissau
10	Stéphane A. Tohon	ICP/MAL/WA - OMS – Togo, Lomé