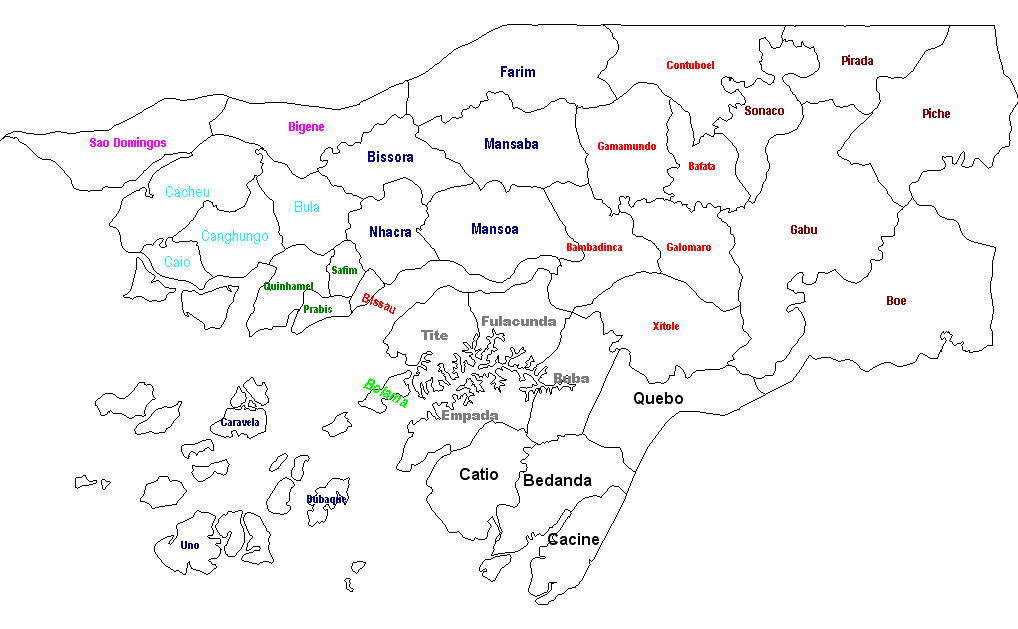
REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU

MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA, FAMÍLIA E COESÃO SOCIAL

DIRECÇÃO GERAL DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

**PROGRAMA NACIONAL DE LUTA CONTRA O PALUDISMO**

**PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE LUTA CONTRA O PALUDISMO 2018 - 2022**



**Julho 2018**

# TABELA DE INDICE

TABELA DE INDICE 2

LISTA DAS TABELAS 4

LISTA DAS FIGURAS 4

PREÂMBULO 5

AGRADECIMENTOS 6

LISTA DOS ACRÓNIMOS 7

RESUMO 9

INTRODUÇÃO 10

I. PERFIL DO PAÍS 14

1.1 Situação geográfica 14

1.2 Sistema socio-político 15

1.3 Situação demográfica 15

1.4 Ecosistema, ambiente e clima 16

1.5 Situação socio-económica 17

1.6 Análise do sistema de saúde 18

1.6.1 Política e estratégia nacional de saúde 18

1.6.2 Sistema de saúde pública 18

1.6.3 Sistema de saúde privado 23

1.6.4 Sistema comunitário para a saúde 24

1.6.5 Medicina tradicional 24

1.6.6 Performance do sistema de saúde 24

1.6.7 Contribuição do sistema de saúde na luta contra o paludismo 25

1.6.8 Contribuição do PNLP no reforço do sistema de saúde 25

II. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO PALUDISMO 26

2.1 Histórico da luta contra o paludismo 26

2.2 Perfil epidemiológico 27

2.2.1 Parasitas do paludismo 27

2.2.2 Vectores do paludismo 27

2.2.3 Mudança/evolução da distribuição de espécies de parasitas 27

2.2.4 Estratificação e cartografia do paludismo 28

2.2.5 Morbilidade e mortalidade 29

2.3 Revisão do plano estratégico de luta contra o paludismo 2013-2017 31

2.3.1 Principais resultados de luta contra o paludismo 31

Evolução dos indicadores do quadro de performance 32

2.3.1.1 Evolução da LAV 32

2.3.1.2 Evolução do manejo de casos 34

2.3.1.3 Evolução da prevenção do Paludismo nas grávidas 38

2.3.1.4 Evolução da Quimioprevenção do Paludismo Sazonal 39

2.3.1.5 Evolução da Gestão dos Aprovisionamentos e dos Stocks (GAS) 40

2.3.1.6 Evolução da advocacia, mobilização social e da comunicação para a mudança de comportamento 40

2.3.1.7 Nível de realização dos objetivos de preparação e resposta contra as epidemias do paludismo 41

2.3.1.8 Evolução da vigilância, Seguimento e Avaliação 42

2.3.1.9 Evolução da funcionalidade da gestão do programa 43

2.3.2 **Principais fraquezas de implementação e medidas de reforços** 44

2.4 Desafios para o programa em 2018-2022 45

III. QUADRO ESTRATÉGICO DO PEN 2018-2022 46

3.1 Visão 46

3.2 Missão 46

3.3 Orientações estratégicas e prioridades políticas 47

3.4 Finalidade e objetivos 48

3.4.1 Finalidade 48

3.4.2 Objetivos 48

3.4.2.1 Objectivo geral 48

3.4.2.2 Objetivos específicos 48

3.5 Principais estratégias de luta 48

3.5.1 Gestão e coordenação do programa 49

3.5.2 Luta Antivectorial (LAV) 49

3.5.3 Prevenção do Paludismo nas grávidas 50

3.5.3.1 Tratamento Preventivo Intermitente (TPI) 50

3.5.3.2 MILDA nas grávidas 50

3.5.4 Quimioprevenção do Paludismo Sazonal 51

3.5.5 Diagnóstico e Manejo de casos 51

3.5.6 Promoção da saúde 52

3.5.7 Luta contra as epidemias e Urgências do Paludismo 54

3.5.8 Gestão dos aprovisionamentos e dos stocks 54

3.5.9 Seguimento, Avaliação e Pesquisa operacional 55

IV. QUADRO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PEN 2018-2022 56

4.1 Modalidades de implementação do PEN 2018-2022 56

4.1.1 Mecanismo de planificação e de implementação 56

4.1.2 Sistema de parceria e de coordenação 57

4.1.3 Aprovisionamento e sistema de gestão das aquisições 57

4.1.4 Gestão dos recursos financeiros 57

4.1.5 Gestão e atenuação dos riscos 57

4.2 Orçamentação do PEN 2018-2022 58

4.2.1 Resumo do orçamento 58

4.2.2 Plano de mobilização dos recursos 59

V. QUADRO DE SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO 1

5.1 Quadro de performance 1

ANEXO N°1: QUADRO DE PERFORMANCE 1

5.2 Sistemas de gestão dos dados 1

5.2.1 Utilização dos dados de rotina 1

5.2.2 Avaliação do impacto 1

5.3 Mecanismos de coordenação do S&A 1

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 3

ANNEXOS 3

# LISTA DAS TABELAS

Tabela 1: Dados demográficos 12

Tabela 2: Indicadores sanitários e socio-económicos 13

Tabela 3: Rácio de habitantes por grupos profissionais, parteiras e técnicos de radiologia 15

Tabela 4: Evolução do financiamento da saúde 17

Tabela 5 : fonte de financiamento por estado e parceiros 18

Tabela 6: Fatores ambientais, regiões e tamanho da população por estrato 24

Tabela 7: Evolução dos indicadores do quadro de performance 28

Tabela 8 : Distribuição dos MILDA na campanha 29

Tabela 9: Distribuição dos MILDA na rotina 30

Tableau 10 : Progressos dos indicadores do diagnóstico parasitológico ao nível das ES, 2013-2017 31

Tabela 11 : Progressos de indicadores do diagnóstico parasitológico ao nível dos ASC, 2013-2017 32

Tabela 12 : Progressos dos indicadores de Gestão ou Manejo de casos paludismo ao nível das ES, 2013-2017 33

Tableau 13 : Progressos dos indicadores de Gestão ou Manejo do paludismo ao nível dos ASC, 2013-2017 34

Tableau 14 : Coberturas TPI durante as Consultas Pré-natais 2013-2017, GUB 35

Tabela 15 : Cobertura da QPS, 2013 à 2017 35

Tabela 16 : Casos de paludismo confirmado nos ultimos 5 anos 38

Tabela 17 : Principais fraquezas de implementação e medidas de reforços 41

Tabela 18: Repartição do orçamento por domínio 56

Tabela 19 :Quadro de performance 1

# LISTA DAS FIGURAS

Figura 1: Mapa administrativo da Guiné-Bissau 10

Figura 2:Prevalência do paludismo estratificada por grupo etário 25

Figure 3: Taxa de incidência de paludismo 2013-2017 26

Figura 4 : Taxa de letalidade de paludismo 2013-2017 26

Figura 5: Taxa de mortalidade de paludismo 2013-2017 27

Figura 6: Exames realizados 2013-2017

Figure 7: Taxa de utilização de TDR e GE, 2013-2017 32

Figura 8 :Reparticao de orcamento per ano 56

Figura 9 :Repartição das proporções do orçamento por domínio 57

# PREÂMBULO

O Ministério da Saúde Pública, no quadro da melhoria da qualidade dos serviços de saúde a todos os níveis, engajou-se já há muitos anos na harmonização das atividades através da elaboração e da implementação de documentos normativos.

O impacto socioeconómico e sanitário do paludismo faz com que ele constitua um dos maiores problemas da saúde pública e um entrave para o desenvolvimento da Guiné-Bissau.

Tendo em conta as mudanças globais no contexto da luta contra o paludismo, o Ministério da Saúde, em colaboração com seus parceiros de desenvolvimento, optou rever pela quarta vez o Plano Estratégico Nacional de luta contra o paludismo com vista a adaptar e/ou introduzir estratégias preventivas e curativas eficazes em relação aos objetivos da Estratégia Técnica Mundial do Paludismo da OMS 2016-2030.

Tratam-se essencialmente de: “atingir a cobertura universal no que diz respeito ao manejo de casos no sector público, privado e na comunidade”, “atingir e manter o acesso universal no que diz respeito as medidas de prevenção assim como sua utilização” e “acelerar o desenvolvimento dos sistemas de vigilância”.

É neste contexto, que intervêm a elaboração do Plano Estratégico Nacional 2018-2022. O roteiro das intervenções deste documento deverá permitir aos diferentes atores de luta contra o paludismo, em particular os parceiros nacionais e internacionais de dispor de instrumentos de planificação, execução e avaliação das ações

É por isso que eu convido a todos os parceiros do desenvolvimento, pessoal de saúde, decisores, ONG, à se apropriarem deste documento, para uma melhor conjugação e coordenação dos esforços no terreno, para a implementação das intervenções essenciais em via de atingir os objetivos propostos.

Aproveito esta ocasião para exprimir a minha gratidão à todas as pessoas e instituições que contribuíram para a elaboração deste documento.

**A Ministra da Saúde Pública Família e Coesão Social**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dra. Maria Inácia Có Mendes Sanhá**

# AGRADECIMENTOS

Agradeço em nome do Governo da Guiné-Bissau e em meu nome próprio, à Organização Mundial da Saúde (OMS), à RBM, ao Fundo Mundial (FM), ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), aos diferentes parceiros de luta contra o paludismo e à todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para melhorar este documento.

Agradeço igualmente aos consultores internacionais vindos da parte da OMS e RBM, aos consultores nacionais contratados para apoiar neste trabalho, que estiveram presentes durante todo este processo e que contribuíram muito para a obtenção do resultado final deste trabalho.

**O Diretor Geral de Prevenção e Promoção da Saúde**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dr. Agostinho M’Barco N’Dumba**

# LISTA DOS ACRÓNIMOS

|  |  |
| --- | --- |
| **ACT** | Terapêutica Combinada à base de Artemisinina |
| **AGMS** | Associação Guineense para a Marketing Social |
| **AGUIBEF** | Associação Guineense para o Bem-estar Familiar |
| **AQ** | Amodiaquina |
| **ARMA** | Atlas de Risco de Malária em África |
| **AS** | Área Sanitária |
| **ASC** | Agente de Saúde Comunitária |
| **BAD**  **CCIA** | Banco Africano para o Desenvolvimento  Comité de Coordenação Interagência |
| **CCSS** | Comité de Coordenação do Setor de Saúde |
| **CECOME** | Central de Compras de Medicamentos Essenciais |
| **CG-PNDS** | Célula de Gestão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário |
| **CMC** | Comunicação para a Mudança de Comportamento |
| **CPN** | Consulta Pré-Natal |
| **CSLS** | Célula Sectorial de Luta contra Sida |
| **DENARP** | Documento Estratégico Nacional para a Redução da Pobreza |
| **DDT** | Diclorodifeniltricloroetano |
| **DGPPS** | Direção Geral de Prevenção e Promoção da Saúde |
| **DIECS** | Direção de Informação, Educação e Comunicação para a Saúde |
| **DSFARLM** | Direção de Serviço de Farmácia, Laboratório e Medicamento |
| **DRHAS** | Direção dos Recursos Humanos e Administração da Saúde |
| **DRS** | Direção Regional de Saúde |
| **DSANSC** | Direção de Serviço de Alimentação, Nutrição e Sobrevivência da Criança |
| **DSSR** | Direção de Serviço da Saúde Reprodutiva |
| **FFOA** | Força, Fraqueza, Oportunidades, Ameaças |
| **FMSTP** | Fundo Mundial de luta contra SIDA, Tuberculose e Paludismo |
| **FRP** | Fazer Recuar o Paludismo |
| **GAS** | Gestão dos aprovisionamentos e dos stocks |
| **GE** | Gota Espessa |
| **GMAP** | Plano Mundial de Luta contra o Paludismo |
| **IEC/CMC** | Informação, Educação, Comunicação/Comunicação para Mudança de Comportamento |
| **INASA** | Instituto Nacional de Saúde Pública |
| **LAV** | Luta Antivectorial |
| **LIV** | Luta Integrada dos Vetores |
| **LNSP** | Laboratório Nacional da Saúde Pública |
| **MICS** | Inquéritos aos Indicadores Múltiplos |
| **MILDA** | Mosquiteiro Impregnado de Longa Duração de Acão |
| **MINSAP** | Ministério da Saúde Pública |
| **OBC** | Organização à Base Comunitária |
| **OMD** | Objetivos do Milénio para o Desenvolvimento |
| **OMS** | Organização Mundial da Saúde |
| **ONG** | Organização Não Governamental |
| **OOAS** | Organização Oeste Africana da Saúde |
| **OUA** | Organização da Unidade Africana |
| **PEN** | Plano Estratégico Nacional |
| **PIC** | Plano Integrado de Comunicação |
| **PNDS** | Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário |
| **PNLP** | Programa Nacional de Luta contra o Paludismo |
| **PNUD** | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento |
| **POPEN** | Plano Operacional de Alto Impacto para Redução da Mortalidade Materna e Infantil |
| **PSB** | Projeto de Saúde de Bandim |
| **QPS** | Quimioprevenção do Paludismo sazonal |
| **RBM** | Roll Back Malaria |
| **SAB** | Sector Autónomo de Bissau |
| **SIDA** | Síndrome de Imunodeficiência Adquirida |
| **SIS** | Sistema de Informação Sanitária |
| **SNS** | Serviço Nacional de Saúde |
| **SP** | Sulfadoxina-Pirimetamina |
| **S&A**  **TBE** | Seguimento e Avaliação  Taxa Bruta de Escolaridade |
| **TDR**  **TLE** | Teste de Diagnóstico Rápido  Taxa Líquida de Escolaridade |
| **TPI** | Tratamento Preventivo Intermitente |
| **UEMOA**  **UGS\_FM** | União Económica Monetária Oeste Africana  Unidade de Gestão da Subvenção do Fundo Mundial |
| **UNICEF** | Fundo das Nações Unidas para a Infância |
| **WARN** | Rede Oeste Africana de Luta contra o Paludismo |

# RESUMO

O paludismo constitui um problema de saúde pública na Guiné–Bissau. É uma doença endémica de transmissão estável e de prevalência elevada. A doença representa a primeira causa de morbilidade e de mortalidade geral, sobretudo, nas crianças menores de 5 anos e grávidas. Mais de 17% da solicitação dos serviços de saúde ao nível do país durante o ano, é devido ao paludismo.

As autoridades político administrativas da Guiné-Bissau estão conscientes do grande desafio que constitui o paludismo para o desenvolvimento do país já confrontado com diferentes obstáculos. Assim, as autoridades aderiram à todas as iniciativas mundiais entre as quais: “Fazer Recuar o Paludismo” e os “Objetivos do Milénio para o Desenvolvimento". Para o cumprimento das metas destes objetivos, vários documentos foram elaborados como os planos estratégicos e plano operacional de passagem à escala nacional das intervenções de alto impacto na redução das mortalidades materna e infantil.

O primeiro plano estratégico de luta contra o paludismo (2001-2005) foi desenvolvido depois da Cimeira de Abuja em abril 2000 e tinha como objetivo alcançar as metas definidas na referida conferência. O segundo plano estratégico 2006-2010 e o plano complementar 2010-2013 tinham como alvo atingir o acesso universal. Avaliações foram feitas aos dois planos e alguns dos objetivos foram atingidos tais como os ligados a cobertura universal dos MILDA.

Apesar da diminuição do número de casos e óbitos de paludismo, a doença continua a constituir um problema de saúde pública no país. Em 2017, foram notificados 143.554 casos, dos quais 23% em crianças menores de cinco anos. No mesmo período, registaram-se 296 óbitos, sendo que 27% dos mesmos foram notificados em crianças menores de cinco anos. O presente plano, tem como finalidade manter os resultados obtidos ao longo da implementação dos planos estratégicos anteriores e alcançar e/ou manter a cobertura universal de todas as intervenções de luta contra o paludismo.

**Performance do PNLP**

A luta contra o paludismo na Guiné-Bissau evoluiu muito nos últimos anos. Sob as orientações da OMS, o Programa Nacional de Luta contra o Paludismo, tem elaborado políticas e diretrizes, para orientar os intervenientes na luta contra o paludismo no país, que com a ajuda dos seus parceiros tem implementado:

Em 2017 a incidência geral do paludismo na Guiné-Bissau foi de 79‰ (143.554/1.821.040), tendo diminuído em 6‰ em relação ao ano transato (2016), em que a incidência foi de 85‰ (152.404/1.784.458).

Segundo o relatório de estudo realizado pelo PSB em 2017 para avaliar o impacto da campanha de distribuição universal de MILDA - 2017, a prevalência do paludismo nas crianças dos 6 a 59 meses foi de 0.7% a nível nacional; sendo que as regiões sanitárias de Bijagós e Gabú tiveram maior prevalência, 4.2% e 2.4% respetivamente. Nos indivíduos com 5 anos de idade e mais a prevalência foi de 1.5%, com predominância das regiões sanitárias de Gabu (5.0%), Bafatá (3.1%), Bolama (2.8%) e Bijagós (2.4%).

No mesmo âmbito notou-se uma diminuição acentuada da taxa de prevalência do paludismo no país em relação a 2012, passando de 9.9% para 0.7% na faixa etária dos 6 aos 59 meses e de 7.9% para 1.5% na faixa etária dos 5 anos e mais.

Também se constatou uma melhoria em termos de número de casos confirmados e de óbitos registados. Se em 2012 o número de casos e óbitos notificados foi de 131.278 e de 371, em 2017 foi de 143.554 e 296 respetivamente. Isto pode ser atribuído à melhoria no registo e notificação de casos e óbitos em todos os níveis da pirâmide sanitária e em todos os sectores (público e privado), incluindo o nível comunitário. Por outro lado, a gratuitidade dos meios de diagnóstico, a aplicação da política de diagnóstico e tratamento, bem como as supervisões formativas podem ter contribuído para a melhoria desses indicadores.

**Visão e missão do PNLP**

A ***visão*** do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo é que o paludismo deixe de ser um problema de saúde pública na Guiné-Bissau.

A ***missão*** do PNLP é de contribuir na implementação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário com vista a reduzir a morbilidade e a mortalidade atribuídos ao paludismo. Para isso o PNLP: (i) promoverá o acesso universal à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento correto do paludismo para reduzir as taxas de morbilidade e mortalidade atribuídos ao paludismo; (ii) contribuirá para o alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Durável (ODD) no que diz respeito ao paludismo (ODD 3).

**Princípios e valores**

A Guiné-Bissau aderiu aos **princípios** de saúde primária que são: a aceitabilidade, a eficácia e a eficiência dos cuidados de saúde, a reatividade dos serviços de saúde, o acesso universal aos cuidados, a coordenação intrassectorial e a colaboração intersectorial, a participação individual e coletiva.

Os **valores** que orientam este plano advêm do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário **III** e são: a equidade, o respeito pela pessoa humana (solicitude, qualidade de serviços, confidencialidade e atendimento às suas necessidades), a integralidade (bem-estar físico, mental e social) e a integridade (ética profissional).

**Orientações estratégicas**

No quadro do presente plano as ações previstas baseiam-se essencialmente nas seguintes prioridades:

* Manter o acesso universal e uso de MILDA pela população, por um lado e por outro, a coleta permanente de informações sobre a sensibilidade do vetor e a aplicação de outras medidas de prevenção através de um conjunto Luta Integrada dos Vetores.
* Manter o slogan "Não há Paludismo sem confirmação" para todos os níveis, a fim de que o sector público, privado e a comunidade o cumpram na totalidade. Neste contexto, a gratuitidade dos meios de diagnóstico e do tratamento, a formação, a reciclagem, o seguimento e a supervisão formativa, serão prioridades do novo plano estratégico como forma de assegurar o acesso universal aos diferentes serviços.
* Aumentar a cobertura das doses recomendadas do TPI para as grávidas no nível das estruturas sanitárias, bem como alargar a estratégia de QPS para as crianças de 3 a 59 meses, nas regiões alvos***.***
* Melhorar a qualidade de notificação dos dados de paludismo, no quadro do sistema de Seguimento e Avaliação das intervenções de luta contra o paludismo, nomeadamente através do Sistema de Informação Sanitária e da avaliação do impacto do programa. Integrar também os dados do paludismo do sector privado e da comunidade no SIS.
* Reforçar a parceria e a coordenação das intervenções de luta contra o paludismo, levando os parceiros a aderir aos princípios de 3 em 1 (1 só plano estratégico, 1 só plano de seguimento e avaliação e 1 só mecanismo de coordenação da luta contra o paludismo). Melhorar a implicação do sector privado na luta contra o paludismo e fazer advocacia junto do Governo para reforçar a sua contribuição financeira a causa da doença.
* Melhorar a gestão dos aprovisionamentos e dos stocks com vista a assegurar a gestão racional dos produtos de luta contra o paludismo, a sistematização do controlo de qualidade desses mesmos produtos antes e durante as suas utilizações no terreno, bem como, a funcionalidade do sistema de farmacovigilância no país.
* Reforçar a capacidade de gestão do Programa a todos os níveis.

**Objetivos**

A finalidade de luta contra o paludismo na Guiné-Bissau é de reduzir de maneira significativa o fardo do paludismo até 2022.

Por isso, até final de 2022 o PNLP deve:

* Reduzir a taxa de mortalidade ligada ao paludismo em pelo menos 50% em relação à 2015;
* Reduzir a taxa de morbilidade ligada ao paludismo em pelo menos 50% em relação à 2015;
* Reforçar a capacidade de gestão do programa em todos os níveis.

**Principais estratégias de luta**

As principais estratégias que permitirão a Guiné-Bissau de obter uma redução significativa da mortalidade e da morbilidade ligadas ao paludismo são as seguintes:

* O diagnóstico parasitológico de casos, seguido de um tratamento específico e precoce, de acordo com a política nacional;
* A luta contra os vetores, através da distribuição de MILDA para a população, combinado com o saneamento do meio ambiente;
* A prevenção do paludismo nas grávidas, através da administração de TPI e a distribuição de MILDA nas CPN;
* A prevenção do paludismo nas crianças de 3 a 59 meses, nas regiões alvos através da Quimioprevenção do Paludismo Sazonal (QPS);
* As estratégias de suporte que serão transversais a todos os níveis: a IEC/CMC/Mobilização Social sobre o paludismo, o Seguimento e Avaliação de todas as intervenções e Pesquisa Operacional, a Gestão racional dos Aprovisionamentos e dos Stocks e a Gestão e Coordenação do Programa.

**Quadro de implementação**

O processo de planificação, de implementação e de avaliação das intervenções do programa deve ser feita no quadro de colaboração entre PNLP e as diferentes partes envolvidas, nomeadamente outros serviços de saúde do ministério e outros departamentos, autoridades locais, ONG, instituições de pesquisa, parcerias técnico privada, redes de instituições regionais e internacionais.

A Coordenação do seguimento e avaliação será feita em três níveis: central, regional e periférico.

O orçamento global do Plano Estratégico Nacional para o combate ao paludismo na Guiné-Bissau é de **13 527 551 346 (34 419 924** **€)**, nos próximos 5 anos para uma população estimada de **2 285 355** em 2022, ou seja, custo médio anual de investimento de **1 239 FCFA** por habitante **(1,89 €)**.

Os fundos a serem mobilizados a favor de PNLP, tantos do financiamento direto do OGE, como dos privados e junto dos parceiros de cooperação serão objeto de aprovação no CCM (UGS-FM/CG-PNDS), ou junto de CCSS, segundo proveniência de fundos.

Nestas condições, cabe ao MINSAP através do Gabinete de Parcerias, em colaboração com o Ministério dos Negócios Estrangeiros, continuar a promover, dinamizar e estimular a participação dos parceiros.

# INTRODUÇÃO

O paludismo constitui um problema de saúde pública na Guiné – Bissau. É uma doença endémica de transmissão estável e de prevalência elevada. A doença representa a primeira causa de morbilidade e de mortalidade geral, sobretudo, nas crianças menores de 5 anos e grávidas. Mais de 17% da solicitação dos serviços de saúde ao nível do país durante o ano, é devido ao paludismo.

As autoridades político administrativas da Guiné-Bissau estão conscientes do grande desafio que constitui o paludismo para o desenvolvimento do país já confrontado com diferentes obstáculos. Assim, as autoridades aderiram a todas as iniciativas mundiais entre as quais: “FRP” e os “OMD". Para o cumprimento das metas destes objetivos, vários documentos foram elaborados como os Planos Estratégicos e Plano Operacional de passagem à Escala Nacional das intervenções de alto impacto na redução das mortalidades materna e infantil (POPEN).

Apesar dos recursos limitados, a Guiné-Bissau inscreve-se no primeiro grupode países que alcançou os objetivos de Fazer Recuar o Paludismo (FRP) para 2010, relativamente a cobertura universal em Mosquiteiros Impregnados de Longa Duração de Ação (MILDA) desenvolvendo esforços para atingir os OMD (Objetivos do Milénio para o Desenvolvimento).

Na sua declaração política, o Estado da Guiné-Bissau reconheceu a saúde como base do desenvolvimento durável e como um investimento precioso para as futuras gerações. O Documento Estratégico Nacional para a Redução da Pobreza (DENARP) refere que a luta contra o paludismo é uma das prioridades no combate a pobreza.

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 adotou uma política na qual o principal instrumento é o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. O objetivo deste plano é o de contribuir para a melhoria da situação socioeconómica e do bem-estar da população. Isto passa pelo reforço do sistema da saúde a todos os níveis, a colaboração intersectorial e a promoção da saúde. Neste documento o eixo vigilância integra a luta contra o paludismo.

O primeiro plano estratégico de luta contra o paludismo (2001-2005) foi desenvolvido depois da Cimeira de Abuja em abril 2000 e tinha como objetivo alcançar as metas definidas na referida conferência. O segundo plano estratégico 2006-2010 e o plano complementar 2010-2013 tinham como alvo atingir o acesso universal. Avaliações foram feitas aos dois planos e alguns dos objetivos foram atingidos tais como os ligados à cobertura universal dos MILDA.

Apesar da diminuição do número de casos e óbitos de paludismo, a doença continua a constituir um problema de saúde pública no país. Em 2017, foram notificados 143.554 casos, dos quais 23% em crianças menores de cinco anos. No mesmo período, registaram-se 296 óbitos, sendo que 27% dos mesmos foram notificados em crianças menores de cinco anos. O presente plano, tem como finalidade manter os resultados obtidos ao longo da implementação dos planos estratégicos anteriores e alcançar e/ou manter a cobertura universal de todas as intervenções de luta contra o paludismo.

# PERFIL DO PAÍS

## Situação geográfica

A República da Guiné-Bissau fica situada na costa ocidental do continente africano e faz fronteira com o Senegal a Norte e a Sul e Leste com a República da Guiné e o Sudoeste é banhado pelo Oceano Atlântico. É de realçar uma componente insular com 88 ilhas correspondentes a 22% do território nacional. Manteve-se sob administração portuguesa até setembro de 1974 quando alcançou a sua independência em plenitude.



Figura 1: Mapa administrativo da Guiné-Bissau

Do ponto de vista administrativo, a Guiné-Bissau está dividida em oito regiões e um setor Autónomo que é capital da República da Guiné-Bissau: Bafatá, Biombo, Bolama-Bijagós, Cacheu, Gabú, Oio, Quinara e Tombali. As regiões estão por sua vez subdivididas em 36 setores e um Setor Autónomo (cidade de Bissau, capital política, económica e administrativa do país).

## Sistema sociopolítico

O poder é formalmente exercido através de um sistema de democracia multipartidária, semipresidencialista. O Presidente é eleito para um mandato de cinco anos, podendo ser reeleito para mais um mandato. A Assembleia Nacional Popular é eleita por quatro anos. Formalmente existe a separação de poderes Presidencial, Legislativo, Governativo e Judiciário. Desde o conflito político-militar de 1998, nenhum governo conseguiu terminar o seu mandato vivendo-se situações de instabilidade política e institucional permanente. Esta situação reflete-se no Índice Ibrahim de Governação Africana em que a Guiné-Bissau se encontra colocada em 43º lugar (41,3/100 pontos), em 2017 imediatamente entre os 54 países africanos.

Esta situação não tem favorecido o crescimento económico nem facilitado políticas sociais e económicas coerentes. A dependência da comunidade internacional em setores como a economia, a saúde e a educação é quase total.

## Situação demográfica

De acordo com o PNDS 2018-2022, os indicadores demográficos registaram uma melhoria no sentido de uma transição demográfica: a taxa de mortalidade baixou no tempo simultaneamente com a taxa de natalidade e o índice de fecundidade mostra tendências decrescentes.

Em 2016, a população da Guiné-Bissau foi estimada em cerca de 1.784.458 habitantes (taxa de crescimento anual de 2,2%), caracterizada por uma população muito jovem: cerca de 54% da população tem menos de 15 anos de idade. As mulheres representam 51% da população e 49% tem entre 15 e 49 anos de idade. A esperança média de vida à nascença é de 52,4 anos (54,1 para o sexo feminino e 51,5 para o sexo masculino). Cerca de 42% da população vive em zonas urbanas.

A ocupação do território é mais densa em Biombo, intermédia no leste e sul e mais baixa nas regiões mais ocidentais. Existem entre dez e trinta etnias no País. No entanto, cinco grupos étnicos representam mais de 85% do total da população (Fula, Balanta, Mandinga, Manjaco e Papel). Além da diversidade étnica, no país coabitam também diferentes credos religiosos (muçulmanos, católicos, evangélicos e animistas).

Embora seja um país historicamente emigrante, nos últimos anos com o ritmo de crescimento e de desenvolvimento verificou-se um aumento progressivo de entrada de estrangeiros, seja para fins comerciais, turísticos ou outros. A dinâmica populacional, com o incremento na imigração e no número de população flutuante exige modificações profundas nas estratégias de intervenção em saúde, - tendo em conta as diferenças no perfil epidemiológico existente entre os diferentes países e regiões.

A língua oficial é o português, sendo que o crioulo é a língua de comunicação oral mais utilizada em todo o território nacional.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indicadores** | **2012** | **2013** | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** | **Fonte**  **(Anos)** |
| População Total estimada | 1.645.335 | 1.679.064 | 1.713.485 | 1.748.612 | 1.784.458 | 1.821.039 | INASA (2012) |
| Tamanho médio do agregado familiar | 7.7 | 7.7 | 7.3 | 7.3 | 7.3 | 7.3 | MICS 2014 |
| Número total de agregados | 213.680 | 218.060 | 234.724 | 239.536 | 244.446 | 249.457 | INASA (Através 7.7 2012 e 2013 e de 7.3 de 2014 a 2017 p/agregado) |
| Número de grávidas (4.5%) | 74.040 | 75.558 | 77.107 | 78.688 | 80.301 | 81.947 | (4.5%)  INASA (2012) |
| Número de crianças menores de 1 ano (3.7%) | 60.877 | 62.125 | 63.399 | 64.699 | 66.025 | 67.378 | 3,7% INASA (2012) |
| Número de crianças menores de 5 anos (17%) | 279.707 | 285.441 | 291.292 | 297.264 | 303.358 | 309.577 | INASA (17%) |
| População que vive em zona urbana | 740.401 | 755.579 | 771.068 | 786.875 | 803.006 | 819.468 | MICS, 2010 |

Tabela 1: Dados demográficos

*Fonte: INEC*

## 

## Ecossistema, ambiente e clima

A Guiné-Bissau tem uma superfície de 36.125 km2 e situa-se a meio caminho entre o Equador e o Trópico do Câncer. O País está dividido em quatro zonas bem distintas:

* Uma costa Atlântica bastante plana constituída de estuários largos e profundos, de mangais, de pântanos e florestas que se estiram da fronteira com a Guiné-Conacri ao Sul até à baixa Casamança (Sul do Senegal) ao Norte.
* O arquipélago dos Bijagós, constituído de uma vintena de ilhas principais e uma cinquentena de ilhas secundárias.
* Vastas planícies, situadas ligeiramente acima do nível do mar. Estão cobertas por savanas arbustivas, ao norte e uma floresta sub húmida, quase virgem, ao Sul. Refira-se que tais planícies estão cruzadas e atravessadas por grandes rios, dos quais os mais importantes, são o Corubal, o Cacheu, o Mansoa, o Geba e o Rio Grande de Buba que se estiram da costa para o leste.
* Ao leste, colinas e planaltos ascendem para os contrafortes das montanhas do Fouta Djalon.

O clima da Guiné-Bissau é subtropical com uma estação seca a partir dos meados de novembro a maio e uma estação chuvosa de maio a novembro. A temperatura média varia entre 25ºC e 27,6ºC. As taxas higrométricas variam entre 35% em janeiro e 85% no mês de agosto as temperaturas ultrapassam frequentemente os 40°C, sobretudo no interior do País. A pluviometria, ao longo da costa, representa quase o dobro da que se regista no interior. A temperatura é mais baixa, e a humidade muito elevada.

## Situação socioeconómica

De acordo com o Índice do Desenvolvimento Humano (0,424 em 2014), a República da Guiné-Bissau é o 178º país, de um total de 186 países.

A economia é frágil, com fraca mobilização dos recursos internos, falta de dinamismo do setor privado e um débil desenvolvimento do capital humano. A agricultura (essencialmente de subsistência, mas com um grande peso da exportação de castanha de cajú) e a pesca (artesanal) são os principais setores de atividade económica do país.

Com um PIB per capita de $590 dólares americanos (2015), cerca de 70% da população vive em pobreza moderada (com 2 dólares americanos ou menos por dia), incluindo 33% em pobreza extrema (com 1 dólar americano ou menos por dia) em 2010. PIB Nominal 2016: 690.472 (106 milhões) de CFA.

O rácio da massa salarial, para as receitas fiscais, era de 77,1% em 2000-2003, de 89% em 2006 e de 73,6% em 2015, o que ultrapassa largamente o critério de convergência da UEMOA. Esta tendência leva a atrasos permanentes no pagamento dos salários e, consequentemente, a instabilidade social.

As infraestruturas de apoio às atividades económicas são deficientes: uma rede rodoviária escassa e em más condições, portos marítimos obsoletos e degradados, telecomunicações deficientes e dificuldades no fornecimento de energia elétrica.

Tabela 2: Indicadores sanitários e socioeconómicos

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indicadores | 2005-2007 | 2009-2010 | 2014-2017 |
| **Educação:**  TBE (ind abrev. no primário (%)  TLE no primário (%)  TBE no secundário (%) | 101,0  56,9  30,0 | 107,8  67,4  46,6 | 62,4  20,4 |
| **Saúde:**  Taxa mortalidade infantil (0/000)  Taxa. Mort. infanto-juvenil (0/000)  Taxa. parto assistido (%)  Taxa. mortalidade materna (0/00.000) | 138  223  38,8  (2006)  800 | 104  155  43,0  (2010) | 55  89  900 |
| **Água potável:**  Taxa. acesso à água potável (%) | 54,6 | 66 | 74,8 |
| **Esperança vida à nascença (anos)** | - | 48,6 | 51(2017) |
| **Índice do Desenvolvimento humano:**  (IDH) introd. Ind. abreviaturas  Rang segundo o IDH | 0,278 | 0,289 (2010)  164 sobre 169 | 0.424 (2015) 178/185 |
| **Desigualdade do género**  **Índice de desigualdade do género (IID)**  Rang em relação a IID | 0,381 (2007)  148 sobre 155 | - | 67.º lugar do Índice de Género (OCDE)/2014 |

\* Dados foram extraídos a partir do DENARP II, MICS 2014 e Relatório de PUNUD 2016

## Análise do sistema de saúde

### Política e estratégia nacional de saúde

A Política Sectorial da Saúde foi definida num documento de 1993 que neste momento está no processo de revisão e atualização. Os pontos principais da Política Nacional de Saúde são: a saúde como “bem-estar”; o acesso universal aos cuidados primários de Saúde de qualidade e com equidade; a descentralização progressiva das estruturas de tomada de decisões; a autonomização das estruturas e a contratualização dos prestadores de cuidados com vista a garantir melhor qualidade na prestação de cuidados de saúde; a participação comunitária no financiamento e gestão dos serviços de Saúde (IB); o desenvolvimento de uma política de recursos humanos; o desenvolvimento de parcerias e de colaboração intersectorial; e a valorização da medicina tradicional.

Para compreendermos a organização do sistema de saúde temos que ter noção da organização do mapa sanitário e dos setores público (o sistema nacional de saúde), privado e tradicional.

### Sistema de saúde pública

#### Descrição

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) da Guiné-Bissau tem três níveis: local, regional e central, que correspondem a prestações de serviços de nível primário, secundário e terciário.

**No nível local**, existem os Centros de Saúde cuja nomenclatura A, B e C os distingue quanto à sua capacidade de intervenção. Estes Centros de Saúde podem ainda ser classificados em rurais e urbanos. Os centros de saúde são geridos pelas Equipas Técnicas e pelos Comités de Gestão. A sua área de cobertura é estendida através das equipas móveis da estratégia avançada. No mesmo nível existe a iniciativa de base comunitária cuja revitalização das suas atividades está em implementação há cerca de quatro anos, sendo que neste momento existe praticamente uma cobertura nacional de agentes de saúde comunitária (ASC) já formados de acordo com o Plano Estratégico Nacional de Saúde Comunitária 2016-2020.

**No nível regional**, encontram-se os Hospitais Regionais (HR), as Direções Regionais de Saúde (DRS) e as Equipas Regionais de Saúde (ERS). Neste momento, existem 5 hospitais regionais em funcionamento (Bafatá, Canchungo, Catió, Gabú e Mansoa) que prestam cuidados de referência do primeiro nível e cujo diretor faz parte da ERS. A insuficiência quantitativa e qualitativa dos HR é muito semelhante à dos hospitais nacionais. Junto de alguns HR, existem casas de mães apoiadas pela Cáritas e pelo projeto H4+ de Aceleração do Progresso em Saúde Materna e Neonatal.

O nível regional é responsável pela análise da situação regional, a previsão de planos com a previsão de recursos humanos, materiais e financeiros, programação anual e seguimento/avaliação. A ERS é responsável pela supervisão e pelo acompanhamento da aplicação das normas e protocolos de tratamento a nível das estruturas de prestação de cuidados (hospitais regionais e centros de saúde).

**A nível central** estão o Ministério da Saúde Pública Família e Coesão Social (MINSAP), com Ministro, Secretário de Estado, Secretário-geral, três Direções Gerais, Direções Nacionais/Programas Nacionais, Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM) e Hospital Raul Follereau, dois centros especializados de referência nacional: o Centro Mental (psiquiatria) e o Centro de Reabilitação Motora “Dr. Ernesto Moreira”. Estes estabelecimentos encontram-se todos na capital onde se concentra a maior densidade de camas hospitalares.

A gestão do nível central é assegurada pelo MINSAP e pelas Direções de Serviço. O nível central é responsável pela definição das grandes orientações para o nível regional sobre as prioridades nacionais, recursos financeiros e humanos, pela programação anual e pelo seguimento /avaliação.

Ao nível central temos serviços que normativamente deveriam ser de referência e de nível terciário. No entanto, devido à forma como funcionam, optámos por classificar o Centro de Saúde Mental como um CS especializado, prestando CPS. As outras ES de nível terciário são: Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM), Hospital Militar Principal Sino Guineense (HMP/ASG), Centro de Tratamento de Noma, Hospital Raul Follereau, Hospital Pediátrico São José em Bôr, Hospital de Cumura, Associação Casa Emanuel, Clínica Korle-Bu, Centro Médico de Diagnóstico “ D. Settimio Arturo Ferrazzetta”, Centro Fundação Renato Grandy, Clínica Ambrósio, Clínica Yankuanke, Clínica Ganafa.

#### Prestações de cuidados

Dadas as características geográficas das regiões administrativas de Bolama-Bijagós (essencialmente composta por ilhas) e de Oio e a capacidade logística do MINSAP em fazer face às necessidades de respostas de urgência, subdividiram-se essas duas regiões em quatro. Assim, o mapa sanitário apresentou-se durante muitos anos com 11 RS, incluindo o Setor Autónomo de Bissau (SAB). Mais recentemente a RS de São Domingos foi reintegrada em Cacheu, e a de Oio dividida em duas (Oio e Farim), Farim substituindo assim São Domingos como a 11ª RS.

As 11 RS foram, desde sempre, divididas em 114 AS (o nível mais próximo das comunidades), definidas com base em critérios geográficos, abrangendo uma população que varia entre os 5.000 e os 12.000 habitantes. Mesmo assim, 66% da população vive a uma distância superior a 5 km, das estruturas de prestação de CPS, mais próximas. Destas AS, cerca de 40% são consideradas prioritárias de acordo com o atraso no seu desenvolvimento sanitário.

#### Recursos humanos para a saúde

A evolução do rácio de profissionais por 10 000 habitantes tem-se mostrado favorável para todos os grupos profissionais exceto para os médicos (Tabela a seguir).

Aumentou ligeiramente o peso percentual dos profissionais de nível superior, duplicou o peso relativo dos profissionais de nível médio, e o peso dos auxiliares é residual.

Tabela 3: Rácio de habitantes por grupos profissionais.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ano | População | Médico/104h | Enfermeiro/104h | Parteira/ 104MIF | Tec. lab/104h | Tec farm/104h | Tec radiologia/104h | Administração e contabilidade/104h |
| 1997 | 1 077 100 | 1,53 | 3,31 | 2,83 | 0,37 | 0,17 | 0,52 | 0,50 |
| 2007 | 1 472 050 | 1,43 | 2,30 | 5,43 | 0,38 | 0,16 | 0,07 | 0,48 |
| 2016 | 1 743 652 | 1,22 | 6,08 | 2,30 | 1,00 | 0,20 | 0,005 | 0,75 |

Observa-se, no entanto, uma baixa diferenciação (apenas 29% do total de médicos são especialistas), difícil retenção e desigual distribuição (por nível de cuidados diminuiu o pessoal ao nível primário e aumentou ao nível secundário e terciário; e regional – Bolama, SAB e Biombo apresentam maior densidade de pessoal clínico, enquanto as RS com maior carga de mortalidade, Gabú e Bafatá, enfrentam escassez crítica. Perante a escassez de RHS é paradoxal que se comece a fazer sentir o espectro do desemprego, particularmente entre médicos e enfermeiros. Existem atualmente (2017) 92 médicos no desemprego que serão contratados no setor público desde que façam os primeiros 5 anos na periferia.

A maioria da força de trabalho da saúde é feminina (59% vs. 52% em 2007). As mulheres estão mais representadas no setor dos cuidados (principalmente aos níveis primário e terciário), com 72% dos RHS (vs. 58% em 2007), e representam uma minoria no setor da administração (central e regional) (18% vs. 39 % em 2007). A mediana da idade fica no grupo etário entre 40 a 49 anos (como em 2007).

A situação dos recursos humanos está ainda agravada pela não implementação das carreiras e pela falta de pagamento atempado dos salários e por condições de trabalho inadequadas ao bom exercício profissional. Tudo junto resulta numa grande desmotivação da força de trabalho, numa baixa produtividade, em conflitos laborais, no recurso ao múltiplo emprego (que se acentua com o aumento do setor privado) e à pequena corrupção, incluindo cobranças ilícitas.

É notória a ausência de gestão eficaz de RH a todos os níveis, apesar do grande esforço que, no início da década, com o apoio do Banco Mundial, se fez para definir uma política salarial para o setor, uma política de educação/formação dos quadros da saúde e regulamentos de atribuição de bolsas de estudos e para formação contínua. Finalizou-se um “Manual do Gestor de Recursos Humanos - Guia Prático para o Setor da Saúde da Guiné-Bissau” em 2012. Estes instrumentos foram desenvolvidos, colocados à apreciação do Ministro da Saúde em 2011 e 2012, mas nunca receberam despacho. Em 2016, por despacho ministerial do MINSAP, foi criada a terceira Comissão de Colocação e Transferência através do despacho nº1/GMSP/2016 de 4 de janeiro que desenvolveu várias recomendações que ficaram sem efeito com mudanças nas chefias políticas e técnicas do MINSAP.

Os incentivos contemplados na lei são dos mais diversos, mas são poucos os implementados, geralmente com apoio financeiro dos parceiros. Está também generalizada a prática de pagamento de um reforço salarial com base nas receitas próprias, sem a devida avaliação de desempenho do funcionário recompensado.

#### Gestão e aprovisionamento de Produtos Farmacêuticos

A produção legislativa relacionada com o setor do medicamento tem sido abundante e relevante. Em 2009, foi validado o documento da Política Farmacêutica Nacional, e em 2010 foi publicado o regime jurídico da atividade farmacêutica (Decreto n.º 11/2010, de 26 de agosto).

A situação da venda privada de medicamentos levou a Direção Nacional de Farmácia a estudar a situação e a iniciar procedimentos para limitar a margem de lucros na venda de medicamentos.

Quanto à produção local de medicamentos, foi criada nos anos 80 uma unidade de produção de soros (glucose e cloreto de sódio) para abastecer o HNSM, que acabou por encerrar no HNSM e reabrir na Clínica Madrugada.

A Central de Compras de Medicamentos Essenciais (CECOME) foi criada em 2002, com a exclusividade de importação de medicamentos para o setor público, com possível extensão para o setor privado. Diretamente financiada pelos parceiros, passou a ocupar-se da aquisição no exterior (a partir de instituições acreditadas pela OMS), armazenamento e venda de medicamentos (aos Depósitos Regionais de Medicamentos, HNSM e outros centros de referência nacional, além de algumas ONG que atuam na área da saúde).

Perante ofertas improvisadas de medicamentos de várias proveniências, muitas vezes direcionadas às ES sem nenhuma concertação com a CECOME, esta perde capacidade de previsão de necessidades e, muitas vezes, vê-se obrigada a destruir medicamentos cujos prazos expiraram, com enorme prejuízo para o sistema. Desde 2009 que a CECOME se encontra em défice financeiro.

A crise de medicamentos no setor público transformou o setor farmacêutico num dos negócios mais concorridos do país para os privados, desconhecendo-se a proveniência dos medicamentos por eles comercializados. Um concurso público de 2016/2017 que identificou 3 grossistas privados para serem licenciados para a importação de medicamentos, foi denunciado pelo ministro da saúde em exercício na altura por vício de forma, em reunião do Conselho de Ministros de abril de 2017.

Está a ser implementado um plano estratégico para o CECOME 2012-2016.

#### Financiamento da saúde

O investimento do Estado na saúde flutua significativamente de ano para ano, nunca ultrapassando os 9% do OGE, muito aquém do acordo de 15% assumido no âmbito do compromisso de Abuja.

Tabela 4: Evolução do financiamento da saúde

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RÚBRICAS | ANOS | | | | | |
| 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Orçamento do Estado | 100.397.748.678 | 102.326.000.000 | 119.859.094.000 | 148.221.828.000 | 148.221.828.000 | 148.221.828.000 |
| Orçamento da Saúde | 8.606.692.000 | 9.211.437.000 | 6.688.829.000 | 9.344.584.000 | 9.531.475.680 | 9.722.105.194 |
| %/ ano | 8.57% | 9.00% | 5.58% | 6,30% | 6,4% | 6,6% |

*Fonte: Ministério de Finanças*

O subfinanciamento do setor da saúde pelo Estado e pelos doadores externos impediu o processo da criação de um Fundo Autónomo destinado ao financiamento da política de gratuitidade.

Apesar da limitada dotação orçamental, o MINSAP não consegue executar o seu orçamento integralmente. A execução orçamentária do MINSAP foi de aproximadamente 50% em 2014 e diminuiu para 42% em 2015. A única categoria com altas taxas de execução é geralmente a dos custos de pessoal, o que não reflete necessariamente qualquer priorização do pessoal do setor da saúde - uma simples mudança de orçamento para o pessoal pode apenas resultar da falta de planeamento estratégico e as altas taxas de execução acabam de se beneficiar do mecanismo de pagamento estabelecido. Noutras áreas onde esses mecanismos não existem, as baixas taxas de execução indicam a capacidade limitada do governo para planear e implementar estrategicamente ações de políticas de saúde a médio e longo prazo.

Em 2017 o Ministério das Finanças introduziu no OGE um fundo de 50 milhões de FCFA que é distribuído pelas ES atendendo a critérios vários que têm a ver com o número de camas e com o nível de despesas correntes.

#### Parceria para a saúde

Na Guiné-Bissau, participam diferentes entidades (governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais, públicas e privadas) nas atividades de luta contra o Paludismo sob a coordenação do Ministério da Saúde Pública através do PNLP (nível central): Direções Regionais de Saúde e áreas sanitárias, OMS, UNICEF, PNUD, Fundo Mundial, Plan Guiné-Bissau, Cruz Vermelha da Guiné-Bissau, MSF, AIFO, MAC, AIDA, AGUIBEF, AGMS, INASA, CECOME, etc. Por outro lado, outras instituições também apoiam pontualmente na implementação das atividades de luta contra o paludismo, a saber: CARITAS, RBM, OOAS, WARN, outros ministérios (Comércio, Finanças, Economia e Integração Regional, etc.). O Fundo Mundial é o principal financiador das atividades de luta contra o paludismo

Trimestralmente o PNLP reúne-se com os principais parceiros para analisar os progressos na implementação das atividades do trimestre e programar as atividades para o trimestre seguinte. As ONG quer nacionais como internacionais têm apoiado o PNLP na implementação das intervenções a nível das comunidades e em particular na promoção da utilização de mosquiteiros impregnados e na sensibilização da população.

Tabela 5 : Fonte de financiamento por estado e parceiros



*Fonte: departamento de finança do Ministério de saúde*

A tendência do orçamento Geral do estado atribuído à saúde é decrescente de 11,22% em 2013 para 9,88% em 2017, mas, a tendência do orçamento de saúde concedido ao Programa Nacional de Luta contra o Paludismo é crescente, ou seja, de 1.13% em 2013 para 1,64% em 2017.

A tendência de participação financeira dos parceiros é crescente, passando de 2% em 2013 para 34% em 2017 e o Fundo Mundial (FM) se mantém como principal financiador das atividades do PNLP nesses cinco anos.

### Sistema de saúde privado

O serviço público de saúde é complementado por um sector privado lucrativo e não lucrativo, concentrado em Bissau com consultórios, clínicas com internamento, laboratórios de diagnóstico e um forte sector farmacêutico. Em 2007, identificou-se, em Bissau, um total de 28 estruturas de prestação de cuidados do sector privado lucrativo, entre as quais 14 “clínicas” (unidades com internamento) e 14 consultórios médicos. Há também estruturas privadas nas regiões, principalmente nas sedes regionais onde existem médicos concentrados em hospitais regionais. Algumas destas estruturas fazem até intervenções cirúrgicas, enquanto outras funcionam sob forma de consultórios. Existem também imensos postos médicos dirigidos por enfermeiros ou parteiras, que estão legalmente autorizados a fazer circuncisões, pensos e outros tratamentos.

No sector privado não lucrativo estão implicados essencialmente os missionários e Organizações Não-Governamentais (ONG) nacionais e internacionais. Nestes casos, existem relações regidas através de protocolos de parcerias entre o Ministério encarregue da saúde e os mesmas.

### Sistema comunitário para a saúde

A política nacional das Intervenções à Base comunitária tem por objetivo a otimização dos serviços e cuidados às populações na sua comunidade no âmbito do acesso universal ao serviço de saúde e a perspetiva dos Objetivos do Milénio para o Desenvolvimento, contribuindo para a aplicação dos Cuidados de Saúde Primários, tornando disponíveis, acessíveis geográfica e financeiramente os serviços e cuidados de boa qualidade, a ser oferecidos pelos Agentes de Saúde Comunitários qualificados com apoio dos profissionais de Saúde.

As revitalizações das atividades de saúde comunitária estão em implementação há cerca de quatro anos, sendo que neste momento existe praticamente uma cobertura nacional de agentes de saúde comunitária (ASC) já formados de acordo com o Plano Estratégico Nacional de Saúde Comunitária 2016-2020. A sua distribuição não está associada ao risco ou isolamento das AS. Com exceção do SAB, onde pouco menos de 50% é sexo feminino, a grande maioria dos ASC é do sexo masculino, levantando questões de relevância dos critérios de seleção e de compromissos com questões de equidade entre os géneros. As atividades esperadas, os equipamentos necessários e os incentivos estão bem especificados, embora haja discordância entre parceiros de implementação e o MINSAP sobre o que é comportável em termos de incentivos financeiros.

### Medicina tradicional

Com a precariedade dos serviços do sistema nacional de saúde, verifica-se uma procura significativa de cuidados no setor tradicional. Existe uma estrutura de gestão e de coordenação deste setor a nível do MINSAP, inserida no Serviço de Saúde Comunitária tendo sido aprovados uma Política de Medicina Tradicional da Guiné-Bissau 2010 e um Plano Estratégico para a Medicina Tradicional 2010-2015 que carecem de implementação.

As estatísticas sobre o número de terapeutas tradicionais não são fiáveis, a maior parte entre eles trabalha no informal. Por estas razões, as autoridades sanitárias do país têm manifestado a vontade de desenvolver programas e atividades capazes de conduzir ao maior relacionamento com este sector. Além disso a medicina e a farmacopeia tradicionais são reconhecidas e regulamentadas pela recente elaborada Política da Medicina Tradicional. Contudo, restam esforços por fazer para a criação de um programa nacional, para controlar a qualidade das prestações e integrar progressivamente a medicina tradicional no sistema de saúde.

### Performance do sistema de saúde

Em termos de integração regional, o sistema de saúde do país tem beneficiado de algumas ações a destacar, harmonização de política de curriculum de formação, reforço de capacidade institucional e apoio financeiro na luta contra as doenças emergenciais. Em relação a componente Liderança e Governação, nota-se apenas uma ligeira descentralização de serviços com apoio dos parceiros com projetos direcionados, sobretudo, para intervenções ao nível periférico, exemplo PIMI, H4+, VIDA, Plan Guiné-Bissau, o que tem mudado para positivo os indicadores da mortalidade materna e infantil. Foi instituído o mecanismo de coordenação das agências em saúde (CCM e CCIA).

No capítulo de financiamento, embora o governo não assumindo o financiamento do sistema através do orçamento geral de estado, nos últimos anos, tem engajado na compra de vacinas tradicionais como contrapartida exigida pelos parceiros. O Ministério de Saúde com apoio dos seus parceiros tradicionais elaborou o seu plano estratégico de desenvolvimento de recursos humanos 2008-2018, mas que a sua implementação esta aquém do desejado. A título de exemplo, o MINSAP formou muitos quadros, mas que ainda não têm enquadramento na função pública. Quanto às infraestruturas sanitárias, muitas delas foram reabilitadas e equipadas. Também foram reforçadas as regiões com motorizadas, viaturas, cadeia de frio com painéis solares e assegurado o abastecimento regular de insumos.

Em relação à prestação de serviço é de realçar a questão de gratuitidade ou isenção a determinado grupo de população no atendimento no sistema de saúde público. No capítulo de Gestão do sistema de informação sanitária, tem havido melhoria com relação à transmissão de dados online. O país com ajuda de parceiros tem vindo a formar os seus quadros na gestão de dados através do software DHIS2 com vista à melhoria de qualidade de dados.

### Contribuição do sistema de saúde na luta contra o paludismo

A elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário como guia orientador do sistema nacional de saúde, permitiu alicerçar e operacionalizar de forma progressiva os programas e serviços do ministério da saúde, sobretudo o programa de luta contra o paludismo, devido à carga de morbi-mortalidade na população. A ampliação e descentralização de serviços de saúde tem permitido a oferta de serviços à população em geral. Apesar disso a maioria da população da comunidade recorre ao serviço de medicina tradicional como primeira intenção do atendimento. A liberalização de serviço médico privado tem contribuído também de forma significativa no reforço do sistema de saúde e no atendimento de casos de paludismo.

### Contribuição do PNLP no reforço do sistema de saúde

A luta contra o paludismo foi declarada desde 1992 (PNDS 1998-2002) com a criação do PNLP cujas funções são: a) definir as orientações estratégicas e b). coordenar a luta contra o paludismo no país, segundo PEN 2006-2010.

A equipa do PNLP que iniciou a implementação do PEN 2013-2017 com apenas 4 técnicos, vem sendo reforçada ao longo dos últimos anos com recursos humanos, contanto neste momento com 10 técnicos efetivos em seguintes postos: coordenador, responsável pelo seguimento e avaliação, responsável pela Luta Antivectorial, responsável pelo manejo de casos, responsável pela gestão do paludismo nas grávidas, responsável pela IEC/CMC/MS, responsável logístico, uma secretária e dois motoristas. No mesmo contexto, ela está sendo assessorada pela NPO/MAL da OMS e pela equipa de consultores da CG-PNDS (Responsável Programático, responsável pelo S&A, Assistente PNLP e Gestor de Dados).

Ao nível das regiões, existe um ponto focal das atividades de luta contra o paludismo, mas, que se ocupa simultaneamente dos programas de luta contra o SIDA e Tuberculose.

Sobre o plano de formação dos membros da coordenação do PNLP, somente dois beneficiaram de formação em paludologia. O responsável do seguimento e avaliação beneficiou de uma formação internacional em seguimento e avaliação.

# ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO PALUDISMO

## Histórico da luta contra o paludismo

**1992** - Participação da Guiné-Bissau na conferência da OMS sobre o Paludismo em Amesterdão (outubro);

**1992** - Criação do Programa Nacional de Luta Contra o Paludismo;

**1997** - Adesão da Guiné-Bissau à declaração de Harare sobre o paludismo, 33ª Sessão da OUA, 02-04 junho de 1997;

**1999** - Adesão da Guiné-Bissau à Iniciativa “Fazer Recuar o Paludismo”;

**2000** - Engajamento da Guiné-Bissau à Iniciativa “Fazer Recuar o Paludismo”;

**2001** - Celebração da 1ª Jornada africana da luta contra o paludismo (25 abril);

**2002** - Nomeação de um cidadão da Guiné-Bissau como conselheiro regional de luta contra o paludismo na África;

**2004** - Acesso da Guiné-Bissau à 4ª ronda do Fundo Mundial de Luta contra o VIH/SIDA, a Tuberculose e o Paludismo;

**2005** – Introdução de tratamento com ACT;

**2005** – Introdução de TPI nas grávidas à base de SP;

**2006** – Acesso à 6ª Ronda do Fundo Mundial;

**2006** - Engajamento da Guiné-Bissau na declaração de Abuja para o acesso universal às intervenções de prevenção e do tratamento do VIH/SIDA, da tuberculose e do Paludismo;

**2006** - A Guiné-Bissau acolheu a 6ª reunião Anual de revisão e de planificação das atividades de luta contra o paludismo com a participação dos 16 países endémicos da África do Oeste;

**2007** – Inquérito de tratamento de paludismo grave nas estruturas de saúde;

**2009** – Acesso à 9ª Ronda do Fundo Mundial;

**2011** – 1ª Campanha nacional de distribuição de MILDA marcada pelo alcance da cobertura universal para os Mosquiteiros Impregnados de Longa Duração de Acão.

**2014** – 2ª Campanha nacional de distribuição de MILDA marcada pelo alcance da cobertura universal para os Mosquiteiros Impregnados de Longa Duração de Acão.

**2015** – Introdução oficial de manejo de casos de paludismo na comunidade em 4 regiões sanitárias do país (Biombo, Cacheu, Farim, Oio);

**2015** – Introdução da gratuitidade de diagnóstico e tratamento de paludismo para toda a população;

**2015** – Acesso ao Novo Modelo de Financiamento do Fundo Mundial (NFM);

**2016** - Introdução de QPS em 2 das regiões pilotos (Bafatá e Gabu).

**2017** – 3ª Campanha nacional de distribuição de MILDA marcada pelo alcance da cobertura universal para os Mosquiteiros Impregnados de Longa Duração de Acão.

**2017** – Introdução oficial de Artesunato injetável para tratamento de paludismo grave no sector público.

**2017** - Acesso ao Novo Ciclo de Financiamento do Fundo Mundial (NCF).

## Perfil epidemiológico

### Parasitas do paludismo

Os resultados do estudo feito anteriormente demostram a existência de três espécies de Plasmodium, entre os quais o falciparum que representa > 90%, em seguida malariae 7% e ovale com apenas 1%.

### Vetores do paludismo

No período de novembro a dezembro de 2017, foi realizado um estudo entomológico de suscetibilidade dos vetores aos inseticidas cujos resultados se segue abaixo:

* O diagnóstico molecular das amostragens, revelou a presença dos An. arabiensis, An. gambiae e An. melas. No entanto, na zona urbana de Bissau, encontrou-se An. Arabiensis em companhia de An. Gambiae nos arredores do Bairro de Flefé.
* Na região sanitária de Gabú, foi encontrado exclusivamente o An. Gambiae durante o período da missão. Enquanto nas Ilhas de Bolama e Bijagós, a predominância foi dos An. melas, coabitando com An. Gambiae.

A presença exclusiva de An. melas, se poderia explicar pela predominância dos criadouros da natureza das águas salgadas na proximidade do Bairro onde as amostras foram coletadas.

### Mudança/evolução da distribuição de espécies de parasitas

Em 2002 foi realizado um estudo sobre a sensibilidade dos vetores do paludismo aos inseticidas nas regiões sanitárias de SAB, Cacheu, Gabú e Quinara. Em 2009 nas regiões sanitárias de SAB e Gabú e em 2017 nas regiões sanitárias de SAB, Bolama, Bijagós, Cacheu, Gabú e Quinara. Segundo as análises moleculares das amostras, An. Gambiae foi detetado em Bissau, Bijagós, Bolama e Gabú. Também foi revelada presenças dos An. Arabiensis e An. melas. Este último foi encontrado nas regiões sanitárias de Bolama e Bijagós.

Em Bissau como em Gabú em 2009, a população de *An. gambiae* s.1. testados, foram resistentes ao DDT e ao 3 piritrinoides. O diagnóstico molecular de espécies e formas, revelaram a ausência de *An. arabiense* e *An. mela* na amostra analisada. Há predominância de forma M na amostra de Bissau e S em Gabú, existência de híbridos MS na amostra de Bissau. A existência de espécime homozigoto RR, a pesquisa de Kd, confirma o nível alto de resistência ao piritrinoides mais revelante em forma S, isso demonstra a resistência de forma S em Gabú.

Em conclusão, o estudo mostra a resistência de fenótipo de *An. gambiae* s.1. em Bissau e Gabú. Em Gabú os resultados indicam a resistência fenotípica ao DDT e ao lambdacialotrine e ao permetrine, mas, resta ainda confirmar para a deltametrine (estudo 2009).

No estudo de 2017, um total de 215 espécimes de Anopheles (199 *An. Gambiae* s.l. e 16 *An. Squamosus*) foram coletados durante o trabalho de campo em Bissau (Flefé e Tchada), Bijagós, Bolama e Gabú. As amostras coletadas em Cacheu não foram incluídas nas análises, enquanto que as prospeções não foram produtivas em Quinara.

A grande maioria das amostras de An. Gambiae s.l analisadas provêm das coleções de larvas e apenas 14 espécimes adultos foram obtidos com o conjunto de métodos de amostragem de mosquitos adultos.

### Estratificação e cartografia do paludismo

O paludismo é endémico na Guiné-Bissau com uma transmissão estável em todo o país e toda a população está em risco, com aumento de casos no fim da época da chuva, com uma recrudescência sazonal durante o período de junho a novembro (Relatório MIS 2017).

### Estratificação do paludismo na Guiné-Bissau.

Segundo os dados de rotina de 2017 (INASA 2017) a incidência do paludismo na população geral foi de 79/1000 habitantes (143.554/1.821.040), situando o país na zona de alta transmissão, o que explica a estratégia de controlo. Esses mesmos dados permitiram situar diferentes regiões sanitárias em três tipos de estratos, a saber:

* Estrato I com a incidência <50 casos/1000 habitantes;
* Estrato II com a incidência 50-75 casos/1000 habitantes;
* Estrato III com a incidência >75 casos/1000 habitantes.

A tabela seguinte mostra os diferentes estratos de acordo com os fatores ambientais que favorecem a transmissão do paludismo nas regiões, como também o tamanho e a proporção da população por estrato.

Tabela 6: Fatores ambientais, regiões e tamanho da população por estrato

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Estrato | Incidência anual do paludismo, INASA 2017 | Fatores ambientais favoráveis à transmissão | Número e nome das regiões | Tamanho da população por estrato 2017 | % da população por estrato |
|
| Estrato I | <50 casos/1000 habitantes | Zonas costeiras, lagos, zonas de rizicultura, floretas, mar | 3 (Cacheu, Farim, Oio) | 482 934 | 26,52% |
| Estrato II | 50-75 casos/ 1000 habitantes |  |  |  |  |
| Estrato III | >75 casos/1000 habitantes | Meio urbano, ilhas, rios, zonas de rizicultura, savana, lagos, florestas, | 8 (Bafatá, Bijagós, Biombo, Bolama, Gabú, Quinara, SAB, Tombali) | 1 338 106 | 73,48% |
| Total | 79 casos/1000 habitantes |  | 11 | 1 821 040 | 100% |

## Morbilidade e mortalidade

Segundo estudo MIS realizado em 2017 pelo PSB, revelou um aumentou significativamente (p<0.00) de 0.7% nos <5 anos para 2.4% no grupo etário dos 5 aos 14 anos, 1,9% no de 15 a 24 anos e finalmente caiu drasticamente para 0,5% e 0,3% nos grupos de maior idade. Do total dos casos positivos, o grupo etário de 5-14 anos representa 42%, de 6 meses a 4 anos 30%, dos 15-24 22%, dos 25-44 anos 4% e dos 45 e mais 2,6%.

Figura 2: Prevalência do paludismo estratificada por grupo etário

Os gráficos a seguir representados, demostram uma diminuição progressiva de casos e de óbitos atribuídos ao paludismo em todos os grupos etários desde o ano 2013 até 2017. As informações ilustradas nos referidos gráficos apresentam os casos e óbitos notificados nas estruturas sanitárias públicas.

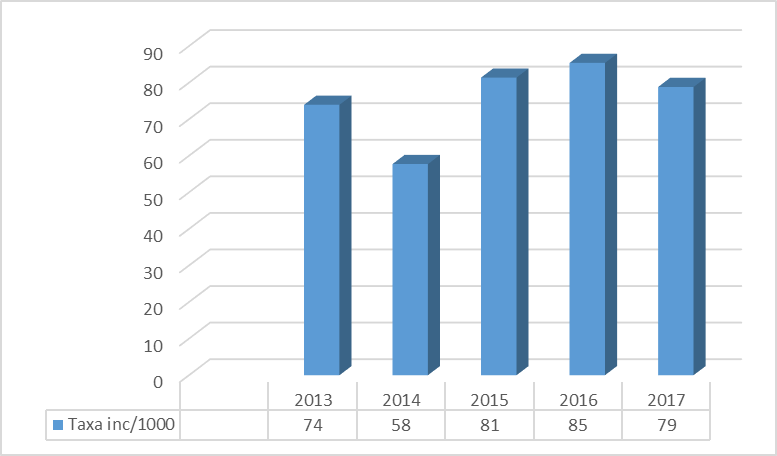
**

Figura 3: Taxa de incidência de paludismo 2013-2017

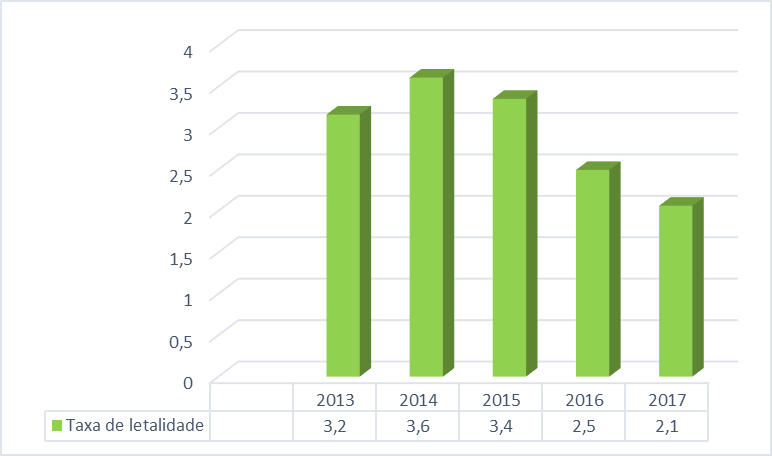


Figura 4 : Taxa de letalidade de paludismo 2013-2017

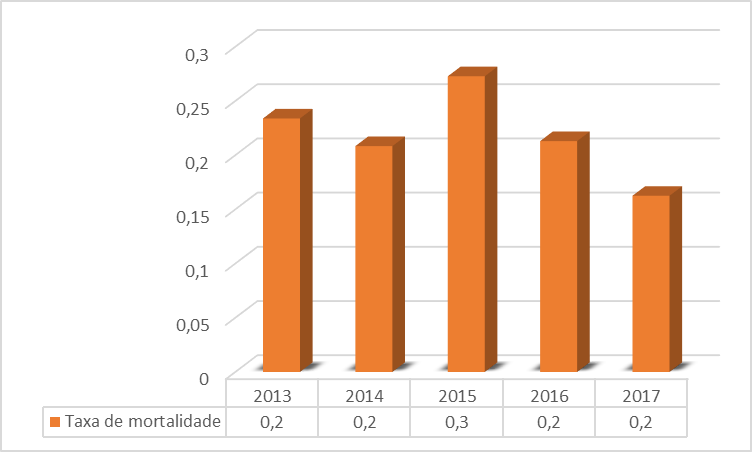
****

Figura 5: Taxa de mortalidade de paludismo 2013-2017

O aumento de número de casos de paludismo comparativamente aos anos 2013 e 2014 pode estar relacionado com a melhoria das notificações e submissão de testes diagnósticos à todos os suspeitos e a diminuição relativa em 2017 pode estar relacionado com fortes medidas preventivas com MILDA.

## Revisão do plano estratégico de luta contra o paludismo 2013-2017

O Ministério da Saúde organizou com apoio dos parceiros técnicos e financeiros, a revisão da performance do PNLP que decorreu concretamente de setembro à dezembro de 2017. Essa revisão focalizou-se em quatro objetivos: (i) fazer a revisão de epidemiologia do paludismo, (ii) fazer a revisão do quadro político e programático no contexto do sistema de saúde e do plano nacional de desenvolvimento sanitário, (iii) avaliar o progresso na realização dos objetivos nacionais e internacionais, (iv) fazer a revisão do sistema de prestação de serviços do programa atual, da sua performance e dos desafios na matéria. Os dados qualitativos têm sido objeto de análise para a identificação dos desafios e das prioridades.

### Principais resultados de luta contra o paludismo

A luta contra o paludismo na Guiné-Bissau evoluiu muito nos últimos anos. Sob as orientações da OMS, o Programa Nacional de Luta contra o Paludismo, tem elaborado políticas e diretrizes, para orientar os intervenientes na luta contra o paludismo no país, que com a ajuda dos seus parceiros tem implementado:

Em 2017 a incidência geral do paludismo na Guiné-Bissau foi de 79‰ (143.554/1.821.040), tendo diminuído em 6‰ em relação ao ano transato (2016), em que a incidência foi de 85‰ (152.404/1.784.458).

Segundo o relatório de estudo realizado pelo PSB em 2017 para avaliar o impacto da campanha de distribuição universal de MILDA - 2017, a prevalência do paludismo nas crianças dos 6 a 59 meses foi de 0.7% a nível nacional; sendo que as regiões sanitárias de Bijagós e Gabú tiveram maior prevalência, 4.2% e 2.4% respetivamente. Nos indivíduos com 5 anos de idade ou mais a prevalência foi de 1.5%, com predominância das regiões sanitárias de Gabu (5.0%), Bafatá (3.1%), Bolama (2.8%) e Bijagós (2.4%).

No mesmo âmbito notou-se uma diminuição acentuada da taxa de prevalência do paludismo no país em relação a 2012, passando de 9.9% para 0.7% na faixa etária dos 6 aos 59 meses, e de 7.9% a 1.5% na faixa etária dos 5 anos e mais.

Também se constatou uma melhoria em termos de número de casos confirmados e de óbitos registados. Se em 2012 o número de casos e óbitos notificados foi de 131.278 e de 371, em 2017 foi de 143.554 e 296 respetivamente. Isto pode ser atribuído à melhoria no registo e notificação de casos e óbitos em todos os níveis da pirâmide sanitária e em todos os sectores (público e privado), incluindo o nível comunitário. Por outro lado, a gratuitidade dos meios de diagnóstico, a aplicação da política de diagnóstico e tratamento, bem como as supervisões formativas podem ter contribuído para a melhoria desses indicadores.

Evolução dos indicadores do quadro de performance

Tabela 7: Evolução dos indicadores do quadro de performance

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Indicadores** | **2013** | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** | **Fonte** |
| Proporção de crianças que tinham paludismo/febre e foram beneficiados com tratamento correto nos FS |  |  |  |  | 87% | Estudo de Qualidade de tratamento, PSB |
| Proporção de crianças que apanharam o paludismo grave e foram tratadas corretamente nas estruturas sanitárias |  |  |  |  | 67% |
| Proporção de estruturas sanitárias sem rutura de medicamentos para o manejo de casos de paludismo grave no decorrer dos 3 últimos meses durante 7dias seguidos | 54% | 14% | 18% | 16% | 23% | SIS |
| Proporção de crianças que tinham dormido debaixo de mosquiteiros na noite anterior ao inquérito | 99% | 99% |  |  | 95% | Inquérito (MIS, CMILDA) |
| Proporção de crianças que tinham dormido debaixo de mosquiteiro impregnado de inseticida na noite anterior ao inquérito |  | 82% |  |  | 92% |
| Proporção de grávidas que tinham dormido debaixo de mosquiteiros na noite anterior ao inquérito | 99% | 99% |  |  |  |
| Proporção de grávidas que tinham dormido debaixo de mosquiteiros impregnado de inseticida na noite anterior ao inquérito |  | 84% |  |  | 92% |
| Proporção de grávidas que tinham uma quimioprofilaxia (TPI3) |  | 7.5% |  |  | 9.5% | Inquérito (MIS, CMILDA, MICS) |
| Proporção de grávidas que fizeram pelo menos 1 CPN | 73% | 83% | 78% | 70% | 74% | SIS |

### Evolução da LAV

* **Acesso universal ao MILDA na campanha**

Em 2014 e 2017 foram realizadas a 2ª e a 3ª campanha de distribuição universal de MILDA no país, em que o alvo foi cobrir 100% da população geral, ou seja, disponibilizar 1 MILDA para 2 pessoas. Segundo o relatório final da avaliação do impacto da distribuição de MILDA (INASA, 2015) a proporção de Agregados familiares que tinham pelo menos um MILDA foi de 97% e a razão de residentes por MILDA recebido durante a campanha foi de 1.9. Quanto aos resultados da avaliação do impacto da campanha de distribuição de MILDA de 2017 (PSB, Relatório MIS 2017) a proporção de Agregados Familiares com pelo menos um MILDA foi de 98%, e a razão de residentes por MILDA recebido durante a campanha foi de 2. Segundo o mesmo relatório, a cobertura universal, ou seja, a proporção de todos os indivíduos que dormiram sob MILDA na noite anterior ao inquérito foi de 92%. Relativamente às crianças menores de cinco anos e as grávidas as proporções foram de 92% respetivamente.

Durante a visita no terreno em novembro 2017, confirmou-se mais uma vez que o MILDA continua a ser o principal método de prevenção do paludismo. Em todas as estruturas sanitárias foram encontrados registos organizados da distribuição de MILDA.

Tabela 8 : Distribuição dos MILDA na campanha

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Intervenções** | **Anos** | | | | | **TOTAL** |
| **2013** | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** |
| Campanha 1 |  |  |  |  |  |  |
| Campanha 2 |  | 1.028.489 |  |  |  | 1.028.489 |
| Campanha 3 |  |  |  |  | 1.150.059 | 1.150.059 |
| **Total de MILDA distribuídos nas campanhas** |  | **1.028.489** |  |  | **1.150.059** | **2.178.548** |

As atividades de distribuição de rotina e promoção da utilização de MILDA pela população geral, principalmente pelos mais vulneráveis (crianças e grávidas) foram realizadas gratuitamente durante as CPN, sessões de vacinações e estratégias avançadas em todas as estruturas sanitárias públicas do país durante os últimos 5 anos. Em 2015 muitas estruturas foram confrontadas com a rutura de stock de MILDA, visto que a maioria tinha utilizado as suas reservas para completarem as insuficiências verificadas durante a campanha de distribuição universal de MILDA realizada em 2014.

Tabela 9: Distribuição dos MILDA na rotina



*Fontes: Relatórios do PNLP de 2013-2017*

A intervenção consistiu na distribuição de MILDA através da:

* Campanha de distribuição de massa de MILDA aos Agregados Familiares em 2014 e 2017. De acordo com a cobertura administrativa pós campanha de MILDA em 2014 e 2017 o número de MILDA distribuído é de 1.028.489 e 1.150.059 respetivamente, totalizando 2.178.548 MILDA.
* Distribuição focalizada de MILDA na rotina para crianças menores de 1 ano durante as sessões de vacinação e para as grávidas durante a CPN. Este canal permitiu distribuir um total de 403.324 MILDA nos últimos 5 anos.

A tendência crescente da incidência do paludismo e a diminuição da taxa de mortalidade podem residir na melhoria de notificações de casos, na submissão de testes de diagnóstico rápido a todos os suspeitos e no tratamento gratuito de todos os casos confirmados em todos os níveis da pirâmide sanitária.

O estudo entomológico recente, feito em 2017 demonstrou que num total de 199 efetivos dos adultos de mosquitos de *anófeles gambiae*, 185 destes provêm de larvas e 14 são efetivos capturados com armadilhas (CDC captura direta e com piretre).

Os espécimes coletados e analisados no laboratório do Instituto Hospital-Universitário de Marseille (IHU) – França revelou a existência das larvas dos *An. Arabiensis, An gambiae* e *An. Melas* nos seis sítios alvos de estudo em 2017. Com estes resultados, permitiu-se atualizar e definir o perfil atual das larvas e dos vetores transmissores do paludismo na Guiné-Bissau**.**

### Evolução do manejo de casos

***Diagnóstico do paludismo:***

* ***Ao nível das estruturas sanitárias***

No que diz respeito à disponibilidade dos insumos para o diagnóstico parasitológico, a revisão da performance do PNLP permitiu constatar que o PNLP, no cumprimento do seu Plano Estratégico Nacional de luta contra o Paludismo disponibilizou regularmente TDR e materiais de laboratórios para as estruturas públicas e algumas privadas confessionais do país. Entretanto apesar disso, houve dificuldades na obtenção de dados que confirmam esta informação.

Na visita ao terreno realizada em novembro 2017, 50% das estruturas sanitárias visitadas confrontavam com a rotura de stock de TDR.

No domínio do reforço de capacidades sobre o diagnóstico parasitológico do paludismo estava prevista no Plano Estratégico Nacional 2013-2017 a formação de 250 técnicos de saúde anualmente, no total de 1.250 em 5 anos. No mesmo contexto, na proposta apresentada pelo país para o novo mecanismo de financiamento do Fundo Mundial (NFM) em 2015, foi prevista a formação anual de 110 técnicos de laboratório, constituindo um total de 220 técnicos em 2 anos. A soma total das duas previsões eleva-se em 1.470 técnicos. Entretanto, de acordo com os resultados obtidos pelo PNLP, nos últimos 5 anos foram formados apenas 490 técnicos (médicos, enfermeiros e técnicos de laboratório) correspondendo à 33% do total planificado.

Durante a visita no terreno realizada no quadro da revisão da performance do PNLP, constatou-se que 90% dos agentes de saúde qualificados não tinham sido formados sobre o diagnóstico parasitológico com TDR e o tratamento de casos de paludismo simples. O problema acentua-se mais nas formações sanitárias privadas. No mesmo âmbito quase na totalidade das estruturas inqueridas (67%), os documentos com as normas e diretrizes do PNLP nem sempre estavam disponíveis e atualizados.

**Indicadores sobre o diagnóstico parasitológico, 2013 a 2017**

Relativamente aos indicadores de diagnóstico parasitológico do paludismo verificou-se uma melhoria crescente, visto que se anteriormente um caso suspeito de paludismo era testado simultaneamente pelos dois métodos existentes de diagnóstico (TDR e GE) e reportado duas vezes; nos últimos tempos verificou-se o aumento da confiança dos técnicos de saúde nos resultados do TDR. A constante supervisão formativa dos técnicos de saúde também contribuiu na melhoria dos indicadores, bem como a gratuitidade dos meios de diagnóstico e tratamento instituída desde maio de 2015.

Tabela 10 : Progressos dos indicadores do diagnóstico parasitológico ao nível das ES, 2013-2017



*Fontes dos dados: Relatório PNLP \*Testados superior a suspeitos, porque, muitos pacientes foram testados com TDR e GE em simultâneo.*

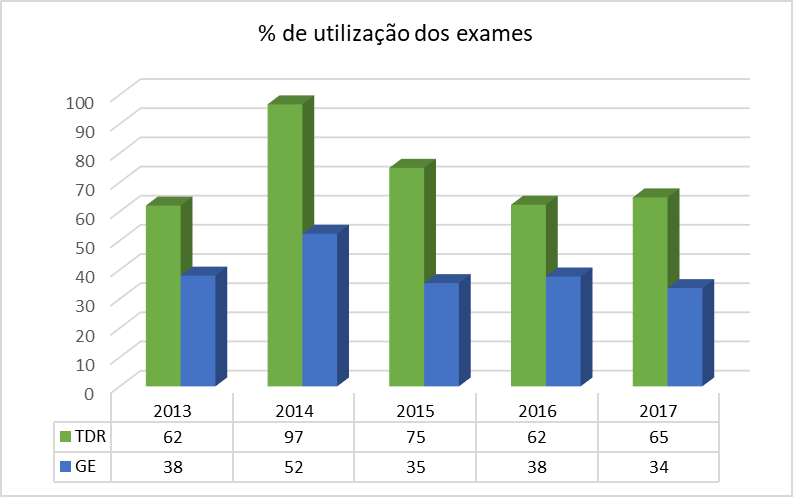
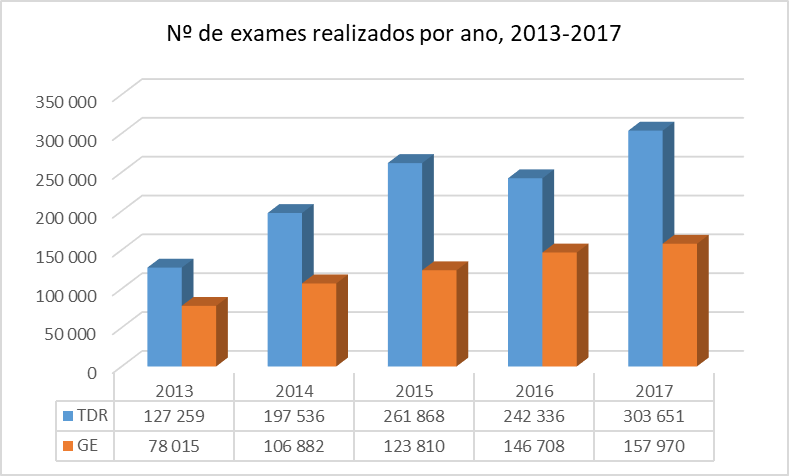
**** 

Figura 6: Exames realizados 2013-2017 Figura 7: Taxa de utilização de TDR e GE, 2013-2017

**Fonte: Relatório PNLP** 2017 **Fonte: Relatório PNLP 2017**

* ***Diagnóstico ao nível comunitário***

O diagnóstico dos casos de paludismo no nível comunitário foi iniciado oficialmente no dia 25 de junho de 2015, em 4 regiões sanitárias (Biombo, Cacheu, Farim e Oio) que tinham ASC formados na altura. Até a data presente foi alargado para as restantes regiões sanitárias. No entanto, no decorrer deste tempo, continua a constituir um dos desafios do PNLP, visto que tem havido roturas de stock constante dos kits de diagnóstico. É de salientar que a implementação do diagnóstico do paludismo na comunidade está a cargo dos ASC, com apoio das ONG do sector da saúde (VIDA, ADPP, AIFO, AMI, MSF, MdC).

Tabela 11 : Progressos de indicadores do diagnóstico parasitológico ao nível dos ASC, 2013-2017

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Itens** | **Anos** | | | | | **Total** |
| **2013** | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** |
| Número de casos suspeitos de paludismo ao nível comunitário | NA | NA | 8 160 | 3 990 | 8 856 | **21 006** |
| Número de casos testados por TDR ao nível comunitário | NA | NA | 8 160 | 3 924 | 8 796 | **20 880** |
| Número de casos testados positivos por TDR ao nível comunitário | NA | NA | 2 966 | 1 501 | 3 062 | **7 529** |
| % de casos testados (TDR) | NA | NA | 100 | 98 | 99 | **99** |

*Fontes: relatório PNLP*

***Tratamento específico e precoce dos casos de paludismo:***

* ***Ao nível das estruturas sanitárias***

À semelhança dos indicadores de diagnóstico, os de manejo do paludismo têm vindo a melhorar progressivamente. Se em 2013, se tratavam com frequência casos de paludismo não testados ou então testados negativos com TDR e/ou GE, no decorrer dos dois últimos anos essas ocorrências têm vindo a diminuir. Por outro lado, não deixa de ser um desafio para o PNLP implementar o slogan «Não há paludismo, sem confirmação», visto que apesar das supervisões formativas regulares e das recomendações do PNLP foi constatado que alguns técnicos de saúde continuam a tratar os casos presuntivos de paludismo sem os submeter ao diagnóstico biológico, bem como os casos testados negativos. No mesmo contexto, continua-se a verificar a prescrição de outros antipalúdicos não preconizados na Política Nacional, tais como Camoquina, Cloroquina, Sulfadoxina-Pirimetamina ou Fansidar, Quinimax ou Paluject, etc, desobedecendo assim as diretrizes de tratamento do paludismo em vigor no país.

Durante a visita de terreno constatou-se que nas estruturas sanitárias, os casos de paludismo grave são tratados com quinina injetável e comprimido, enquanto aos simples se administra ACT. O Artesunato ainda não está sendo utilizado. No mesmo período do inquérito também se constatou que 50% das estruturas sanitárias inqueridas tinham rotura de stock em ACT.

Na amostragem de 70 casos do paludismo tratados na razão de 5 casos por cada estrutura inquerida para o mês de outubro de 2017, 80% tinham sido tratados corretamente de acordo as diretrizes.

Tabela 12 : Progressos dos indicadores de Gestão ou Manejo de casos do paludismo ao nível das ES, 2013-2017



*Fontes: Relatório de PNLP.*

* ***Tratamento ao nível comunitário***

A gestão ou manejo dos casos do paludismo no nível comunitário foi iniciado oficialmente no dia 25 de junho de 2015, em 4 regiões sanitárias (Biombo, Cacheu, Farim e Oio) com ASC formados na altura. Para tal, 1.265 ASC foram formados e equipados com testes de diagnóstico e ACT para implementação da estratégia. Nos últimos 5 anos dos 4.301 ASC previstos para receberem formação sobre as 16 PFE, incluindo o manejo de casos de paludismo na comunidade, 3.676 foram formados, constituindo uma taxa de realização de 85%.

As notificações feitas ao nível comunitário são enviadas para áreas sanitárias mensalmente.

Entretanto, assim como o diagnóstico, o manejo de casos de paludismo na comunidade continua a constituir um dos desafios do PNLP, visto que se tem verificado roturas de stock sistemático dos kits de tratamento. Durante a visita no terreno, 33% de ASC visitados deparavam com a rotura de stock de ACT.

Tabela 13 : Progressos dos indicadores de Gestão ou Manejo do paludismo ao nível dos ASC, 2013-2017

 *Fontes: Relatório de PNLP*

O manejo de casos de paludismo melhorou ao longo do período estratégico 2013-2017, o que reduziu a taxa de mortalidade. Essa melhoria pode estar relacionada com aplicação de normas nacionais de manejo, a gratuitidade dos meios de diagnóstico (TDR e GE) e de tratamento (ACT, Quinina e Artesunato), o reforço das capacidades dos técnicos e as supervisões formativas no terreno. Entretanto, o PNLP continua a deparar-se com algumas dificuldades relativamente a este domínio, tais como, não cumprimento das orientações estratégicas por parte de alguns técnicos de saúde, a utilização de antipalúdicos não preconizados na Política Nacional e a frequente rotura de stock de ACT e TDR nas estruturas sanitárias e na comunidade.

### Evolução da prevenção do Paludismo nas grávidas

A prevenção do paludismo nas grávidas através da administração gratuita do tratamento preventivo intermitente (TPI) com Sulfadoxina-Pirimetamina durante a CPN, foi mantida em todas as estruturas sanitárias públicas do país nos últimos 5 anos.

Os resultados reportados continuam a ser inferiores aos objetivos traçados pelo PNLP, apesar das formações realizadas aos técnicos de saúde. As dificuldades de acesso geográfico e económico, o nível socio-cultural, a chegada tardia das grávidas na CPN1, bem como as roturas de stock de SP poderiam ser as causas da baixa cobertura (TPI3 - 20%, 2017) dessa intervenção.

Durante a visita no terreno realizada em novembro 2017 no quadro da revisão da performance do programa, confirmou-se através dos registos de consultas pré-natal a implementação das atividades do TPI para a prevenção do paludismo nas grávidas com a administração de três ou mais doses de Sulfadoxina-Pirimetamina (SP), em 75% de estruturas sanitárias visitadas. Os 5 Hospitais Regionais, o Hospital Nacional Simão Mendes e Hospital Militar Principal China Guiné-Bissau não prestam o serviço de Consulta Pré-Natal.

Duas (02) das 8 estruturas sanitárias visitadas que prestam o serviço de CPN apresentavam rotura de stock de SP para TPI no período do inquérito, o que corresponde a 25%.

Tabela 14 : Coberturas TPI durante as Consultas Pré-natais 2013-2017



*Fontes: Relatório PNLP*

O sistema de saúde tem oferecido serviços ligados à prevenção do paludismo no sector público, permitindo a redução da incidência do paludismo, a saber: (i) Distribuição do MILDA para a população alvo (grávidas e crianças <1 ano) na rotina e toda a população nas campanhas de distribuição universal de MILDA; (ii) Quimioprevenção do Paludismo Sazonal para as crianças de 3-59 meses em duas das quatro regiões sanitárias alvos do país; (iii) Tratamento Preventivo Intermitente com SP para as grávidas em todas as estruturas sanitárias durante as CPN.

### Evolução da Quimioprevenção do Paludismo Sazonal

A Guiné-Bissau em 2016 implementou pela primeira vez a estratégia de Quimioprevenção Sazonal do Paludismo (QPS) nas crianças de 3 a 59 meses de idade em algumas áreas sanitárias das regiões alvos (Bafatá - 7/14 áreas sanitárias e Gabú -14/19 áreas sanitárias) com apoio das ONG internacionais Médicos Sem Fronteira (MSF) em Bafatá e AIFO em Gabú.

Os resultados da avaliação pós-campanha nessas regiões demonstraram que foram atingidas 86% (37.379/43.715) da população alvo e demonstraram a grande relevância dessa intervenção na redução de casos de paludismo nas crianças <5 anos (Relatórios da avaliação pós-campanha de QPS). Em Bafatá a referida estratégia contribuiu para a redução do número de casos de paludismo nas crianças < 5 anos.

Tabela 15 : Cobertura da QPS, 2013 a 2017

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicadores** | **Resultados** | |
| **2016** | **2017** |
| Cobertura geográfica QPS do país (por região) | 50% \*  (2/4)\*\* | 50%\*  (2/4)\*\* |
| Cobertura da 1ª passagem | 44% | 89% |
| Cobertura da 2ª passagem | 45% | 91% |
| Cobertura da 3ª passagem | 44% | 88% |
| Cobertura da 4ª passagem | 39% | 68% |
| % de crianças que receberam 4 doses de AQ+SP | 34% | 60% |

*Fonte de dados: Relatório campanha QPS*

*\*2 sobre 4 regiões são elegíveis para QPS*

*\*\* Bafatá - 7/14 áreas sanitárias e Gabú -14/19 áreas sanitárias.*

Em 2017, a estratégia de QPS foi estendida para todas as áreas sanitárias de Bafatá e Gabú, também o número de ONG interveniente aumentou.

A Região sanitária de Bafatá foi dividida em zona norte e sul, assumidas pela MSF e PLAN-GB respetivamente.

Os resultados preliminares da avaliação pós-campanha 2017 nessas regiões permitiram constatar que foram atingidas 95% da população alvo e demonstraram a grande relevância dessa intervenção na redução de casos do paludismo nas crianças <5 anos (Relatório preliminar da avaliação pós-campanha da QPS 2017, PSB).

### Evolução da Gestão dos Aprovisionamentos e dos Stocks (GAS)

Para a quantificação dos produtos de luta contra o paludismo até o ano 2013 o PNLP elaborava a quantificação baseando-se na população em risco. A partir de 2014 com a passagem da gestão do financiamento do Fundo Mundial da Célula de Gestão do PNDS para o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) foi contratado um consultor que apoiou o PNLP na altura para a quantificação dos seus insumos para os anos 2015-2017 baseando-se na epidemiologia do paludismo. Ao nível da Célula de Gestão do PNDS (Beneficiário Secundário do NFM para Paludismo) existe um logístico que juntamente com o logístico do PNLP participam na elaboração do plano de distribuição.

Para o armazenamento e distribuição dos insumos de luta contra o paludismo, existe um acordo de parceria entre o Beneficiário Principal e a CECOME.

O deficiente circuito de informação a todos os níveis, fez com que algumas áreas sanitárias se queixassem por vezes de rotura de stock real dos produtos, mesmo havendo no nível central. Por outro lado, a própria quantificação feita baseando-se no número de casos reportados durante o período de alta transmissão não corresponde às necessidades reais das estruturas sanitárias. Ao nível de muitas estruturas as fichas de gestão de stock dos produtos, continuam a não ser preenchida, da mesma forma, que se nota a existência de dificuldades por parte dos técnicos no preenchimento da ficha de compilação de dados sobre os produtos de luta contra o paludismo, visto que até ao momento presente não foram formados nesse domínio.

A gestão de stock dos consumíveis foi deficiente, tanto ao nível de CECOME, como ao nível das Áreas Sanitárias. O abastecimento de CECOME para as áreas sanitárias foi regular, mas se constatou roturas contantes de stocks dos insumos principalmente ACT, TDR e Quinina nas áreas sanitárias, resultado do deficiente registo de quantidades consumidas, distribuídas e números de dias de rotura.

### Evolução da advocacia, mobilização social e da comunicação para a mudança de comportamento

No plano da comunicação as atividades não foram implementadas como previsto. Segundo algumas informações, formalmente as atividades não existiam, porque não havia um plano da comunicação validado. Havia ocasionalmente a comunicação nas rádios comunitárias durante as campanhas da distribuição do MILDA e educação sanitária nas estruturas sanitárias do país. Apesar da não aprovação do plano integrado da comunicação para realização de atividades de grande envergadura de estratégia de comunicação, a sensibilização da população sobre a prevenção do paludismo através da utilização de MILDA e saneamento do meio ambiente, bem como a importância da procura imediata de cuidados nas estruturas sanitárias em caso de febre se realizou de forma rotineira em todos os estabelecimentos de saúde públicos nos últimos anos. Essas atividades foram endereçadas de forma especial para as grávidas e cuidadores das crianças, que constituem a população alvo para certas intervenções do PNLP.

Do mesmo modo, durante as campanhas de distribuição universal de MILDA, foram realizadas atividades específicas de IEC endereçadas à toda população. No mesmo contexto foram elaborados suportes de comunicação que facilitaram a execução dessas atividades.

Em todas as regiões sanitárias visitadas, realizam as ações de IEC para a prevenção do paludismo nas estruturas de saúde pelos técnicos através de educação sanitária e nas comunidades pelos agentes de saúde comunitária.

A existência de um responsável de comunicação das atividades da mobilização social na DRS é uma oportunidade para a promoção das intervenções as bases comunitárias sobre o paludismo.

É percetível um elevado nível de conhecimento no que concerne à prevenção, diagnóstico e tratamento do paludismo, mas, ainda muitos esforços ficam por fazer em matéria de atitude e prática (automedicação continua a prevalecer no seio das comunidades) para inverter as pontuações ou classificações da incidência do paludismo na Guiné-Bissau.

Atuais estratégias de sensibilização e da mobilização social devem ser adequadas ao atual contexto (inovação) ou repensadas para terem mais eficacidade: as medidas da gratuidade não são conhecidas pelas populações e merecem ser claramente indicadas em todos os lugares. Os cuidados dentro das primeiras 24 horas não são efetivos (acessibilidades geográficas e financeiras). As campanhas de distribuição gratuita dos MILDA foram bem apreciadas pelas comunidades.

A comunicação/sensibilização da população para a mudança do comportamento, atitudes e práticas não foi realizada de maneira aceitável, mas, existia às vezes, principalmente no momento de campanha de distribuição de massa do MILDA, sobre o qual a população já sabe qual é a importância. Em 6 regiões visitadas foram encontrados suportes de IEC. As retro-informações entre departamentos e níveis de serviços foram fracas, mas o PNLP não dispõe de um plano estratégico de comunicação.

### Nível de realização dos objetivos de preparação e resposta contra as epidemias do paludismo

O objetivo de vigilância é de detetar rapidamente as epidemias de paludismo, sobretudo em zonas de transmissão epidémica sazonal ou com uma vasta população de risco. O gráfico seguinte descreve a distribuição de casos de Paludismo nos últimos 5 anos na Guiné-Bissau.

Figura 16 : Casos de paludismo confirmado nos últimos 5 anos

O gráfico acima, demostra duas fases, uma de transmissão estável que vai de dezembro a junho, e a fase de alta transmissão que vai de julho a novembro.

Nos anos 2013 e 2014, houve subnotificação de casos, porque naquela altura o sistema de informação não recolhia dados das estruturas privadas e do HNSM.

Nos últimos três anos (2015 a 2017), houve melhoria nos registos e os dados das estruturas privadas e do HNSM passaram a ser coletados. Também houve a formação e reciclagem dos técnicos na gestão de dados e na política nacional de luta contra o paludismo, e foi realizado diversas missões de controlo de qualidade de dados supervisões em todos os níveis da pirâmide sanitária.

O pico de paludismo nos últimos 5 anos tem sido sempre no mês de novembro exceto no ano 2017, que possivelmente pode estar associado a distribuição universal de MILDA e ainda se pode ter em conta a administração da QPS à crianças menores de 5 anos nas regiões de Bafatá e Gabú, que são considerados as regiões com maior número de casos.

De uma forma geral, estes dados demonstram ter uma distribuição sazonal, e a endemicidade do paludismo.

Entretanto, é de salientar que nos últimos 5 anos nenhuma decisão especial foi tomada em relação aos aumentos inexplicáveis ou invulgares do número de casos e de óbitos atribuídos ao paludismo, tanto nos períodos do pico, como nos períodos normais.

### Evolução da vigilância, Seguimento e Avaliação

O paludismo não é uma doença de declaração obrigatório, pelo que a notificação é feita mensalmente no boletim de informação mensal.

No âmbito do sistema de vigilância do paludismo, os relatórios eram enviados para o então serviço de Higiene e epidemiologia, posteriormente, tendo em conta as necessidades de alguns indicadores contratuais com parceiros na luta contra o paludismo, foi criado um sistema de vigilância paralelo no qual os dados são geridos pelo PNLP através de base de dados no Excel. Com a criação do Instituto Nacional de Saúde Publica (INASA) como a instância encarregue pela gestão de informação sanitária do país, o sistema de informação do PNLP foi integrado na base de dados do INASA.

Inicialmente a base de dados do INASA foi criado no Access, que posteriormente com apoio financeiro da OOAS e técnico e continuo da Universidade de OSLO, o INASA adotou o sistema informático baseado na web (DHIS2). É de salientar que esta base de dados ainda está sob a administração da Universidade de OSLO.

O desenvolvimento do DHIS2 foi progressivo e tem sido descentralizado para as regiões. A introdução de dados no DHIS2 inicialmente era feita a nível central no INASA, mas, atualmente a introdução está sendo feita a partir do nível regional, com uma cobertura nacional.

No entanto, para melhorar a prontidão e completude, o INASA com apoio dos parceiros financeiros e técnicos (Fundo Mundial, Banco Mundial, OOAS e Universidade de OSLO), já iniciou um projeto piloto de seguimento em tempo real (Real Time Monitoring), com a utilização de tecnologia digital móveis (smartphone). Os dados irão ser capturados a partir das áreas sanitárias.

### Evolução da funcionalidade da gestão do programa

Da criação do Programa Nacional de Luta Contra o Paludismo em 1992, até os dias de hoje, o PNLP dispõe de documentos normativos de luta contra o paludismo precedente do PNDS e documento legislativo para a luta contra o paludismo, manual sobre o paludismo, sistema de gestão de adequada do programa de nível central até comunitária.

O PNLP tem sempre o apoio incondicional do Ministério de Saúde na elaboração e cumprimento de seus planos estratégicos de luta contra o paludismo. Funciona em colaboração com outros departamentos ou programas a nível do Ministério de Saúde, ONG e sector privado na execução das suas atividades de luta contra o paludismo e também dispõe de um sistema de aprovisionamento e distribuição de insumos de forma aceitável. A equipa do PNLP que iniciou a implementação do PEN 2013-2017 com apenas 4 técnicos, vem sendo reforçada ao longo dos últimos anos com recursos humanos, contando neste momento com 10 técnicos efetivos em seguintes postos: coordenador, responsável pelo seguimento e avaliação, responsável pela Luta Antivectorial, responsável pelo manejo de casos, responsável pela gestão do paludismo nas grávidas, responsável pela IEC/CMC/MS, responsável logístico, uma secretária e dois motoristas. No mesmo contexto, ela está sendo assessorada pela NPO/MAL da OMS e pela equipa de consultores da CG-PNDS (responsável programático, responsável pelo S&A, assistente PNLP e gestor de Dados).

O Programa teve dificuldades no desempenho da sua função devido à insuficiência de meios de trabalho: (i) insuficiência de espaço para o funcionamento do PNLP; (ii) insuficiência de equipamento informático (computadores, impressoras, data Show, antivírus); (iii) dificuldade de comunicação (limitação do acesso à rede de internet) a todos os níveis; (iv) insuficiência de fundos para realização das atividades; etc.

### Principais fraquezas de implementação e medidas de reforços

Tabela 17 : principais fraquezas de implementação e medidas de reforços

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Domínio** | **Fraquezas** | **Medidas de reforços** |
| **LAV** | - Falta de um estudo entomológico do vetor transmissor do paludismo na Guiné-Bissau para determinar o seu hábito de picar e habitat;  - Inexistência de política de luta anti larvária;  - Inexistência de um entomologista no PNLP; | -Mobilização de fundos necessários para a realização regular de estudos entomológicos do vetor transmissor do paludismo na Guiné-Bissau;  -Mobilização de recursos (técnico e financeiro) para elaboração e implementação da política de luta anti larvária;  -Solicitar à Direção dos Recursos Humanos do MINSAP a afetação de um entomologista no PNLP; |
| **Diagnóstico e Tratamento Do Paludismo, Eficácia e Farmacovigilância** | -Não disponibilidade dos ACTs e TDRs ao nível comunitário;  -Dificuldade na aplicação da nova política de diagnóstico e tratamento;  -Utilização de antipalúdicos não recomendados pela política nacional no tratamento de casos;  -Fraca colaboração dos técnicos na implementação da Farmacovigilância;  -Insuficiência e frequente rotura de materiais de diagnóstico (TDR, microscópio, lâminas, luvas, giemsa, metanol)  - Rotura frequente de SP. | -Quantificação, aquisição e aprovisionamento regular do nível comunitário com ACTs e TDRs;  -Formação e reciclagem regular dos técnicos de Saúde na nova política de diagnóstico e tratamento;  -Responsabilização dos técnicos na utilização dos antipalúdicos não preconizados na política nacional de manejo de casos;  -Capacitação e motivação dos técnicos para implementação da Farmacovigilância;  -Quantificação, aquisição e aprovisionamento regular das estruturas sanitárias com os materiais de diagnóstico (TDR, microscópio, laminas, luvas, giemsa e metanol);  Quantificação, aquisição e aprovisionamento regular das estruturas sanitárias com SP. |
| **IEC/CMC/Advocacia & Mobilização Social** | -Insuficiência de mecanismos de passagem de informações;  -Falta de seguimento das atividades de mobilização social;  -Não atualização regular de planos de mobilização social;  -Inexistência de políticas e diretrizes de IEC no PNLP. | -Elaboração, implementação e seguimento de um plano de comunicação para divulgação das informações do PNLP nos órgãos de comunicações sociais;  -Atualização regular dos planos de mobilização social. |
| **Vigilância, S&A e Pesquisa Operacional** | -Não disponibilidade dos dados de algumas estruturas sanitárias privadas;  -Fraco domínio dos RAS na análise e discussão dos dados durante os encontros mensais de coordenação;  -Fraco domínio dos instrumentos de colecta de dados pelos técnicos das estruturas sanitárias;  -Fraca divulgação de dados de Paludismo;  -Falta de definição dos domínios sobre as pesquisas operacionais. | -Celebração de acordos com as estruturas sanitárias privadas com vista a obtenção dos dados do paludismo;  -Reforço da capacidade do ERS e RAS no dominio análise de dados;  -Formação dos técnicos no domínio dos instrumentos de colecta de dados;  -Criação de um boletim de informação e retro informação de dados de Paludismo;  -Definir os domínios da pesquisa operacional e mobilizar recursos necessarios. |
| **Gestão do programa nacional de luta contra o paludismo e liderança** | -Insuficiente divulgação e apropriação dos documentos do PNLP;  -Fraca comunicação e coordenação com os parceiros na Luta Contra o Paludismo;  -Deficiente meio de comunicação (internet);  -Espaço físico insuficiente;  -Insuficiência de pessoal técnico. | -Elaboração, produção e distribuição dos documentos estratégicos do PNLP para todos os intervenientes na luta contra o paludismo;  -Definição e implementação de um mecanismo de avaliação de performance do sistema de seguimento e avaliação  -Criação dum quadro de coordenação de parcerias para Luta Contra o Paludismo;  -Celebração de um contrato de Internet ilimitado com as empresas de comunicação;  -Realização da advocacia junto das autoridades de MINSAP com vista a obtenção de um espaço adequado para PNLP;  -Solicitação á DRH para afetação do pessoal técnico no PNLP. |
| **G.A.S.** | -Sistema de Farmacovigilância pouco funcional;  -Rotura de stock de TDR, ACT, SP, reagentes e material de laboratório; | -Mobilização dos recursos (materiais e técnicos) para reforço do sistema de Farmacovigilância;  -Quantificação correta, aquisição atempada e suficiente e aprovisionamento regular dos produtos em constante rotura;  -Elaboração participativa do plano de distribuição trimestral de produtos  -Gestão proactiva de stock dos produtos |

## Desafios para o programa em 2018-2022

* Dotar todos os sítios sentinelas do país de insectário e de equipamentos de base para permitir a vigilância entomológica de rotina;
* Fazer uma cartografia geográfica de referência espacial e temporal dos criadouros positivos para as diferentes espécies anofelianas;
* Atualizar os dados de base sobre o comportamento da picada e do repouso e caracterizar o estatuto dos vetores face aos inseticidas autorizados na saúde pública;
* Proceder à vigilância dos sítios criadouros das larvas dos mosquitos no período da estação seca, sobretudo das águas paradas dos tubos da canalização defetuosos da EAGB;
* Sensibilizar as autoridades administrativas locais sobre riscos de manterem permanente a transmissão palustre ligada aos criadouros artificiais de origem antropóficas;
* Elaboração e implementação de um plano nacional da gestão da resistência aos inseticidas no país;
* Criar uma base dos dados entomológicos do paludismo;
* Criar um sistema eficaz de gestão de stock entre CECOME, PNLP e Áreas sanitárias;
* Criar e conservar um arquivo físico dos documentos de QPS;
* Estender a estratégia de QPS para as outras regiões alvos;
* Envolver o MINSAP em todas as etapas preparatórias das campanhas, incluindo no processo de seleção dos consultores;
* Reforçar a sensibilização das grávidas no sentido de procurarem o serviço de CPN precocemente;
* Disponibilizar quantidades suficientes de SP para as estruturas sanitárias;
* Reforçar a disponibilidade dos insumos de luta contra o paludismo no nível comunitário;
* Fazer a advocacia junto do Governo com vista a aumentar a sua contribuição na luta contra o paludismo no país;
* Responsabilizar os técnicos pela utilização de antipalúdicos não preconizados na Política e pelo tratamento de casos testados negativos;
* Implantar um sistema eficaz de luta antilarvária e Antivectorial.

# QUADRO ESTRATÉGICO DO PEN 2018-2022

## Visão

A visão do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo é que o paludismo deixe de ser um problema de saúde pública na Guiné-Bissau.

## Missão

A missão do PNLP é de contribuir na implementação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário com vista a reduzir a morbilidade e a mortalidade atribuídas ao paludismo. Para isso o PNLP:

* Promoverá o acesso universal à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento correto do paludismo para reduzir as taxas de morbilidade e mortalidade atribuídas ao paludismo;
* Contribuirá para o alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) no que diz respeito ao paludismo (ODS 3).

A Constituição da República da Guiné-Bissau (no seu Art.15) reconhece o direito de todos os cidadãos à saúde. Outros documentos fundamentais, tais como o DENARP, não só indicam que o direito à saúde é uma prioridade para o governo, mas, também que a luta contra o paludismo constitui igualmente uma das prioridades do governo. O País aderiu à várias iniciativas mundiais de luta contra o paludismo, tais como, os acordos de Abuja e a Iniciativa Fazer Recuar o Paludismo.

A parceria Fazer Recuar o Paludismo (FRP) reafirmou as metas e estratégias de luta contra o paludismo no seu Plano Estratégico Global de 2005-2015, ambicionando reduzir a morbilidade. O ODS 3 identifica o paludismo como uma das doenças endémicas que deve deixar de representar um problema de saúde pública.

A Guiné-Bissau aderiu aos **princípios** de saúde primária que são: a aceitabilidade, a eficácia e a eficiência dos cuidados de saúde, a reatividade dos serviços de saúde, o acesso universal aos cuidados, a coordenação intrassectorial e a colaboração intersectorial, a participação individual e coletiva.

Os **valores** que orientam este plano advêm do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário **III** e são: a equidade, o respeito pela pessoa humana (solicitude, qualidade de serviços, confidencialidade e atendimento às suas necessidades), a integralidade (bem-estar físico, mental e social) e a integridade (ética profissional).

* **Equidade**: Todo cidadão tem direito de ser atendido nas estruturas de saúde do Serviço Nacional de Saúde, em iguais condições e circunstâncias, conforme as necessidades de cuidados identificadas. Uma abordagem orientada por este princípio deve contribuir para reduzir as desigualdades no sector de saúde no país;
* **Respeito pela pessoa humana (solicitude, qualidade de serviços, confidencialidade e atendimento às suas necessidades):** Os serviços serão prestados conforme normas estabelecidas, por profissionais bem formados, em estruturas equipadas para dar uma resposta adequada ao nível esperado de cuidados garantindo um atendimento digno e humano dos utentes e garantindo a confidencialidade de cada caso atendido.
* **Integralidade (bem-estar físico, mental e social):** Os serviços serão prestados por forma a dar atenção integral a todas as vertentes de saúde dos pacientes: física, mental e social.
* **Integridade (ética profissional):** Todos os profissionais de saúde deverão agir dentro dos padrões convencionais, não prejudicando o próximo e cumprindo com os valores e princípios estabelecidos pela sociedade e pelo seu grupo de trabalho (Código de Ética Profissional).

## Orientações estratégicas e prioridades políticas

No quadro do presente plano as ações previstas baseiam-se essencialmente nas seguintes prioridades:

* Manter o acesso universal e uso de MILDA pela população, por um lado e por outro a coleta permanente de informações sobre a sensibilidade do vetor e a aplicação de outras medidas de prevenção através de um conjunto de Luta Integrada dos Vetores.
* Manter o slogan "Não há Paludismo sem confirmação" para todos os níveis, a fim de que o sector público, privado e comunidade o cumpram na totalidade. Neste contexto, a gratuitidade dos meios de diagnóstico e do tratamento, a formação, a reciclagem, o seguimento e a supervisão formativa, serão prioridades do novo plano estratégico como forma de assegurar o acesso universal aos diferentes serviços.
* Aumentar a cobertura das doses recomendadas do TPI para as grávidas no nível das estruturas sanitárias, bem como alargar a estratégia de QPS para as crianças de 3 a 59 meses, nas regiões alvos***.***
* Melhorar a qualidade de notificação dos dados de paludismo, no quadro do sistema de Seguimento e Avaliação das intervenções de luta contra o paludismo, nomeadamente através do Sistema de Informação Sanitária e da avaliação do impacto do programa. Integrar também os dados do paludismo do sector privado e da comunidade no SIS.
* Reforçar a parceria e a coordenação das intervenções de luta contra o paludismo, levando os parceiros a aderir aos princípios de 3 em 1 (1 só plano estratégico, 1 só plano de seguimento e avaliação e 1 só mecanismo de coordenação da luta contra o paludismo). Melhorar a implicação do sector privado na luta contra o paludismo e fazer advocacia junto do Governo para reforçar a sua contribuição financeira à causa da doença.
* Melhorar a gestão dos aprovisionamentos e do stock com vista a assegurar a gestão racional dos produtos de luta contra o paludismo, a sistematização do controlo de qualidade desses mesmos produtos antes e durante as suas utilizações no terreno, bem como a funcionalidade do sistema de Farmacovigilância no país.
* Reforçar a capacidade de gestão do Programa à todos os níveis.

## Finalidade e objetivos

### Finalidade

A finalidade de luta contra o paludismo na Guiné-Bissau é de reduzir de maneira significativa o fardo do paludismo até 2022.

### Objetivos

### Objetivo geral

Reduzir a morbilidade e a mortalidade devido ao paludismo, promovendo assim o desenvolvimento sócio – económico global da Guiné-Bissau.

### Objetivos específicos

Até final de 2022:

* Reduzir a taxa de mortalidade ligada ao paludismo em pelo menos 50% em relação à 2015;
* Reduzir a taxa de morbilidade ligada ao paludismo em pelo menos 50% em relação à 2015;
* Reforçar a capacidade de gestão do programa em todos os níveis.

## Principais estratégias de luta

As principais estratégias que permitirão a Guiné-Bissau de obter uma redução significativa da mortalidade e da morbilidade ligadas ao paludismo são as seguintes:

* O diagnóstico parasitológico de casos, seguido de um tratamento específico e precoce, de acordo com a política nacional;
* A luta contra os vetores, através da distribuição de MILDA para a população, combinado com o saneamento do meio ambiente;
* A prevenção do paludismo nas grávidas, através da administração de TPI e a distribuição de MILDA nas CPN;
* A prevenção do paludismo nas crianças de 3 a 59 meses, nas regiões alvos através da Quimioprevenção do Paludismo Sazonal (QPS);
* As estratégias de suporte que serão transversais a todos os níveis: a IEC/CMC/Mobilização Social sobre o paludismo, o Seguimento e Avaliação de todas as intervenções e Pesquisa Operacional, a Gestão racional dos Aprovisionamentos e dos Stocks e a Gestão e Coordenação do Programa.

### Gestão e coordenação do programa

* **Objetivo da componente**
* Assegurar a gestão e a coordenação do programa a todos os níveis.
* **Descrição das intervenções**

Para melhor desempenhar o seu papel de planificador, de organizador, de coordenador e de seguidor da implementação das intervenções de luta contra o paludismo a nível nacional, serão feitas as seguintes intervenções:

***Reforço da capacidade do PNLP na gestão da luta contra o paludismo:***

O PNLP necessitará de reforço da sua capacidade institucional, o que passa necessariamente de um lado, pela capacitação dos seus técnicos em matéria de gestão e por outro lado, pela realização da advocacia junto das autoridades nacionais e dos parceiros para a melhoria das suas condições de trabalho (materiais, equipamentos, espaço físico, recursos humanos e financeiros, transporte, etc.).

***Reforço da liderança e parceria:***

O PNLP assegurará a liderança do Ministério da Saúde pela coordenação eficiente das parcerias para a luta contra o paludismo a nível nacional e regional. Um dos seus maiores desafios será de levar os parceiros a aderirem aos princípios de 3 em 1 (1 só mecanismo de coordenação da luta contra o paludismo, 1 só plano estratégico e 1 só plano de seguimento e avaliação); o que implicará uma convergência de esforços, evitando assim a duplicação de ações no terreno.

### Luta Antivectorial (LAV)

* **Objetivo da componente**
* Pelo menos 95% da população geral dorme sob MILDA.
* **Descrição das intervenções**

***Distribuição gratuita de mosquiteiros impregnados de longa duração de ação*:**

Aos grupos-alvo, grávidas e crianças menores de um ano durante as CPN e as sessões de vacinações respetivamente, como também durante as estratégias avançadas e campanhas de distribuição universal de massa.

Na CPN, os mosquiteiros serão distribuídos durante o primeiro contacto das grávidas com este serviço, ou seja, durante a primeira consulta pré-natal. Nas sessões de vacinação, também será seguida a mesma dinâmica.

Para a campanha universal de distribuição de massa de mosquiteiros, toda a população da Guiné-Bissau é alvo e far-se-á a distribuição para todos os agregados familiares identificados e recenseados. É de salientar que nos anos que se seguem à distribuição universal, os mosquiteiros serão distribuídos somente às crianças menores de um (1) ano e grávidas.

***A Pulverização intra-domiciliar****:*

É um meio eficaz de luta contra os mosquitos adultos. No entanto, na Guiné-Bissau não está definida a implementação desta estratégia. Ela exige uma mobilização constante de fundos adicionais, porque, também exige uma certa periodicidade, na sua implementação (uma vez iniciada não se pode interromper e é obrigatório respeitar o intervalo entre sessões).

***A Luta anti–larvária****:*

É outro meio eficaz de luta contra os mosquitos, mas, na sua forma larvária. Também faz parte das intervenções não contempladas nas estratégias de luta contra o paludismo na Guiné-Bissau. Exige uma mobilização constante de fundos adicionais e uma certa periodicidade na implementação.

***O Saneamento do meio/gestão do ambiente:***

É uma intervenção de suporte muito importante para evitar a criação dos viveiros dos mosquitos. Ações de IEC através das rádios, dos técnicos de saúde e dos Agentes de Saúde Comunitário serão levadas a cabo para sensibilizar a população sobre a importância da higiene e do saneamento do meio ao redor das casas, hospitais, escolas, etc.

***A Vigilância da resistência dos vetores aos inseticidas:***

É de vital importância para a luta Antivectorial. É necessário fazer estudos regulares sobre a resistência dos vetores aos inseticidas usados na fabricação dos MILDA utilizados pela população. Recomenda-se a realização de estudos da resistência dos vetores do paludismo aos inseticidas a cada dois (2) anos.

### Prevenção do Paludismo nas grávidas

### Tratamento Preventivo Intermitente (TPI)

* **Objetivo da componente**
* Pelo menos 60% de grávidas recebem pelo menos três doses de TPI sob supervisão, até 2022.
* **Descrição das intervenções**

***Prevenção do paludismo durante a gravidez (Tratamento Preventivo Intermitente) com três doses ou mais de SP:***

Durante as sessões de CPN, todas as grávidas receberão gratuitamente pelo menos 3 doses de Tratamento Preventivo Intermitente com Sulfadoxina-Pirimetamina por via oral, em doses supervisionadas pelos técnicos de saúde e espaçadas com pelo menos um mês de intervalo, a partir de 4º mês (13 semanas) de gestação até o parto.

Para as grávidas seropositivas em profilaxia com o Cotrimoxazol, não será administrado o TPI. Sessões de IEC/CMC/MS serão realizadas nas estruturas sanitárias e na comunidade para melhorar a adesão precoce das grávidas à CPN e consequentemente ao TPI.

### MILDA nas grávidas

* **Objetivo da componente**
* Pelo menos 95% das grávidas dorme sob MILDA, até 2022.
* ***Descrição das intervenções***

**Distribuição de MILDA nas sessões de CPN:**

Cada grávida deve receber um MILDA como parte de um pacote preventivo gratuito, fornecido durante o primeiro contato da CPN nas estruturas sanitárias ou nas estratégias avançadas, realizadas pelos serviços de saúde ao nível da comunidade. O MILDA lhe servirá de proteção para si e para o seu bebê durante toda a gestação.

No entanto serão realizadas sessões de IEC nos centros de saúde pelos técnicos e nas comunidades pelos ASC, para que os MILDA recebidos sejam efetivamente utilizados pelas grávidas.

### Quimioprevenção do Paludismo Sazonal

* **Objetivo da componente**
* Pelo menos 95% de crianças com idade compreendida entre os 3 e os 59 meses das regiões alvos são cobertas pela QPS com AQ+SP, até 2022.
* ***Descrição das intervenções***

***Realização de campanhas de Quimioprevenção do Paludismo Sazonal com ciclos de AQ+SP:*** Todas as crianças de 3 a 59 meses em zonas do país elegíveis para a Quimioprevenção do Paludismo Sazonal (QPS) devem receber pelo menos 3 doses de Sulfadoxina-Pirimetamina e Amodiaquina (SP + AQ) por via oral, com um mês de intervalo, durante o período de alta transmissão do paludismo na Guiné-Bissau (julho a novembro).

### Manejo de casos

* **Objetivos da componente**
* 100% de casos de paludismo nas estruturas sanitárias públicas, privadas e na comunidade são corretamente diagnosticados, de acordo com a Política Nacional de Luta contra o Paludismo até 2022;
* 100% de casos diagnosticados no sector público são tratados de acordo com a Política Nacional de Luta contra o Paludismo, até 2022;
* Pelo menos 98% de casos diagnosticados no sector privado são tratados de acordo com a Política Nacional de Luta contra o Paludismo, até 2022;
* Pelo menos 90% de casos de paludismo diagnosticados na comunidade são corretamente tratados de acordo com a Política Nacional de Luta contra o Paludismo, até 2022.
* **Descrição das intervenções**

***Diagnóstico parasitológico do paludismo:***

Qualquer caso suspeito de paludismo visto numa estrutura sanitária pública, privada ou na comunidade deve ser testado para confirmar ou refutar o diagnóstico de paludismo. Os dois métodos de diagnóstico parasitológico na Guiné-Bissau devem basear-se na microscopia e no Teste de Diagnóstico Rápido (TDR).

Os técnicos de saúde e Agentes de Saúde Comunitária serão formados/reciclados a todos os níveis na realização correta do diagnóstico parasitológico.

***Tratamento específico e precoce dos casos de paludismo:***

Todos os casos confirmados de paludismo simples nas estruturas sanitárias públicas, privadas e pelos ASC, receberão tratamento sistemático e precoce com ACT, com exceção das gestantes durante o primeiro trimestre e as crianças com menos de 5 kg, onde é administrado Quinina comprimido.

Para as gestantes no primeiro trimestre e as crianças com menos de 5 kg, ASC deverão referir para o CS ou hospital da área.

O manejo do paludismo grave deve ser feito com Artesunato e Quinina injetável nas estruturas sanitárias com capacidade de internamento.

### Promoção da saúde

* **Objetivo da componente**
* Pelo menos 85% da população consegue cumprir com comportamentos favoráveis para a luta contra o paludismo.
* **Descrição das intervenções**

***Comunicação Interpessoal***

***Reforço da capacidade dos atores a todos os níveis:***

O PNLP através do seu departamento de Comunicação e com o apoio dos parceiros elaborará suportes de IEC (folhetos, cartazes, álbuns seriados, mensagem radiofónicas, esquetche etc.) que serão utilizados tanto nas formações dos atores no terreno (ASC, OBC), como nas próprias atividades de comunicação. Neste âmbito, o programa mobilizará recursos com vista a adquirir suportes de IEC para apoiar esses atores.

Todos os técnicos das áreas sanitárias devem receber uma formação em técnicas de comunicação interpessoal e no domínio da prevenção do paludismo. No mesmo âmbito, deve-se realizar pelo menos uma visita de seguimento a todas as áreas sanitárias para apoiar no cumprimento das técnicas de comunicação interpessoal, por um lado e por outro deve-se garantir também o envolvimento das autoridades administrativas locais nas reuniões (djumbai) sobre a comunicação interpessoal.

***Finalização e implementação de um Plano Integrado de Comunicação:***

O PNLP juntamente com os outros programas do MINSAP, em colaboração com os parceiros e sob orientação da DGPPS promoverá a criação de um comité para a finalização do Plano Integrado de Comunicação, que será posteriormente validado, multiplicado e difundido para todos os atores do processo de comunicação.

***Comunicação de Massa***

No contexto de comunicação de massa, se prevê a realização de um estudo CAP com vista a ter uma perceção dos comportamentos atitudes e práticas relativamente à prevenção do paludismo nas diversas camadas sociais.

Será organizada uma formação de seguimento aos jornalistas inseridos no tema da prevenção do paludismo. Além disso, será inserido nas grelhas das rádios, jornais, internet e televisão os temas relacionados à prevenção e promoção do paludismo.

Também se prevê realizar em cada ano, ações de Marketing para dar visibilidade dos resultados obtidos no processo de luta contra o paludismo.

***Mobilização Social***

Prevê-se fazer o mapeamento de todos os grupos organizados em todas as regiões sanitárias: curandeiros tradicionais (djambacus), ONG, líderes de opinião, artistas, desportistas, etc.

Posteriormente, serão realizados encontros de compromisso com todos os grupos e registados a sua contribuição para dar seguimento nas 114 áreas sanitárias do país. Todos eles (artistas, desportistas, proprietários de lojas, associações de vendedores nos mercados, transportadores) serão contactados e engajados com ações concretas e quantificáveis.

Todas as áreas sanitárias receberão álbuns seriados, álbuns direcionados aos ASC para apoiarem na promoção da saúde. Será feito o seguimento em todas as áreas sanitárias, sobre o uso dos álbuns seriados.

***Advocacia***

Os Governadores das regiões sanitárias receberão Comunicado de Advocacia ALERTA! com dados de incidência do paludismo nas suas regiões, dando oportunidade para contribuírem nas diferentes ações de luta contra o paludismo, especialmente nas campanhas de distribuição de massa de MILDA e nas campanhas da Quimioprevenção do Paludismo Sazonal (QPS).

A 1ª Dama e outras figuras de destaque nacional serão envolvidos na difusão das mensagens, especialmente durante as campanhas da QPS.

Os Ministérios da Educação, das Finanças, da Energia, Indústria e Recursos Naturais, dos Transportes e Comunicação Social, da Administração Territorial, do Turismo e Artesanato e a Secretaria de Estado do Ambiente, receberão notas de instruções de aderência aos esforços na luta contra o paludismo nas regiões.

Os líderes de opinião, associação das mulheres, jovens e outras organizações influentes na Comunidade serão convidados a co-participarem nas atividades de promoção da saúde através dos comités regionais locais.

Os proprietários das empresas de telecomunicações, serão envolvidos na difusão das mensagens chaves antes e durante as campanhas de MILDA e de QPS.

A administração local das regiões serão envolvidas na prestação de apoios com recursos adicionais necessários para a implementação das atividades de estratégias avançadas (procura das mulheres grávidas para TPI, nas tabancas mais isoladas), em resposta ao Alerta!

No final do ano, será feita uma avaliação da ação tomada pelo comité regional, nos apoios às atividades do sector de saúde, com vista a determinar os sucessos alcançados e os compromissos a serem assumidos para os próximos anos.

### Luta contra as epidemias e Urgências do Paludismo

* **Objetivo da componente**
* Detetar 100% das epidemias de paludismo, sobretudo em zonas de transmissão epidémica sazonal ou com uma vasta população de risco.
* **Descrição das intervenções**

***Verificação de qualidade de dados***:

Será feita a partir da informação proveniente de um relatório ou rumores que demonstra a existência de aumento inesperado de casos. Nestas condições serão enviados técnicos para a averiguação da existência destas informações, que consiste em verificar os registos da fonte primária comparando com os dados do relatório, e posteriormente fazer a triangulação com os dados laboratoriais.

***Investigação de casos:***

Após a confirmação da existência de aumento inesperado de casos pelo nível local/ regional serão tomadas as seguintes medidas:

- Administrativamente, disponibilizar recursos necessários (materiais, financeiros e humanos), em seguida deslocar ao terreno para a investigação propriamente dita de casos em termos de pessoa, lugar e tempo. Os dados de investigação epidemiológica devem ser analisados, para verificar a tendência de casos, a curva de tendência, tendo em conta a análise por sexo e faixa etária, bem como a localização e o período e os fatores de risco***.***

- Deve-se produzir um relatório com base em evidências e recomendações, partilhando os resultados da investigação com os parceiros e convocar uma reunião para a preparação da resposta.

### Gestão dos aprovisionamentos e dos stocks

* **Objetivo da componente**
* Reforçar a capacidade da gestão e aprovisionamento dos medicamentos e produtos a todos os níveis.
* **Descrição das intervenções**

***Reforço da cadeia de Gestão e Aprovisionamento em Stock (GAS):***

O PNLP irá zelar para que o Comité de Quantificação faça a quantificação dos produtos de luta contra o paludismo baseada nas necessidades reais do país, por forma a evitar futuras roturas de stock. Aquando da sua chegada ao país, o PNLP garantirá que eles sejam armazenados em condições ideais e que sejam repartidos equitativamente para todo o país.

Tendo em conta as dificuldades de armazenamento dos produtos de acordo com as boas práticas, o PNLP e os outros parceiros apoiarão no reforço da capacidade de armazenamento da CECOME.

***Reforço da Farmacovigilância e do controlo de qualidade do diagnóstico biológico e dos medicamentos:***

O PNLP trabalhará em colaboração com a DSFARLM para fazer o seguimento das reações adversas aos antipalúdicos, incluindo a realização de supervisões regulares no quadro da Farmacovigilância.

Relativamente ao controlo de qualidade do diagnóstico biológico, trimestralmente serão feitas recolhas de lâminas de GE e TDR do nível periférico, para serem examinadas no Laboratório Nacional de Saúde Pública (LNSP).

O controlo de qualidade dos medicamentos será feito à três níveis: logo após a chegada ao país, serão recolhidas amostras de diferentes lotes para serem examinadas; de igual modo ao nível da CECOME central e ao nível periférico, serão recolhidas amostras para comprovar a conservação dos seus princípios ativos. Neste contexto o PNLP com apoio dos parceiros e de outros programas fará aquisição dos equipamentos e materiais necessários para o LNSP.

***Reforço da capacidade dos atores de GAS e de controlo de qualidade biológica de modo descentralizado:***

Os técnicos de saúde e prescritores tanto do sector público, como do privado serão formados/reciclados nos domínios da quantificação dos produtos baseada no consumo médio mensal, dos stocks de segurança, da gestão de stocks. Essas formações serão estendidas aos gestores dos CECOME e incluirão o preenchimento correto e atualização das fichas de gestão de stock de medicamentos e produtos medicais.

Os técnicos de saúde que se ocuparão do controlo de qualidade do diagnóstico biológico (GE, TDR) e dos medicamentos também serão formados/reciclados periodicamente.

### Seguimento, Avaliação e Pesquisa operacional

* **Objetivo da componente**
* Reforçar o sistema de Seguimento e Avaliação da luta contra o paludismo para assegurar a monitoria da performance do programa em relação aos objetivos fixados.
* ***Descrição das intervenções***

***Harmonização dos instrumentos de coleta de dados, para ter em conta os indicadores essenciais do paludismo:***

Sendo o INASA responsável pelo sistema de informação de saúde (SIS) e consequentemente pela coordenação das atividades de recolha, análise e partilha de informações, incluindo a harmonização de todos os instrumentos a serem utilizados pelos diferentes programas e serviços do MINSAP, a ele cabe organizar sessões de trabalho para harmonização dos instrumentos do PNLP caso necessário, com apoio dos parceiros que intervêm no domínio de luta contra o paludismo e de outros programas do sistema de saúde.

Por outro lado, na base das novas orientações mundiais de prevenção e manejo de casos de paludismo serão feitas atualizações das diretrizes e diferentes algoritmos de manejo de casos do paludismo a serem utilizados no país. No mesmo âmbito, será elaborado o guia técnico de seguimento e avaliação do paludismo. Finalmente, todos os documentos serão reproduzidos e difundidos em todos os níveis da pirâmide sanitária.

***Formação/reciclagem e supervisão dos técnicos a todos os níveis:***

Todos os técnicos de saúde implicados na gestão de dados a todos os níveis serão formados/reciclados sobre os instrumentos de coleta de dados, o que permitirá também de fazer a harmonização dos conceitos e métodos em seguimento e avaliação no domínio de luta contra o paludismo. No mesmo contexto, serão organizadas sessões de formações nos seguintes domínios: (i) utilização do guia técnico de seguimento e avaliação do paludismo; (ii) controlo de qualidade de dados durante as supervisões; (iii) utilização do módulo de CQD do DHIS2; e (iv) preenchimento de fichas de stock, com a implicação das DRS na distribuição dos produtos e medicamentos do Paludismo, bem como no seguimento dos produtos e medicamentos trimestralmente.

Em relação ao seguimento dos técnicos no terreno, serão organizadas supervisões formativas periódicas para os diferentes níveis: regional, periférico (área sanitária e ASC) e durante as quais serão analisadas as diferentes vertentes de luta contra o paludismo, incluindo a utilização do guia técnico de seguimento e avaliação do paludismo pelos técnicos de saúde.

***Controlo de qualidade de dados a todos os níveis:***

com o objetivo de fazer melhorar a qualidade dos dados e a análise das informações sobre o paludismo em todos os níveis da pirâmide sanitária, periodicamente a equipa de Seguimento e Avaliação do PNLP juntamente com os parceiros organizará missões de coleta, validação e controlo de qualidade de dados, através das fontes de informação utilizadas em todos os níveis. Durante essas missões, será utilizado o módulo de controlo de qualidade de dados incorporado no DHIS2.

***Reforço dos sítios sentinelas:***

Os sítios sentinelas existentes e em funcionamento no país (Gabú, Canchungo, Buba e Bairro Militar) serão reforçados em recursos humanos, logísticos, materiais e equipamentos. No mesmo contexto, todas as estruturas implicadas na gestão de informação do paludismo também beneficiarão deste reforço.

***Realização de estudos sobre o paludismo****:*

Nos últimos 3 anos e no quadro da luta contra o paludismo foram realizados vários estudos (MIS, Avaliação do impacto da campanha de distribuição de MILDA, Avaliação da qualidade de tratamento, etc.), cujos resultados permitiram redefinir as estratégias de luta contra o paludismo no país e influenciaram na tomada de decisões importantes.

Neste contexto, para os próximos 5 anos, está prevista a realização de vários estudos no domínio de luta contra o paludismo, a saber: (i) MIS, cada 3 anos; (ii) Estudo epidemiológico nos sítios sentinelas, anualmente; (iii) estudo entomológico nos sítios sentinelas, anualmente; (iv) estudo sobre a eficácia terapêutica dos antipalúdicos, cada 2 anos; (v) estudo sobre a qualidade de tratamentos, anualmente; (vi) Estudo sobre a sensibilidade dos vetores aos inseticidas, cada 2 anos; (vi) estudo sobre o impacto da campanha de QPS, anualmente; (vii) estudo sobre a avaliação da performance de TDR em relação à GE.

# QUADRO DE IMPLEMENTAÇÃODO PEN 2018-2022

## Modalidades de implementação do PEN 2018-2022

### Mecanismo de planificação e de implementação

O processo de planificação, de implementação e de avaliação das intervenções do programa deve ser feito no quadro da colaboração entre PNLP e as diferentes partes envolvidas, nomeadamente outros serviços de saúde do Ministério e outros departamentos, autoridades locais, ONG, instituições de pesquisa, parcerias técnico privada, redes de instituições regionais e internacionais.

### Sistema de parceria e de coordenação

O controlo do paludismo será feito através de mecanismos de parceria definidos pelo Ministério de Saúde. O PNLP basear-se-á numa parceria sólida, baseado num mecanismo regular de consulta das partes interessadas, em consonância com o princípio "três um". No quadro desta política, o PNLP esforçar-se-á por fortalecer a parceria com estruturas nacionais e internacionais, em particular a sociedade civil e o setor privado. Especificamente, o PNLP desenvolverá modelos inovadores de parceria com o setor médico privado para promover a aplicação de diretrizes técnicas sobre a gestão de casos e prevenção do paludismo.

### Aprovisionamento e sistema de gestão das aquisições

A aquisição e o aprovisionamento de insumos e materiais diversos do PNLP, principalmente ACT, TDR, AQ, Artesunato, Quinina e SP, será feito após a quantificação das necessidades pelo PNLP em colaboração com o Comité GAS. No mesmo contexto será feito o lançamento de caderno de encargo para aquisições. Uma vez chegado os produtos no país, e acionado o sistema de controlo de qualidade (farmacovigilância) encarregue de testar os insumos, a estocagem e a distribuição dos mesmos é assegurada pela CECOME. A distribuição será feita mediante o plano elaborado pelo PNLP, tendo em conta as necessidades e a capacidade de estocagem das CECOME-Regionais. Durante a execução do PEN, serão criadas condições para que a CECOME possa adquirir um logiciel e meios de transporte de modo a evitar rotura de stock.

### Gestão dos recursos financeiros

Segundo o quadro orgânico do MINSAP, o programa está sob orientação da Direção Geral de Prevenção e Promoção da Saúde e é responsável pelo desenvolvimento das políticas e estratégias de luta contra o paludismo. A estratégia de financiamento do setor da saúde é essencial para garantir a equidade, promover uma sociedade inclusiva e prevenir o empobrecimento. O relacionamento com os parceiros precisa de atenção, tanto deles como do Governo, nomeadamente para desenvolver oportunidades para reforçar a responsabilização mútua, aumentar a previsibilidade da cooperação para o desenvolvimento e garantir a sua sustentabilidade, diminuir a dependência do estrangeiro.

Os fundos a serem mobilizados a favor do PNLP, tantos do financiamento direto do OGE, como dos privados e junto dos parceiros de cooperação serão objeto de aprovação no CCM (UGS-FM/CG-PNDS), ou junto de CCSS, segundo proveniência de fundos.

Nestas condições, cabe ao MINSAP através do Gabinete de Parcerias, em colaboração com o Ministério dos Negócios Estrangeiros, continuar a promover, dinamizar e estimular a participação dos parceiros.

### Gestão e atenuação dos riscos

A fim de resolver as dificuldades encontradas durante a implementação do PEN 2013-2017, o PNLP irá desenvolver e adotar um plano de gestão de risco que será implementado através do estabelecimento de uma unidade de gestão de risco.

## Orçamentação do PEN2018-2022

### Resumo do orçamento

O orçamento global do Plano Estratégico Nacional para o combate ao paludismo na Guiné-Bissau nos próximos 5 anos é de **13 527 551 346 Fcfa (34 419 924 €)**, para uma população estimada de **2 285 355** em 2022, ou seja, custo médio anual de investimento de **1 239 FCFA** por habitante **(1,89 €)**.

O ano de 2019 leva a maior parte do orçamento para acquisição de MILDA, destinado para a distribuição de rotina e campanha de 2020.

Figura 8 :Repartição de orçamento por ano

Tabela18: Repartição do orçamento por domínio

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INTERVENÇÕES** | **ORÇAMENTO POR ANO (FCFA)** | | | | | |
| **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **Total FCFA** |
| **MC** | 41 267 750 | 139 627 765 | 6 595 100 | 125 756 650 | 37 389 650 | 350 636 915 |
| **LAV** | 190 040 961 | 2 293 674 535 | 900 171 788 | 190 283 932 | 188 914 804 | 3 763 086 019 |
| **PG** | 34 869 843 | 38 039 997 | 24 310 631 | 26 741 694 | 29 415 863 | 153 378 028 |
| **QPS** | 637 536 566 | 635 616 814 | 635 616 814 | 583 908 408 | 578 737 568 | 3 071 416 170 |
| **COM** | 107 981 617 | 144 538 577 | 149 916 615 | 83 612 615 | 77 657 557 | 563 706 981 |
| **GP** | 108 644 442 | 151 762 424 | 118 926 242 | 69 312 424 | 105 038 742 | 553 684 275 |
| **GAS** | 451 844 607 | 445 187 111 | 314 739 772 | 320 944 978 | 375 886 197 | 1 908 602 666 |
| **LCE** | 9 292 500 | 9 292 500 | 9 292 500 | 9 292 500 | 9 292 500 | 46 462 500 |
| **SE** | 580 120 065 | 545 967 622 | 1 057 109 250 | 418 825 102 | 514 555 754 | 3 116 577 793 |
| **TOTAL PEN** | 2 161 598 351 | 4 403 707 344 | 3 216 678 712 | 1 828 678 303 | 1 916 888 636 | 13 527 551 346 |

Figura 9: Repartição das proporções do orçamento por domínio

### Plano de mobilização dos recursos

O PNLP combinará os seus esforços de prevenção e tratamento na luta contra a paludismo, por um lado, a mobilização sistemática de recursos financeiros e por outro lado, uma defesa constante das instituições nacionais e internacionais para consolidar o apoio à luta contra o paludismo em todos os níveis.

Os esforços de advocacia terão como objetivo estabelecer e fomentar um ambiente propício para a implementação bem-sucedida de estratégias de controle do paludismo, inclusive por meio da mobilização de recursos financeiros sustentáveis e de um forte apoio nos níveis mais altos do governo.

A longo prazo, o objetivo será assegurar um apoio sustentado para a realização dos objetivos do PNLP, gerando dados que justifiquem a implementação de políticas nacionais bem definidas e assegurar a mobilização de recursos financeiros dedicados a eliminação do paludismo.

A estratégia de advocacia desenvolvida terá em conta os principais intervenientes na luta contra o paludismo e será construída em torno das metas identificadas como essenciais para a consecução dos objetivos do PNLP.

As atividades de advocacia terão como objetivo incentivar a tomada de decisões formais sobre a implementação de políticas nacionais. Elas facilitarão a criação de um ambiente propício para extensão das intervenções de controle do paludismo. No que diz respeito à advocacia em defesa do setor público, a estratégia se concentrará no desenvolvimento ou ajuste de políticas e leis essenciais para a implementação bem-sucedida das estratégias do PNLP.

Um apoio forte e contínuo do Ministério da Saúde será necessário para atingir os objetivos. Além disso, o trabalho de defesa e promoção de direitos também deve incluir o aumento da demanda para o financiamento das intervenções de alto impacto contra o paludismo, o que ajudará a aumentar a transparência dos programas oferecidos.

O PNLP fará apelo caso necessário para fortalecer a vontade coletiva, mobilizar e sensibilizar as populações-alvo. O setor privado será visto como um parceiro fundamental no desenvolvimento de uma base sólida para assegurar esforços futuros.

A estratégia de advocacia será acompanhada de uma matriz de financiamento permanente para fixar os compromissos do Estado e dos parceiros. Os fundos serão mobilizados com base num programa anual e serão extraídos sob a forma de pedidos trimestrais, que especificarão as atividades a realizar e as necessidades de financiamento correspondentes. Os desembolsos serão sempre baseados nos resultados obtidos, bem como dos justificativos contabilísticos. O sistema de controlo e de auditoria interno e externo do quadro estratégico será fortalecido para assegurar transparência e confiança mútua.

# QUADRO DE SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO

## Quadro de performance

Tabela 19: Quadro de performance

| **N°** | **Descrição** | **Ventilação obrigatória** | **Valor de Base** | | **ALVO** | | | | | **Fonte** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indicador** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** |
| **Ano** | **Valor** |
| **IMPACTO** | | | | | | | | | | |
| 1 | Taxa de mortalidade das crianças menores de 5 anos, todas causas confundidas para 1.000 nascidos vivos | Sexo, localidade | 2014 | 88.8 | NA | 80 | NA | NA | 70 | MICS |
| 2 | Número de óbitos hospitalares por paludismo: taxa por 100.000 habitantes por ano | Idade, sexo, localidade | 2016 | 12 | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | SIS |
| 3 | Taxa de positividade dos testes do paludismo (microscopia e/ou TDRs) nos pacientes (internados e nas consultas externas) | Idade, sexo, localidade | 2016 | 40% | 40% | 35% | 30% | 25% | 20% | SIS |
| 4 | Prevalência parasitaria em crianças de 6 á 59 meses | Idade, sexo, localidade | 2017 | 0.7 |  |  | 0.6 |  |  | MIS |
| **EFEITO** | | | | | | | | | | |
| 5 | Proporção de crianças menores de cinco anos que tenham dormido na noite anterior sob um mosquiteiro impregnado de inseticida | Sexo, localidade | 2017 | 92 |  |  | 95 |  |  | MIS, CMILDA impact survey |
| 6 | Proporção de grávidas que tenham dormido na noite anterior sob um mosquiteiro impregnado de inseticida | Localidade | 2017 | 92 |  |  | 95 |  |  | MIS, CMILDA impact survey |
| 7 | Proporção de agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro impregnado com inseticida | Localidade | 2017 | 98 |  |  | 99 |  |  | MIS, CMILDA impact survey |
| 8 | Proporção de agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro impregnado para duas pessoas | Localidade | 2017 | 70 |  |  | 80 |  |  | MIS, CMILDA impact survey |
| **RESULTADOS** | | | | | | | | | | |
| 9 | Número de mosquiteiros impregnados com inseticida de longa duração distribuídos a populações em risco durante campanha de grande escala | Localidade | 2017 | *1,150,059* | NA | NA | 1,219,145 | NA | NA | *PNLP REPORT* |
| 10 | Número de mosquiteiros impregnados com inseticida de longa duração distribuídos de maneira contínua para grupos a risco alvo | Grupo de risco alvo, localidade | *2017* | *72,369* | 86,000 | 103,200 | 123,800 | 144,846 | 164,469 | *SIS* |
| 11 | Proporção de casos suspeitos de paludismo submetidos a um teste parasitológico nos estabelecimentos de saúde do setor público | Tipo de teste, Sexo, Idade, Localidade | 2017 | 97 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | SIS |
| 12 | Proporção de casos suspeitos de paludismo submetidos a um teste parasitológico na comunidade | Tipo de teste, Sexo, Idade, Localidade | 2017 | 99 | 99 | 99 | 100 | 100 | 100 | SIS |
| 13 | Proporção de casos suspeitos de paludismo submetidos a um teste parasitológico nas locais do setor privado | Tipo de teste, Sexo, Idade, Localidade | 2017 | 93 | 95 | 98 | 100 | 100 | 100 | SIS |
| 14 | Proporção de casos de paludismo confirmados e tenham recebido tratamento antipalúdicos nos estabelecimentos de saúde do setor público | Idade, sexo, localidade, simples, grave, tipo de produto | 2017 | 95 | 99 | 99 | 100 | 100 | 100 | SIS |
| 15 | Proporção de casos de paludismo confirmados e tenham recebido tratamento antipalúdicos nos estabelecimentos de saúde do setor privado | Idade, sexo, localidade, simples, grave, tipo de produto | 2017 | 88 | 90 | 95 | 98 | 98 | 98 | SIS |
| 16 | Proporção de casos de paludismo confirmados e tenham recebido tratamento antipalúdicos na comunidade | Idade, sexo, localidade, simples, grave, tipo de produto | 2017 | 96 | 80 | 85 | 90 | 90 | 90 | SIS |
| 17 | Percentagem de grávidas que beneficiaram de cuidados pré-natais e receberam pelo menos 3 doses de tratamento preventivo intermitente (TPI) | Localidade | 2017 | 20 | 20 | 35 | 55 | 57 | 60 | SIS, Inquérito |
| 18 | Percentagem de crianças de 3-59 meses de idade que receberam o pelo menos 3 doses de QPS (quimioprofilaxia sazonal) época da transmissão nas zonas alvo | Idade, sexo, localidade | 2017 | 78 | 87 | 89 | 90 | 92 | 95 | SIS |
| 19 | Percentagem de estruturas que apresentaram os seus relatórios no prazo de acordo com as diretrizes nacionais | Localidade | 2017 | 89 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | SIS |
| 20 | Proporção de relatórios recebidos das estruturas comparados com os esperados durante o período de transmissão. | Localidade | 2017 | 91 | 98 | 99 | 100 | 100 | 100 | SIS |
| 21 | Percentagem de estruturas de saúde do setor público ou privado cujos principais produtos que não têm conhecido rotura de stock (incluindo agentes de saúde comunitários) | Localidade | 2017 | 85 | 92 | 95 | 98 | 99 | 100 | SIS |
| 22 | Proporção de casos de paludismo que foram beneficiados do tratamento correto do paludismo | Idade, sexo, localidade, tipo de produto | 2017 | 87 | 88 | 90 | 95 | 98 | 100 | Inquérito PSB |

## Sistemas de gestão dos dados

O Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA), é a instância encarregue da gestão de informação sanitária do país, por isso é dotado de um sistema informático DHIS2, que tem incorporado todos os dados relacionados ao paludismo. As informações que alimentam este sistema são gerados no nível comunitário pelos ASC, no nível das áreas sanitárias, onde são registadas nos livros de registos, coletadas em versão papel e posteriormente enviadas para as regiões, onde os responsável do sistema de informação sanitária fazem a sua introdução na base de dados DHIS2. No nível central, estas informações são geridas em parceria entre dois gestores de dados, um ao nível do INASA e o outro ao nível do PNLP/CG-PNDS.

O banco de dados do paludismo inclui dois elementos de gestão de dados:

* Elementos físicos: como relatórios de atividades de monitoramento e de supervisão fornecidos pelo PNLP e parceiros;
* Elementos Eletrónicos: a gestão de dados é feita através de um banco de dados eletrónico DHIS2.

### Utilização dos dados de rotina

Os dados de rotina são utilizados para fazer a avaliação periódica da performance dos indicadores do PNLP, para planificação, seguimento das tendências de casos por região ou mesmo a nível nacional, para cálculo dos indicadores e posterior tomada de decisão.

### Avaliação do impacto

Os inquéritos permitirão medir os indicadores de resultados e de impactos relacionados aos objetivos específicos do programa no quadro do Plano Estratégico Nacional 2018-2020. Os indicadores de performance serão obtidos periodicamente a partir de:

* Estudos específicos sobre as intervenções do programa;
* Inquérito dos Indicadores Múltiplos (MICS)
* Inquéritos sobre os Indicadores do Paludismo (MIS);
* Inquéritos nas formações sanitárias;

A pesquisa operacional e os inquéritos especiais permitirão acompanhar as atividades de luta contra o paludismo e também de validar os dados de rotina coletados. Eles permitirão também medir o nível de adesão das comunidades às diversas estratégias e avaliar as capacidades de investigação e o nível de funcionamento dos serviços das estruturas sanitárias.

## Mecanismos de coordenação do S&A

A Coordenação do seguimento e avaliação será feita em três níveis: central, regional e periférico.

A nível periférico, a interação será feita através da partilha de dados entre os responsáveis de cada serviço para a produção dos relatórios mensais que são enviados para as DRS

A nível regional, durante o encontro mensal deve ser apresentado e discutido os resultados das performances das atividades de luta contra o paludismo, envolvendo os parceiros regionais

A nível central, o mecanismo de coordenação do S&A do PNLP será assegurado pelos seguintes atores da implementação:

* o PNLP para a coordenação estratégica e técnica;
* o Instituto Nacional da Saúde Pública (INASA) para a gestão do SIS e das pesquisas operacionais;
* a Direção de Serviço da Saúde Comunitária e Promoção da Medicina Tradicional (DSSCPMT) para coordenação das atividades dos Agentes de Saúde Comunitária;
* a Direção de Serviço de Farmácia, Laboratório e Medicamentos (DSFARLM) para o controlo de qualidade e a implementação de um sistema de farmacovigilância;
* a Direção de Serviço da Saúde Reprodutiva (DSSR) para apoiar na coordenação das atividades de prevenção do paludismo nas grávidas;
* o Serviço de Imunização e Vigilância Epidemiológica (SIVE) para apoiar na coordenação das atividades de prevenção do paludismo nas crianças;
* a Central de Compras de Medicamentos Essenciais (CECOME) para o fornecimento de medicamentos antipalúdicos e consumíveis (ACT, Artesunato, SP, TDR, Quinina e MILDA);
* as estruturas sanitárias públicas e privadas da pirâmide sanitária, as ONG e organizações comunitárias de base para a execução de atividades.
* os parceiros técnicos e financeiros da iniciativa Fazer Recuar o Paludismo para apoiar técnica e financeiramente.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

* Documento Estratégico Nacional para a Redução da Pobreza II;
* Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS 2014);
* Plano Estratégico Nacional de Luta contra o Paludismo, 2013-2017;
* Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III, 2018-2022;
* Plano de Seguimento e Avaliação de luta contra o paludismo, 2013-2017;
* Política Nacional de Luta contra o Paludismo 2013-2017;
* Relatórios anuais do PNLP, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017;
* Relatório da Revisão de Performance do PNLP, 2018;
* Relatório da suscetibilidade dos vetores do paludismo aos insecticidas, 2017;
* Relatório final do Inquérito Nacional sobre indicadores do paludismo (MIS-2017)
* Relatório da Avaliação da quimioprofilaxia sazonal para prevenção do paludismo nos menores de cinco anos em Bafatá e Gabú, 2018;
* Orçamento final do Novo Ciclo de Financiamento do Fundo Mundial para o Paludismo 2018-2020;
* Relatório Mundial do paludismo 2017, da OMS.

# ANEXOS:

1. Plano de ação
2. GAP Análise (em falta)
3. Cartografia de doadores
4. Organigrama PNLP
5. Lista de presença

**Anexo 1: Plano de ação**

| **Atividades** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **TOTAL** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prevenção do paludismo nas crianças** | | | | | | |
| Adquirir 5.976 SP (500/25mg comp) + AQ 150 mg, blister, PAC-50 (crianças >1 ano) (Bafatá e Gabú, até 2020) (2021 a 2022 regiões a definir) | 46 987 463,00 | 46 987 463,00 | 46 987 463,00 | 4 698 746,30 | 469 874,63 | **146 131 010** |
| Adquirir 1.494 SP (250/12.5mg comp.) + 3 - AQ 75mg, blister, PAC-50 (crianças <1 ano) | 10 466 321,00 | 10 466 321,00 | 10 466 321,00 | 1 046 632,10 | 104 663,21 | **32 550 258** |
| Organizar um ateliê de 3 dias para elaboração e adoção do protocolo nacional da QPS para 31 pessoas. | 1 919 752,20 | 0 | 0 | 0 | 0 | **1 919 752** |
| Organizar um ateliê de 3 dias para elaboração e adoção do plano de ação nacional da QPS para 38 pessoas | 17 200 951,30 | 17 200 951,30 | 17 200 951,30 | 17 200 951,30 | 17 200 951,30 | **86 004 757** |
| Avaliar o Plano da Implementação de QPS | 2 109 242,00 | 2 109 242,00 | 2 109 242,00 | 2 109 242,00 | 2 109 242,00 | **10 546 210** |
| Organizar um seminário de orientação de 2 dias para 55 supervisores nacionais das duas regiões alvos da QPS (Formação a nível Regional 1/AN: Formação dos formadores) | 4 848 735,00 | 4 848 735,00 | 4 848 735,00 | 4 848 735,00 | 4 848 735,00 | **24 243 675** |
| Organizar um ateliê de 3 dias para QPS para 43 responsáveis das áreas sanitárias de 02 regiões concernentes - Q3 | 4 085 493,60 | 4 085 493,60 | 4 085 493,60 | 4 085 493,60 | 4 085 493,60 | **20 427 468** |
| Formar 1.165 ASC (587 ASC Gabú e 578 Bafatá) sobre estratégia de QPS de 2 regiões alvo. | 29 839 650,00 | 29 839 650,00 | 29 839 650,00 | 29 839 650,00 | 29 839 650,00 | **149 198 250** |
| Planificação (micro) | 3 879 000,00 | 3 879 000,00 | 3 879 000,00 | 3 879 000,00 | 3 879 000,00 | **19 395 000** |
| Reprodução dos diferentes instrumentos da campanha QPS | 16 165 500,00 | 16 165 500,00 | 16 165 500,00 | 16 165 500,00 | 16 165 500,00 | **80 827 500** |
| Organizar a supervisão do NC para as Regiões durante a campanha QPS | 13 510 606,08 | 13 510 606,08 | 13 510 606 | 13 510 606 | 13 510 606,08 | **67 553 030** |
| Organizar a supervisão do NR para as áreas sanitárias durante a campanha QPS | 18 970 080,00 | 18 970 080,00 | 18 970 080 | 18 970 080 | 18 970 080,00 | **94 850 400** |
| Organizar a supervisão das áreas sanitárias para ASC durante a campanha QPS | 39 057 708,00 | 39 057 708,00 | 39057708 | 39057708 | 39 057 708,00 | **195 288 540** |
| Distribuição da QPS (SP+AQ) as crianças de3 a 59 meses | 165 752 562 | 165 752 562 | 165 752 562 | 165 752 562 | 165 752 562 | **828 762 810** |
| Organizar um encontro de advocacia para as autoridades nacionais, locais, líderes de opinião e os parceiros sobre QPS | 760 000,00 | 760 000,00 | 760 000 | 760 000 | 760 000,00 | **3 800 000** |
| Conceção e elaboração dos suportes de comunicação QPS (cartazes, fichas etc) | 337 500,00 | 337 500,00 | 337 500 | 337 500 | 337 500,00 | **1 687 500** |
| Reproduzir e distribuir os suportes de comunicação (fichas e cartazes) | 15 828 000,00 | 15 828 000,00 | 15 828 000 | 15 828 000 | 15 828 000,00 | **79 140 000** |
| Conceção, elaboração e difusão das mensagens radiofónicos sobre QPS nas línguas locais (antes e durante a campanha) | 9 150 000 | 9 150 000 | 9 150 000 | 9 150 000 | 9 150 000 | **45 750 000** |
| Advocacia para mobilização dos recursos financeiros para QPS junto dos Parceiros Técnicos e Financeiros | 3 000 000,00 | 3 000 000,00 | 3 000 000,00 | 3 000 000,00 | 3 000 000,00 | **15 000 000** |
| Lançamento da Campanha QPS ao nível das regiões | 1 088 400,00 | 1 088 400,00 | 1 088 400,00 | 1 088 400,00 | 1 088 400,00 | **5 442 000** |
| Implementação da QPS (SP+AQ) as crianças de3 a 59 meses + Supervisão e monitorização | 165 752 562 | 165 752 562 | 165 752 562 | 165 752 562 | 165 752 562 | 828 762 810 |
| Ateliê Nacional Campanha QPS | 2 380 680 | 2 380 680 | 2 380 680 | 2 380 680 | 2 380 680 | 11 903 400 |
| Ateliê sobre balanço Regional Campanha QPS | 6 060 000 | 6 060 000 | 6 060 000 | 6 060 000 | 6 060 000 | **30 300 000** |
| Apoio logístico de transporte para QPSx4 rondas | 13 678 502 | 13 678 502 | 13678502 | 13678502 | 13 678 502 | **68 392 510** |
| Outros custos da gestão das ONG (RH + Escritório local) | 31 639 807 | 31 639 807 | 31 639 807 | 31 639 807 | 31 639 807 | **158 199 035** |
| Custo administrativo das ONG (7%) | 13 068 051 | 13 068 051 | 13 068 051 | 13 068 051 | 13 068 051 | **65 340 255** |
| **Luta Antivectorial** | | | | | | |
| ***Acesso universal aos MILDA :*** | | | | | | |
| • Rotina crianças <1 ano | | | | | | |
| Adquirir 363.300 MILDA para distribuição no PAV | 68 118 750 | 126 506 250 | - | 97 312 500 | 116 775 000 | **408 712 500** |
| Aprovisionar regularmente os centros de saúde com MILDA-CECOME – Custo de distribuição inter-países e de estocagem de MILDA de Campanha | 31 747 151,42 | 31 747 151,42 | 31 747 151,42 | 31 747 151,42 | 31 747 151,42 | **158 735 757** |
| Custo GAS (USD) relativo ao MILDA de rotina-Transporte Itl, Segurança, Frais de Alfândegas, Frais de Agência de Compra | 15 767 537,28 | 29 282 569,23 | 29 282 569,23 | 29 282 569,23 | 29 282 569,23 | **132 897 814** |
| CECOME: Frais de distribuição e de estocagem - MILDA Rotina | 3 792 094,80 | 3 792 094,80 | 3 792 094,80 | 3 792 094,80 | 3 792 094,80 | **18 960 474** |
| Custo GAS (Xof) NÃO CECOME: Frais portuária, Frais de distribuição intra-país e outros frais de estocagem relativas ao MILDA de ROTINA | 758 418,96 | 758 418,96 | 758 418,96 | 758 418,96 | 758 418,96 | **3 792 095** |
| • Campanha MILDA | | | | | | |
| Adquirir 1.341,059 MILDA para a campanha de 2020 | - |  | 29 282 569,23 | - | - | **29 282 569** |
| Realizar a campanha MILDA | 42 315 551,40 | 391 533 790,09 | 773 951 704,74 | - | - | **1207801046** |
| Realizar inquérito sobre a durabilidade do MILDA |  |  | 30 611 326,67 | 30 611 326,67 | 30 611 326,67 | **91 833 980** |
| ***Gestão da resistência aos inseticidas*** | | | | | | |
| Elaborar um Plano Nacional para a gestão da resistência aos inseticidas | 10 433 258 | - | - | - | - | **10 433 258** |
| Elaborar o manual de gestão da resistência aos inseticidas | 5 216 628,90 | - | - | - | - | **5 216 629** |
| Realizar o controlo da qualidade dos MILDA no terreno | 6 559 570 | 6 559 570 | 6 559 570 | 6 559 570 | 6 559 570 | **32 797 850** |
| Criar uma base de dados nacional para a gestão dos dados da resistência aos inseticidas | 5 332 000,00 | - | - | - | - | **5 332 000** |
| Realizar testes de resistência dos vetores aos inseticidas | - | 20 831 627 | - | 20 831 627 | - | **41 663 255** |
| Dotar a equipa entomológica de 4 sítios sentinelas do pais de um insectário com separação das peças dos estados dos imaturos e dos adultos e dos equipamentos de base para permitir a vigilância entomológica de rotina | - | 1 980 871,00 | - | - | - | **1 980 871** |
| ***Luta anti larvária*** | | | | | | |
| Realizar a cartografia de zonas de reprodução de larvas | - | - | - | - | - | **0** |
| **Diagnóstico nas Estruturas sanitárias públicas e privadas (TDR, GE)** | | | | | | |
| Adquirir os kits de TDR para o diagnóstico de paludismo | 48 423 377 | 55 339 169 | 34 588 585 | 38 047 444 | 41 852 188 | **218 250 763** |
| Adquirir os insumos e consumíveis do TDR: Luvas latex | 2 083 215 | 2 380 028 | 1 488 208 | 1 637 028 | 1 800 731 | **9 389 209** |
| Adquirir os insumos e consumíveis do TDR: Caixa de biossegurança | 186 431 126 | 213 051 307 | 133 168 299 | 146 485 129 | 161 133 642 | **840 269 504** |
| Adquirir os reagentes de laboratório: | 9 849 407 | 11 251 057 | 7 038 357 | 7 742 193 | 8 516 412 | **44 397 426** |
| Adquirir ACT (Artheméter-Lumefantrina) | 61 200 444 | 69 925 734 | 43 719 719 | 48 091 691 | 52 900 860 | **275 838 448** |
| A. Quinino (Paludismo grave) | 8 707 068 | 9 956 288 | 6 223 541 | 6 845 896 | 7 530 485 | **39 263 278** |
| B. Artesunato Injectable, 60mg/vial + diluent (Paludisme grave) | 94 487 341 | 62 991 211 | 52 494 249 | 57 743 674 | 63 518 041 | **331 234 516** |
| Formar 500 (125 c/ano) prescritores dos estabelecimentos sanitários públicos na gestão dos casos do paludismo simples e grave | 16 531 750 | 16 531 750 |  | 16 531 750 | 16 531 750 | **66 127 000** |
| Formar 100 (25 c/ano) prescritores dos estabelecimentos sanitários privados na gestão dos casos do paludismo simples e grave | 3 036 350 | 3 036 350 |  | 3 036 350 | 3 036 350 | **12 145 400** |
| Rever o protocolo de controlo de qualidade dos Laboratórios - PNLP + INASA/LNSP + UNICEF |  |  | 6 595 100 |  |  | **6 595 100** |
| Formar a nível central 44 (22 p/ano) formadores sobre a política nacional de luta contra o paludismo | 2 822 600 |  |  | 2 822 600 |  | **5 645 200** |
| Reciclar a nível central 44 (22 p/ano) formadores sobre a política nacional de luta contra o paludismo |  | 1 751 600 |  |  | 1 751 600 | **3 503 200** |
| Formar 200 técnicos de laboratório (50 p/ano) sobre o controlo de qualidade dos laboratórios | 5 657 600 | 5 657 600 |  | 5 657 600 | 5 657 600 | **22 630 400** |
| Reciclar 100 técnicos de laboratório (25 p/ano) sobre o controlo de qualidade dos laboratórios | 2 274 600 | 2 274 600 |  | 2 274 600 | 2 274 600 | **9 098 400** |
| Reciclar 500 (125 c/ano) os técnicos de saúde sobre a Política Nacional de Luta contra o Paludismo | 8 137 750 | 8 137 750 |  | 8 137 750 | 8 137 750 | **32 551 000** |
| Rever todos instrumentos de formação sobre o manejo correto dos casos de paludismo | 2 807 100 |  |  |  |  | **2 807 100** |
| ***Diagnóstico no nível comunitário (TDR)*** | | | | | | |
| Adquirir os kits de TDR para o diagnóstico de paludismo | 7 811 154 | 8 927 950 | 5 580 771 | 6 138 848 | 6 752 733 | **35 211 456** |
| Adquirir os consumíveis: luvas | 1 680 101 | 1 920 312 | 1 199 678 | 1 319 645 | 1 451 610 | **7 571 346** |
| Adquirir os consumíveis: caixa de biossegurança | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | **0** |
| Apoiar na formação de 377 ASC das regiões sanitárias de Bafatá (131), Farim (25) e Oio (221) no manejo de casos de paludismo simples na comunidade |  | 14 942 115 |  |  |  | **14 942 115** |
| Apoiar na reciclagem de 4011 ASC no manejo de casos de paludismo simples na comunidade |  | 87 296 000 |  | 87 296 000 |  | **174 592 000** |
| ***Tratamento pelos ASC: ACT, Artesunato Supositório (pré-transferência) de casos graves*** | | | | | | |
| ACT, 20/120, 6 comprimes | 2 292 641 | 2 616 929 | 1 636 523 | 1 800 176 | 1 980 193 | **10 326 463** |
| ACT, 20/120, 12 comprimes | 4 193 120 | 4 796 446 | 3 001 550 | 3 301 705 | 3 631 875 | **18 924 696** |
| Adquirir os ACT (Tratamento comunitário) - Artesunato supositório | 670 013 | 765 679 | 478 682 | 526 550 | 579 205 | **3 020 130** |
| Adquirir os consumíveis (envelope biodegradável) para tratamento comunitário: Drug bag blue, 15x30cm, reclosable, plastic. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | **0** |
| Adquirir os consumíveis (envelope biodegradável) para tratamento comunitário: Drug bag White, 15x30cm, reclosable, plastic. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | **0** |
| **Gestion des Achats et des Stocks :** | | | | | | |
| ***Gestão dos insumos de luta contra o paludismo: estocagem, instrumentos de gestão, capacidades logísticas, formação, monitoria*** | | | | | | |
| Revisão dos instrumentos de gestão de stock | 1.060.100 |  | 1.166.110 |  | 1.282.721 | **3 508 931** |
| Produção dos instrumentos de gestão de stock | 1.170.500 |  | 1.170.500 |  | 1.170.500 | **3 511 500** |
| Formação na gestão de produtos e medicamentos da luta contra o paludismo | 20.520.000 |  | 20.520.000 |  | 20.520.000 | **61 560 000** |
| ***Distribuição dos Insumos de luta contra o paludismo em diferentes níveis : procedimentos, meios logísticos , por em redes, parceria, etc.*** | | | | | | |
| Elaboração do plano de distribuição dos produtos e medicamentos | 660 000 | 660 000 | 660 000 | 660 000 | 660 000 | **3 300 000** |
| Distribuição dos produtos e medicamentos para todas as estruturas de saúde |  | 0 | 0 | 0 | 0 | **-** |
| Aquisição de GPS para seguimento da cadeia de distribuição dos produtos e medicamentos | 605 000 | 605 000 | 605 000 | 605 000 | 605 000 | **3 025 000** |
| **Seguimento & Avaliação** | | | | | | |
| ***(Segundo o plano S&E 2018-2022)*** | | | | | | |
| Assegurar o apoio técnico Internacional para a operacionalização de base de dados ao nível nacional anual | 7 256 699 | 7 256 699 | 7 256 699 | 7 256 699 | 7 256 699 | **36 283 495** |
| Formar/reciclar durante 3dias, 140 responsáveis das estruturas Sanitárias na gestão dos dados (AS e Hospitais) | 8 072 540 |  | 8 072 540 |  | 8 072 540 | **24 217 620** |
| Apoiar a realização do controlo trimestral de qualidade do laboratório (Microscopia e TDR) no terreno - PNLP /INASA/LNSP | 31 215 600 | 31 215 600 | 31 215 600 | 31 215 600 | 31 215 600 | **156 078 000** |
| Elaboração dos instrumentos |  |  |  |  |  |  |
| Reproduzir os instrumentos adaptados de seguimento e coleta de dados do SIS (500 copias) | 1 200 000 |  | 1 200 000 |  | 1 200 000 | **3 600 000** |
| Apoiar a realização de 01 reunião trimestral em cada região sanitária para análise e a validação de dados do SIS | 21 827 200 | 21 827 200 | 21 827 200 | 21 827 200 | 21 827 200 | **109 136 000** |
| Assistência técnica para elaboração do guia técnico sobre o seguimento e avaliação ((S&A) de luta contra o paludismo2018 | 6 082 000 |  |  |  |  | **6 082 000** |
| Organizar um ateliê de 5 dias para 30 participantes para elaboração do Guia técnico de seguimento e avaliação do PNLP | 5 765 840 |  | 5 765 840 |  | 5 765 840 | **17 297 520** |
| Multiplicar e difundir 500 guias técnicas sobre o S&E de luta contra paludismo | 312 500 |  | 312 500 |  | 312 500 | **937 500** |
| Formar os 30 técnicos na utilização do guia técnico de S&A, durante 3 dias | 1 902 840 |  | 1 902 840 |  | 1 902 840 | **5 708 520** |
| Revisão do guia técnico de sobre o S&A |  |  |  |  |  | **0** |
| Formar/atualizar durante 3 dias, 32 supervisores (16 NC + 16 NR) sobre guião de supervisão de paludismo 2019 | 4 349 131,602 |  | 4 349 131,602 |  | 4 349 131,602 | **13 047 395** |
| Formar os supervisores das A.S durante 02dias sobre o guia de supervisão de paludismo 11 regiões sanitárias | 5 032 636 |  | 5 032 636 |  | 5 032 636 | **15 097 908** |
| Ateliê de revisão e de validação durante 4 dias o guia de supervisão do PNLP a todos os níveis. | 2 050 360 |  |  |  |  | **2 050 360** |
| Organizar 2 supervisões semestrais de atividades do PNLP aos Regiões sanitárias | 10 029 976 | 10 029 976 | 10 029 976 | 10 029 976 | 10 029 976 | **50 149 880** |
| Organizar 4 supervisões trimestrais de atividades das Regiões sanitárias para as Áreas Sanitárias | 25 645 208 | 25 645 208 | 25 645 208 | 25 645 208 | 25 645 208 | **128 226 040** |
| Organizar 12 supervisões mensais das atividades das Áreas Sanitárias para os ASC | 42 767 100 | 42 767 100 | 42 767 100 | 42 767 100 | 42 767 100 | **213 835 500** |
| Apoiar a organização de 2 supervisões integradas por ano pelo nível central (PNLP, INASA, LNSP, DIFARLM, CECOME, DSSR, SIVE, DSSCPMT, DSANSC) e semestral do SIS |  | 19 909 366 | 19 909 366 | 19 909 366 | 19 909 366 | **79 637 464** |
| Apoiar a organização de supervisões semestrais do LNSP às regiões | 9 889 680 | 9 889 680 | 9 889 680 | 9 889 680 | 9 889 680 | **49 448 400** |
| Fazer o seguimento anual da farmacovigilância dos ACT e ouros Antipalúdicos | 8 220 800 | 8 220 800 | 8 220 800 | 8 220 800 | 8 220 800 | **41 104 000** |
| Controlo de qualidade de dados do Nível Central para as ES, semestralmente | 18 109 227,26 | 18 109 227,26 | 18 109 227,26 | 18 109 227,26 | 18 109 227,26 | **90 546 136** |
| Apoiar a realização do controlo da qualidade de laboratório (Microscopia e TDR) no terreno | 31 215 600 | 31 215 600 | 31 215 600 | 31 215 600 | 31 215 600 | **156 078 000** |
| Formar 15 formadores durante 5 dias no Nível Central em gestão de dados (base de dados) | 2428050 |  |  |  |  | **2 428 050** |
| Formar/reciclagem de 4287 ASC durante 03 dias sobre os instrumentos de registos de dados do Paludismo a nível nacional | 124 607 640 | 124 607 640 | 124 607 640 | 124 607 640 | 124 607 640 | **623 038 200** |
| Apoiar INASA na organização de um ateliê de revisão e de adaptação dos instrumentos de seguimento e de coleta dos dados do SIS a fim de incluir os dados do PNLP. |  | 5 906 840 |  |  |  | **5 906 840** |
| Apoiar INASA na organização de um ateliê nacional de validação dos instrumentos de seguimento e de coleta dos dados do SIS adaptados durante 3 dias para 16 elementos. |  | 1 075 090 |  | 1 075 090 |  | **2 150 180** |
| Formar 01 técnico (1 por ano) em seguimento e avaliação através dos cursos internacionais x. |  | 4 503 400 |  |  |  | **4 503 400** |
| Apoiar o INASA na formação de 16 pessoas sobre os instrumentos de SIS adaptados (instrumentos de colete e de seguimento) |  | 10 09 030 |  | 10 09 030 |  | **2 018 060** |
| Formar/reciclar durante 03 dias, 77 técnicos de Equipa Regional de Saúde (ERS) sobre o sistema de seguimento e avaliação integrado. |  | 6 703 620 |  |  |  | **6 703 620** |
| Formar os supervisores das A.S durante 02 dias sobre o guia de supervisão de paludismo nas 11 regiões sanitárias |  | 5 032 636 |  |  |  | **5 032 636** |
| Formar 252 técnicos das áreas sanitárias durante 3 dias no sistema de seguimento e avaliação integrada. |  | 13 153 820 |  | 13 153 820 |  | **26 307 640** |
| Apoiar a DSSCPMT na elaboração e/ou adaptação dos instrumentos de coleta de dados e seguimento das atividades dos ASC. | 1 252 120 |  | 1 252 120 |  | 1 252 120 | **3 756 360** |
| Apoiar a DSSCPMT na reprodução dos instrumentos adaptados do seguimento e coleta de dados de 4287 ASC | 4 578 516 |  | 4 578 516 |  | 4 578 516 | **13 735 548** |
| Pesquisa de ação sobre paridade de género ao nível comunitária | 16 367 475 |  |  |  |  | **16 367 475** |
| Avaliação pós-campanha MILDA - Seguimento Externo – Bandim |  |  | 32 558 226,75 |  |  | **32 558 227** |
| Realizar estudos de eficácia terapêutica dos ACT, AQ et SP a cada dois anos (incluindo a assistência técnica) - MINSAP + Bandim |  | 24 695 462,08 |  |  |  | **24 695 462** |
| Avaliar a qualidade de manejo de casos de paludismo (simples e grave) nas estruturas sanitárias públicas e privadas - MINSAP + Bandim |  | 10 906 819,55 |  | 10 906 819,55 |  | **21 813 639** |
| Validar, Publicar / disseminar os resultados dos inquéritos realizados no domínio do paludismo - MINSAP + INASA | 7 165 980 | 7 165 980 | 7 165 980 |  |  | **21 497 940** |
| Avaliar e instalar 4 sítios sentinelas para seguimento dos testes de eficácia terapêutica e de sensibilidade dos vetores - MINSAP + BANDIM | 40 501 223,41 | 35 630 762,36 | 34 369 082,36 |  |  | **110 501 068** |
| ***Avaliação*** | | | | | | |
| Organizar a reunião semestral de validação dos dados sobre o paludismo a nível central (1 reunião 2 vezes por ano) | 9 646 824 | 9 646 824 | 9 646 824 | 9 646 824 | 9 646 824 | **48 234 120** |
| Atualizar o conteúdo do boletim de informação e de retro informação sobre o Paludismo (maqueta e conteúdo) | 3 200 000 |  |  |  |  | **3 200 000** |
| Publicar o boletim trimestral de informação e retro informação sobre a luta contra o paludismo | 1 920 000 | 1 920 000 | 1 920 000 | 1 920 000 | 1 920 000 | **9 600 000** |
| Revisão anual do plano operacional do PNLP | 3 219 040 | 3 219 040 | 3 219 040 | 3 219 040 | 3 219 040 | **16 095 200** |
| Revisão a meio do percurso PEN do Paludismo |  |  | 33 088 675,5 |  |  | **33 088 676** |
| Realizar a revisão final do PEN do PNLP |  |  |  |  | 1 000 000 | **1 000 000** |
| Avaliação da implementação das atividades a base comunitária sobre o paludismo | 15 000 000 |  | 15 000 000 |  |  | **30 000 000** |
| Realizar inquérito nacional sobre os indicadores da luta contra o paludismo (MIS) |  |  | 512 277 000 |  |  | **512 277 000** |
| Apoiar na realização de inquérito MICS para integrar os indicadores do paludismo (forfait) |  | 40 000 000 |  |  | 40 000 000 | **80 000 000** |
| ***Luta contra epidemias e urgência do paludismo*** | | | | | | |
| Verificação e controlo de qualidade de dados | 4 000 000 | 4 000 000 | 4 000 000 | 4 000 000 | 4 000 000 | **20 000 000** |
| Investigação e confirmação de casos | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | **25 000 000** |
| Análise e interpretação de resultados da investigação | 195 000 | 195 000 | 195 000 | 195 000 | 195 000 | **975 000** |
| Produção de relatórios | 97 500 | 97 500 | 97 500 | 97 500 | 97 500 | **487 500** |
| Notificação de cacos para o nível central | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | **0** |
| **Gestão programática do paludismo em diferentes níveis:** | | | | | | |
| ***Capacidade Institucionais e gestionários do programa que compreende a logística*** | | | | | | |
| Criação de uma Comissão de coordenação de luta contra o paludismo envolvendo todos os níveis da pirâmide sanitária incluindo parceiros. | 0 |  |  |  |  | **0** |
| Encontro de Concertação mensal entre PNLP e os parceiros | 240 000 | 240 000 | 240 000 | 240 000 | 240 000 | **1 200 000** |
| Assegurar a manutenção e a reparação dos equipamentos informáticas e bases dos dados do PNLP, SIS e DRS (forfait mensal) | 432 000 | 432 000 | 432 000 | 432 000 | 432 000 | **2 160 000** |
| Apoiar o funcionamento de internet nas regiões sanitárias – mensal | 4 290 000 | 4 290 000 | 4 290 000 | 4 290 000 | 4 290 000 | **21 450 000** |
| Organizar um reencontro nacional para a validação da guia técnica de seguimento e validação do PNLP |  |  |  |  |  | **0** |
| Compra de 6 viaturas para PNLP |  |  |  |  |  | **0** |
| Compra de 1 vedeta para as Ilhas de Bijagós |  | 70 000 000 |  |  |  | **70 000 000** |
| Compra de Equipamentos informáticos: 10 computadores portáteis |  | 8 000 000 |  |  |  | **8 000 000** |
| Compra de Equipamentos informáticos: 10 computador de mesa |  | 3 700 000 |  |  |  | **3 700 000** |
| Compra de computadores para regiões sanitárias: 15 unidades |  |  | 12 000 000 |  |  | **12 000 000** |
| Compra de Equipamentos informáticos: 3 impressoras multifuncionais |  |  | 1 500 000 |  |  | **1 500 000** |
| Compara de retroprojetor : 3 unidade | 750 000 | 750 000 |  |  |  | **1 500 000** |
| Compra de discos externos: 10 unidade | 500 000 |  |  |  |  | **500 000** |
| Compra de câmara fotográfica: 5 unidade | 187 500 | 187 500 | 187 500 | 187 500 |  | **750 000** |
| Compra de Antivírus: 12 unidade | 175 000 | 175 000 | 175 000 | 175 000 | 175 000 | **875 000** |
| Compra de extensões elétricas: 10 unidades | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | **50 000** |
| Compra de telas de projeção: 8 unidades | 93 000 |  | 93 000 |  | 93 000 | **279 000** |
| Compra de frigobar: 7 unidades | 250 000 |  |  |  | 250 000 | **500 000** |
| Compra de consumíveis: resmas, canetas, lápis, envelopes, corretores, postite, agravadores, agrafos, perfuradoras, pastas de arquivos, marcadores, sublinhadores florescentes, micas, clips etc. | 3 082 450 | 3 082 450 | 3 082 450 | 3 082 450 | 3 082 450 | **15 412 250** |
| ***Recursos humanos de apoio de luta contra o paludismo*** | | | | | | |
| Reforçar a capacidade dos técnicos do PNLP em entomologia | 4 596 818,4 |  | 4 596 818,4 |  | 4 596 818,4 | **13 790 455** |
| Reforçar a capacidade dos técnicos do PNLP em Paludologia | 21 364 364 | 21 364 364 | 21 364 364 | 21 364 364 | 21 364 364 | **106 821 820** |
| Reforçar a capacidade dos técnicos do PNLP em Seguimento e validação | 11 846 000 |  | 11 846 000 |  | 11 846 000 | **35 538 000** |
| Reforçar a capacidade dos técnicos do PNLP em Gestão Baseadas nos Resultados | 9 564 000 |  | 9 564 000 |  | 9 564 000 | **28 692 000** |
| Reforçar a capacidade dos técnicos do PNLP em gestão administrativa e finanças | 9 564 000 |  | 9 564 000 |  | 9 564 000 | **28 692 000** |
| Participação em conferências a nível internacional | 19 678 710 | 19 678 710 | 19 678 710 | 19 678 710 | 19 678 710 | **98 393 550** |
| ***Planificação e implementação das intervenções*** | | | | | | |
| Elaborar e implementar anualmente o plano operacional das atividades do programa | 385 000 | 385 000 | 385 000 | 385 000 | 385 000 | **1 925 000** |
| ***Parceria: Cartografia dos parceiros, Assistência técnica, Mobilização de recurso, Ações transfronteiriças*** | | | | | | |
| Realizar atividades de prevenção transfronteiriços de luta contra o paludismo com os países vizinhos (Senegal). | 16 931 800 | 15 213 600 | 15 213 600 | 15 213 600 | 15 213 600 | **77 786 200** |
| Realizar atividades de prevenção transfronteiriços de luta contra o paludismo com os países vizinhos (Guiné). | 4 253 800 | 4 253 800 | 4 253 800 | 4 253 800 | 4 253 800 | **21 269 000** |
| Reforço de capacidade do PNLP no domínio da informática | 450 000 |  | 450 000 |  |  | **900 000** |
| **Promoção de saúde :** | | | | | | |
| Elaborar as mensagens: Rádios, Televisão e Massa média sobre a prevenção do paludismo | 1 974 720,00 | 2 172 192,00 | 2 389 411,20 | 2 628 352,32 | 2 891 187,55 | **12 055 863** |
| Difundir as mensagens de IEC/CCM a través das rádios, televisão e massa média - todos os meses | 7 380 000,00 | 8 118 000,00 | 8 929 800,00 | 9 822 780,00 | 10 805 058,00 | **45 055 638** |
| Produzir cartazes A3 (3500), sobre a sensibilização | 5 250 000,00 |  | 5 775 000,00 |  |  | **11 025 000** |
| Produzir álbum seriado A3 (4000), sobre a sensibilização | 7 000 000,00 |  | 7 700 000,00 | - | - | **14 700 000** |
| Formar durante 02 dias, 22 técnicos de saúde sobre a técnica da comunicação interpessoal e de grupo | 1 798 050,00 | 1 798 050,00 | 1 798 050,00 | 1 798 050,00 | 1 798 050,00 | **8 990 250** |
| Elaboração/Revisão dos materiais de IEC | 11 508 080,00 |  | 11 508 080,00 |  |  | **23 016 160** |
| Elaborar e Publicar o boletim trimestral de informação e de retro informação de luta contra o paludismo | 720 000,00 | 792 000,00 | 871 200,00 | 958 320,00 | 1 054 152,00 | **4 395 672** |
| Organizar encontro de advocacia junto das autoridades nacionais, locais, líderes de opinião e os parceiros sobre a QPS | 245 000,00 | 269 500,00 | 296 450,00 | 326 095,00 | 358 704,50 | **1 495 750** |
| Conceber, elaborar e difundir as mensagens radiofónicas sobre a QPS nas línguas nacionais através das rádios locais (antes e durante a campanha) | 700 000,00 | 770 000,00 | 847 000,00 | 931 700,00 | 1 024 870,00 | **4 273 570** |
| Reproduzir e distribuir os suportes de comunicação (fichas e folhetos) sobre a QPS | 312 500,00 | 343 750,00 | 378 125,00 | 415 937,50 | 457 531,25 | **1 907 844** |
| Organizar jornada científica sobre o paludismo | 2 838 653,70 | 3 122 519,07 | 3 434 770,98 | 3 778 248,07 | 4 156 072,88 | **17 330 265** |
| Organizar jornada mundial sobre o paludismo | 52 322 000,00 | 52 322 000,00 | 52 322 000,00 | 52 322 000,00 | 52 322 000,00 | **261 610 000** |
| Formar durante 03 dias, 4.011 ASC na técnica de comunicação interpessoal e de grupo. | - | 51 361 000,00 | 51 361 000,00 | - | - | **102 722 000** |
| Supervisão dos ASC em IEC/CMC |  | 5 740 330,00 |  | 6 888 396,00 |  | **12 628 726** |
| Fazer a advocacia junto das autoridades nacionais para a mobilização dos recursos (Presidente, Primeiro Ministro, Deputados, Parceiros) | 1 096 760,00 |  |  | 1 206 436,00 |  | **2 303 196** |
| Fazer advocacia junto das autoridades regionais (governadores, administradores, régulos, padres, imames, etc) | 1 096 760,00 | 1 206 436,00 | 1 327 079,60 | 1 459 787,56 | 1 605 766,32 | **6 695 829** |
| Escolher um/a embaixador/a para o paludismo | 2 031 400,00 | - | - | - | - | **2 031 400** |
| Fazer advocacia junto do sector público e privado (MTN, ORANGE, CDS, Augusto Bolama, Diallo Petroservice, GB Fosfato, PETROMAR, LENOX, Petroguin, ARN, APGB, CMB, etc.) | 808 800,00 | 889 680,00 | 978 648,00 | 1 076 512,80 | 1 184 164,08 | **4 937 805** |
| Reforço da capacidade de um técnico da comunicação do PNLP no domínio de comunicação para a saúde. | - | 7 700 000 | - | - | - | **7 700 000** |
| Revisão, finalização e validação do Plano Integrado de comunicação (PIC) | 10 898 893,20 | - | - | - | - | **10 898 893** |
| Conceção, Produção e emissão de um filme documentário sobre a prevenção do paludismo |  | 7 933 120,00 |  |  |  | **933 120** |

## *Anexo 2: Cartografia de doadores*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº** | **Doadores** |
|  | Fundo Mundial (FM) |
|  | Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) |
|  | Organização Mundial da Saúde (OMS) |
|  | Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS) |
|  | PLAN Guiné-Bissau |
|  | Rock Back Malaria (RBM) |
|  | Malaria Consortium (MC) |

## *Anexo 3: Organigrama do PNLP*



## *Anexo 4: Lista dos participantes*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | Nome e apelido | Serviço | Contacto/Tel | E-mail |
|  | Admar Mendoça | HNOMA | 955298003 | admarmendonça@yahoo.com |
|  | Albino Insali | LNSP | 955318367 | Insalialbino33@gamail.com |
|  | Amelia do Carmo Paulo | DRS Oio | 955197799 | Ameliadocarmo3@gmail.com |
|  | Banumia E. P. Gonçalves | PNLP | 955540986 | mayhervep@gmail.com |
|  | Cesaltina Gomes | DSFARML | 96520905 | Cisamendes1@hotmail.com |
|  | Cesário Martins | PSB |  | c.martins@bandim.org |
|  | Cirilo Sanca Nhaga | DSIES |  |  |
|  | Claudete Barbosa | MINSAP | 955207019 |  |
|  | Celestino Alfote Sambu | DRS Bijagos | 966382810 |  |
|  | Cristóvão Mango | AGMS-GB |  | - |
|  | Cristóvão Manjuba | DSDTNT | 966006088 | cristo\_manjuba@yahoo.com |
|  | Cunhate Na Bangna | CG-PNDS | 955335217 | nabagna,julho2019@gmail.com |
|  | Daniel Vieira | CVGB |  |  |
|  | Demba Dione | RBM |  | Dienedemba2@gmail.com |
|  | Duarte Falcão | CGPNDS | 955710424 | [duafalcao@hotmail.com](mailto:duafalcao@hotmail.com) |
|  | Ericson Duarte Falcão | DRS Cacheu | 966979156 | falcaoericson4@gmail.com |
|  | Ernesto Lopes Có | DRS Farim | 955753639 | lopesernesto1@gmail.com |
|  | Evangelino Quadé | Consultor Nacional | 966735527 | [evanguade@hotmail.com.br](mailto:evanguade@hotmail.com.br) |
|  | Fernando Agostinho | CG-PNDS | 955291643 | agostinhofe66@gmail.com |
|  | Filomena Mendonça | PNLP | 955880628 | filomendo2@hotmail.com |
|  | Filomena Sá | AGUIBEF | 955909029 | filomenasa11@hotmail.com |
|  | Horacio Semedo | INASA | 955888783 | tatohoracio.semedo74@gmail.com |
|  | Iaia Cumba | PNLP | 955991715 | iaiacumba@yahoo.com |
|  | Iamcuba Dahaba | DSTMT/Cons. Nac |  |  |
|  | Inácio Pereira | PNLT |  | inaciopereira14@hotmail.com |
|  | Isis Ferreira | DSSAHP | 966606908 | ijupiferg@hotmail.com |
|  | Jaime Natcharé | PNLP | 955953107 | Jaimena120gmail.com |
|  | Januário Biaguê | PNLP | 966674733 | januariobiague@gmail.com |
|  |  |  |  |  |
|  | João Domingos da Silva | DSSCPMT | 955559355 |  |
|  | Joaquim Dias Balde | AGMS | 955935193 | Joaquimdiasbalde98@gmail.com |
|  | John W. Ngum | PNUD | 955389953 | john.ngumundp.org |
|  | Julieta D. Nancassa | PNUD | 955393066 | julieta.diasundp.org |
|  | Laércia D. M. de Carvalho | CG-PNDS | 955260209 | [laerciadjamila@gmail.com](mailto:laerciadjamila@gmail.com) |
|  | Maria dos Santos Alves | DRS SAB | 955984454 |  |
|  | Maria Teresa Barai | PNLP | 955370828 |  |
|  | Mamadú Bari | LNSP | 966423595 |  |
|  | Marciano Vicente Vaz | CECOME | 955224030 | vazmarcianovicente@gmail.com |
|  | Neusa Abibe | UNDP | 955351796 | neusa.abibe@undp.org |
|  | Negue Bangura | DRS BIOMBO | 955329396 | Banguranegue2017@gmail.com |
|  | Nené C. Sanca | DSEPCS | 955100030 | nenecatironasanca@gmail.com |
|  | Nhasse Nafampelna | MDC | 955354853 |  |
|  | Paulo Djatá | PNLP | 955738501 | [pdjata@yahoo.com.br](mailto:pdjata@yahoo.com.br) |
|  | Pio Tavares de Carvalho | DRS Bolama | 955438619 | Piotavares14@gmail.com |
|  | Rufna Imbandu | CARITAS | 966683255 | rufnaimbandu@gmail.com |
|  | Sofia de Oliveira | UNICEF | 955456409 | sdasilva@unicef.org |
|  | Sumtun Duganda | DSSCPMT | 955925913 | dungandasuntum@hotmail.com |
|  | Tomas Frederico G.Barros | HPSJBOR | 955491243 | debarrostomas@gmail.com |
|  | Victor Pereira | PNUD | 955422952 | victor.pereira@undp.org |
|  | Wica V. da Silva | PNLP | 956168444 | silvawica1@hotmailcom |