



**República de Moçambique
Ministério da Saúde
Direcção Nacional de Saúde Pública**



PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA MALÁRIA

Plano Estratégico da Malária 2017-2022

Por um Moçambique livre de malária

Ficha Técnica

Título:	Plano Estratégico da Malária 2017-2022
Editor:	Ministério da Saúde
Produção Gráfica:	AIC Investimentos, Lda
1 st Edição:	Financiada pela OMS e PMI
Nota:	Este documento existe em português e inglês e, inclui um Plano de M&E separado

Prefácio

O presente Plano Estratégico da Malária 2017-2022 foi desenvolvido através de uma abordagem multisectorial e participativa incluindo todos os parceiros do Programa Nacional de Controlo de Malária. O Plano foi elaborado após uma revisão dos progressos alcançados e desafios do Plano Estratégico da Malária 2012-2016 e baseia-se nas recomendações da avaliação detalhada do Programa através da Revisão do Programa da Malária realizada em 2016 e os princípios e objectivos das iniciativas internacionais da malária, como o Plano Global de Acção da Malária 2016-2030, Objectivos do Desenvolvimento Sustentável 2015-2030 e, as iniciativas da malária da SADC, *Elimination 8* e MOSASWA.

O Plano Estratégico é um instrumento de compromisso do Governo para resolver o problema da malária em Moçambique que se enquadra no âmbito de esforços combinados empreendidos para melhorar o estado de saúde da população.

Como um complemento do Plano Estratégico do Sector de Saúde 2014-2019, o Plano Estratégico da Malária visa contribuir para a promoção do desenvolvimento em Moçambique, onde a malária continua sendo o principal desafio para a saúde pública e para o desenvolvimento sustentável do país.

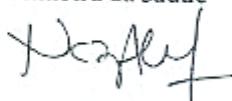
O Programa Nacional de Controlo de Malária detalhou as estratégias definidas para combater a malária, que foram elaboradas tendo em conta a abordagem multisectorial da doença que envolve a responsabilidade de outros sectores. As metas, objectivos e indicadores para monitorar e avaliar o Plano Estratégico da Malária, foram definidos de modo a complementar as acções sobre os determinantes da doença nas quais outros Ministérios, parceiros de cooperação, organizações governamentais e não-governamentais, sociedade civil, sector privado, e organizações religiosas, entre outros, são chamados a implementar as intervenções de forma mais eficaz.

Cientes da limitação de fundos para alcançar as metas preconizadas, todos os recursos existentes deverão ser maximizados e utilizados de forma a produzir resultados com a qualidade e impacto desejado.

Tenho confiança que este Plano Estratégico da Malária 2017-2022 providencia as bases estratégicas necessárias para uma abordagem multisectorial e para a redução da morbilidade e mortalidade por malária. Apelo a todos os intervenientes no controlo e eliminação da doença no país, a investirem todos os esforços na sua implementação, de modo a apoiar Moçambique a alcançar a visão de um país livre da malária.

Maputo, 22 de Novembro de 2017

A Ministra da Saúde



Nazira Vali Abdula

Índice

Prefácio	3
Índice.....	5
Índice de Tabelas	7
Índice de Figuras.....	7
Agradecimentos.....	8
1 Terminologia &Acrónimos.....	9
1.1 Terminologia.....	9
1.2 Acrónimos.....	11
2 Sumário Executivo.....	13
2.1 Antecedentes.....	13
2.2 Visão do PNCM.....	13
2.3 Missão do PNCM.....	13
2.4 Metas e Objectivos do PNCM	14
2.5 Argumento Estratégico	15
3 O Desempenho do Programa da Malária.....	17
3.1 Resultados da Avaliação: Implementação do PEM 2012-2016	17
3.2 Contributo para o Fortalecimento do Sistema de Saúde	17
3.3 Financiamento	18
4 Introdução.....	20
4.1 A Malária Como Problema de Saúde Pública e Socioeconómico em Moçambique	20
4.2 Contexto e Compromissos	22
5 Moçambique - Perfil Nacional	24
5.1 Sistema Sociopolítico	24
5.2 Dados Demográficos.....	26
5.3 Ecossistema, Ambiente e Clima	26
5.4 Sitação Socioeconómica: influência nos recursos disponíveis para actividades eficazes de controlo da malária e na vulnerabilidade humana	27
5.5 Análise do Sistema de Saúde	30
6 Análise da Situação da Malária.....	33
6.1 Epidemiologia	33
6.2 Morbilidade e Mortalidade.....	35
6.3 Estratificação da Transmissão da Malária	40
6.4 Faseamento da Implementação da Estratégia da Eliminação	41
7 Quadro do Plano Estratégico 2017-2022.....	43
7.1 Visão do PNCM	43
7.2 Missão do PNCM.....	43
7.3 Sete Princípios Orientadores	43
7.4 Metas.....	44
7.5 Visão Geral dos Objectivos e Estratégias / Intervenções	45
8 Objectivo 1 – Gestão do Programa	46
8.1 Abordagem ao Objectivo 1: fortalecer a gestão do programa da malária	46
9 Objectivo 2 – Prevenção	49
9.1 Abordagem ao Objectivo 2: gestão vectorial integrada da malária e prevenção de malária na gravidez	49
10 Objectivo 3 – Manejo de Casos	53
10.1 Abordagem ao Objectivo 3: fortalecer a qualidade do manejo de casos	53
11 Objectivo 4 – Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento	56
11.1 Abordagem ao Objectivo 4: CMSC efectiva, baseada em evidências	56
12 Objectivo 5 – Eliminação	58
12.1 Abordagem ao Objectivo 5: acelerar os esforços rumo à eliminação	58
13 Objectivo 6 – Vigilância, Monitoria & Avaliação	60
13.1 Abordagem ao Objectivo 6: melhorar a qualidade da vigilância	60
14 Gestão do Programa.....	62
14.1 Recursos Humanos e Funções do PNCM.....	62
14.2 Governação e Coordenação do PNCM.....	65
14.3 Ciclos de Desenvolvimento e Revisão de Estratégias e Políticas.....	65
14.4 Coordenação	66
14.5 Sistema de Gestão de Aquisições e Fornecimentos	67
14.6 Gestão de Recursos Financeiros	68
14.7 Plano Financeiro e Orçamental.....	69

14.8	Mobilização de Recursos	75
15	Quadro de Monitoria e Avaliação 2017-2022	77
16	Microplanificação de Actividades	82
17	Apêndices do Plano Estratégico	115
17.1	Apêndice A: Alinhamento dos Objectivos do PEM com os ODS.....	115
17.2	Apêndice B: Colaboradores no Desenvolvimento do PEM 2017-2022.....	117
17.3	Apêndice C: O Processo de Elaboração do PEM.....	118
18	Referências	119

Índice de Tabelas

<i>Tabela 4-1: Objectivos e metas da Estratégia Técnica Mundial para a Malária 2016-2030 da OMS ..</i>	23
<i>Tabela 6-1: Critérios epidemiológicos utilizados na definição de estratos operacionais.....</i>	40
<i>Tabela 6-2: Número de distritos por estratos, para o período do PEM</i>	41
<i>Tabela 6-3: Estratégias de intervenção por estratos</i>	42
<i>Tabela 7-1 Indicadores de impacto e de resultado a nível dos objectivos, e metas</i>	44
<i>Tabela 14-1. Custos do PEM por objectivo, produtos e ano, 2017- 2022</i>	73
<i>Tabela 14-2: Financiamento Total do PEM, por fonte e ano</i>	75
<i>Tabela 14-3: Contribuições Totais do PEM, por objectivo e ano.....</i>	76
<i>Tabela 14-4: Lacunas Financeiras do PEM, por objectivo e ano</i>	76

Índice de Figuras

<i>Figura 3-1: Lacunas e fontes e de financiamento do PNCM, 2012-2016</i>	20
<i>Figura 4-1: Proporção de todas as consultas, internamentos e mortes, devido à malária, em 2015 ..</i>	21
<i>Figura 5-1: Mapa de Moçambique</i>	25
<i>Figura 5-2: Distribuição das unidades sanitárias públicas: hospitais (vermelho), centros de saúde (azul) e postos de saúde (verde) em 2014.....</i>	31
<i>Figura 6-1: Espécies de vectores notificadas por província</i>	33
<i>Figura 6-2: Resistência do An. gambiae aos insecticidas: 2016.....</i>	34
<i>Figura 6-3 Resistência do An. funestus aos insecticidas: 2016</i>	34
<i>Figura 6-4: Tendências na prevalência da malária (TDR) em crianças menores de cinco anos em 2007, 2011 e 2015.....</i>	35
<i>Figura 6-6: Proporção de casos de malária em crianças menores de cinco anos, por província, em 2015 e 2016.....</i>	36
<i>Figura 6-7: Tendências na incidência da malária em 1000 habitantes e óbitos por malária em 100 000 habitantes, de 2010 a 2016</i>	37
<i>Figura 6-8: Proporção de mortes confirmadas devido à malária (todas as idades) do total de mortes hospitalares, em centros de saúde e em postos de saúde, 2003 a 2016</i>	38
<i>Figura 6-9: Proporção de altas confirmadas devido à malária (todas as idades) do total de altas hospitalares, em centros de saúde e em postos de saúde, 2003 a 2016</i>	39
<i>Figura 6-10: Distritos propensos a epidemias</i>	39
<i>Figura 6-11: Estratificação dos distritos de Moçambique, 2017</i>	41
<i>Figura 14-1: Estrutura funcional do PNCM, a nível central</i>	62
<i>Figura 14-2: Articulação entre o pessoal do programa da malária a nível central, provincial e distrital</i>	63
<i>Figure 14-3: Resumo do orçamento do PEM, por ano, 2017-2022</i>	70
<i>Figure 14-4: Resumo do orçamento do PEM, por % custos de cada objectivo, 2017-2022</i>	71
<i>Figure 14-5: Resumo do orçamento do PEM, por categoria de custos, 2017- 2022</i>	72

Agradecimentos

O presente plano foi elaborado por uma equipa do Programa Nacional do Controlo da Malária (PNCM), Organização Mundial da Saúde (OMS), President's Malaria Initiative (PMI) e Clinton Health Access Initiative (CHAI). Contou ainda com a contribuição de vários parceiros de cooperação, organizações não-governamentais e consultores independentes.

O Ministério da Saúde (MISAU) agradece a OMS, United Nations Children's Fund (UNICEF), PMI, Fundo Global Contra SIDA, Tuberculose e Malária (Fundo Global), CHAI, Visão Mundial, Malária Care, Maternal and Child Survival Program (MCSP), Johns Hopkins University, John Snow International, Chemonics, Malária Consortium, Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC), Food for the Hungry (FH), Abt AIRS, e Fundação Manhiça (CISM).

O MISAU agradece também as contribuições vitais de toda equipa do PNCM e de outros Departamentos do MISAU, nomeadamente o Departamento de Epidemiologia, a Unidade de Monitoria & Avaliação da Direcção Nacional de Saúde Pública, Departamento de Informação para Saúde, Unidade de Fundo Global, Central de Medicamentos e Artigos Médicos, Departamento Central de Laboratórios, Departamento de Saúde Ambiental, Departamento de Saúde da Mulher e da Criança (SMC), Departamento de Comunicação e Promoção de Saúde, Instituto Nacional de Saúde, Laboratório Nacional de Referência da Malária, Programa Nacional dos Agentes Polivalentes Elementares, Centro de Abastecimento e todos que directa ou indirectamente contribuíram para o desenvolvimento deste Plano Estratégico da Malária.

Um agradecimento especial vai para o Comité Técnico Consultivo de Malária, Ministérios de Economia e Finanças, Ministério da Terra, Ambiente e Desenvolvimento Rural, Ministério da Agricultura e Segurança Alimentar, Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano, Instituto Nacional de Meteorologia, Direcção de Saúde Militar, sector privado e sociedade civil, pelo valioso contributo.

1 Terminologia & Acrónimos

1.1 Terminologia

Seguem-se explicações de vários termos-chave utilizados ao longo do presente plano estratégico:

- A **malária** é uma doença causada por um parasita unicelular do género *Plasmodium* (*P.*) que é transmitido por mosquitos do género *Anopheles* (*An.*). Os seres humanos são sobretudo infectados por quatro espécies de *Plasmodium*: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale* e *P. malariae*. As duas primeiras causam a maioria dos casos de malária humana e o *P. falciparum* é a principal causa de malária em África¹, bem como o tipo de malária com maior probabilidade de conduzir à morte, sobretudo nas crianças.
- Um **caso de malária** refere-se à ocorrência de infecção por malária numa pessoa na qual a presença de parasitas responsáveis pela malária no sangue foi confirmada através de um teste de diagnóstico².
- A **transmissão** da malária é o processo através do qual os parasitas responsáveis pela malária passam de uma pessoa infectada para um novo hospedeiro ou pessoa, geralmente através do mosquito, embora, raramente, a malária também possa ser transmitida de mãe para filho (malária congénita) ou através de transfusão de sangue infectado.
- A **prevalência (do parasita) da malária** refere-se à proporção de uma dada população com infecção por malária num determinado momento.
- A **incidência da malária** refere-se ao número de novos casos de malária diagnosticados durante um período definido numa população específica. A taxa de incidência da malária é comumente expressa como número de novos casos de malária por 1000 pessoas por ano.
- O **manejo de casos** é o diagnóstico, tratamento, cuidados clínicos, aconselhamento e seguimento, de infecções sintomáticas por malária³.
- Uma **rede mosquiteira tratada com insecticida de longa duração (REMILD)** é uma rede fabricada com um reservatório de insecticida incorporado ou impregnado nas fibras. O insecticida (que repele, incapacita ou mata os mosquitos através do contacto) deve permanecer eficaz conforme definição da OMS, após pelo menos, 20 lavagens em condições laboratoriais e durante três anos de utilização recomendada em condições de campo. Estas REMILD não requerem novo tratamento com insecticida.
- O termo **mecanismo de distribuição** refere-se, neste documento, a um sistema completo utilizado para o fornecimento bem-sucedido de redes aos agregados familiares.
- Os termos **distribuição em massa / campanhas de distribuição** são utilizados indistintamente e referem-se a distribuições de REMILD dirigidas a comunidades inteiras, organizadas pelo sector público em intervalos de aproximadamente três anos. As REMILD são distribuídas aos beneficiários gratuitamente.
- O termo **distribuição contínua** é utilizado para descrever qualquer mecanismo de distribuição (excluindo as campanhas) concebido para manter a cobertura universal através da entrega periódica de REMILD, ou seja, a pedido, trimestralmente ou, pelo menos, anualmente. As distribuições de rotina a mulheres grávidas através das consultas pré-natais (CPN) fazem parte destes mecanismos de distribuição, que podem também incluir distribuições nas comunidades e escolas, distribuições por parte de outros serviços de saúde (curativos, HIV/SIDA, etc.) e distribuições pelo sector comercial (subsidiadas ou a preço de custo).
- A **cobertura** é um termo genérico que se refere à fracção da população de uma área específica que recebe uma intervenção em particular⁴.

- O **acesso** refere-se à facilidade com que as intervenções contra a malária podem ser acedidas pelos utentes finais.
- A **utilização de REMILD** refere-se a dormir debaixo de uma REMILD.
- A **todos os níveis** refere-se aos níveis central, provincial e distrital, mas não inclui o nível comunitário, salvo indicação em contrário.
- O **controlo** da malária refere-se à redução da incidência, prevalência, morbilidade ou mortalidade da doença, para um nível aceitável localmente na sequência de esforços deliberados. São necessárias intervenções continuadas para manter o controlo⁵.
- A **estratificação** da malária é a classificação de áreas geográficas ou localidades de acordo com determinantes epidemiológicas, ecológicas, sociais e económicas, com a finalidade de orientar as intervenções da malária⁶.
- A **eliminação** da malária refere-se à interrupção da transmissão local (redução a zero da incidência de casos indígenos) de um parasita específico da malária, numa área geográfica definida, na sequência de actividades deliberadas. São necessárias medidas continuadas para prevenir o restabelecimento da transmissão⁷.
- A **erradicação** da malária é a redução permanente a zero da incidência mundial da infecção causada por parasitas responsáveis pela malária nos seres humanos, na sequência de actividades deliberadas. Uma vez alcançada a erradicação, eixam de ser necessárias intervenções⁸.

1.2 Acrónimos

AL	Arteméter-lumefantrina	LSHTM	London School of Hygiene and Tropical Medicine
ALMA	Aliança dos Líderes Africanos contra a Malária	LMIS	Sistema de informação de gestão logística
An.	<i>Anopheles</i>	M&A	Monitoria e avaliação
APE	Agente polivalente elementar	MEF	Ministério da Economia e Finanças
BES	Boletim epidemiológico semanal	MiP	Malária na gravidez
C	Celsius	MISAU	Ministério da Saúde
CHAI	Clinton Health Access Initiative	mm	Milímetros
CIP	Comunicação interpessoal	ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
CISM	Centro de Investigação em Saúde de Manhiça	OMS	Organização Mundial de Saúde
CMAM	Central de Medicamentos e Artigos Médicos	P.	<i>Plasmodium</i>
CMSC	Comunicação para a mudança social e de comportamento	PEM	Plano Estratégico da Malária
CPN	Consulta pré-natal	PESS	Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019
CQ	Controlo da qualidade	PfPR	Taxa parasitária de <i>P. falciparum</i>
CSP	Cuidados de saúde primários	PIB	Produto interno bruto
DDT	Diclorodifeniltricloroetano	PIDOM	Pulverização intradomiciliar
DEPROS	Departamento de Promoção da Saúde	PMI	Iniciativa Presidencial Contra a Malária dos Estados Unidos
DFID	Departamento Britânico para o Desenvolvimento Internacional	PMT	Praticantes de medicina tradicional
DHIS2	Sistema Distrital de Informação de Saúde	PNCM	Programa Nacional de Controlo da Malária
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública	PO	Pesquisa operacional
DPC	Direcção de Planificação e Cooperação	PRE	Preparação e resposta a epidemias
DPS	Direcção Provincial de Saúde	RBM	Roll Back Malaria
E8	Eliminação 8	RH	Recursos humanos
e-SISTAFE	Sistema Electrónico de Administração Financeira do Estado	REMILD	Rede Mosquiteira tratada com Insecticida de Longa Duração
GAF	Gestão de aquisições e fornecimentos	RPM	Revisão do Programa da Malária
GdM	Governo de Moçambique	SADC	Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral
GQ	Garantia da qualidade	SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social
GTS	Estratégia Técnica Mundial para a Malária 2016-2030	SIDA	Síndrome de imunodeficiência adquirida
GTT	Grupo técnico de trabalho	SIMAM	Sistema de Informação de Medicamentos e Artigos Médicos
GVI	Gestão vectorial integrada	SIS	Sistema de informação de saúde
HIV	Vírus da imunodeficiência humana	SIS-MA	Sistema de informação de saúde- monitoria e avaliação
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde	SMC	Saúde da mulher e da criança
IIM	Inquérito sobre Indicadores da Malária	TCA	Terapia combinada à base de artemisinina
IMASIDA	Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA	TDR	Teste de diagnóstico rápido
IMISS	Sistema integrado de armazenamento de informações de malária	TIP	Tratamento intermitente preventivo, na gravidez
INE	Instituto Nacional de Estatística	UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
INFORM	Informações sobre a malária	USD	Dólar dos Estados Unidos
INS	Instituto Nacional de Saúde	VM&A	Vigilância, monitoria e avaliação

2 Sumário Executivo

2.1 Antecedentes

O presente Plano Estratégico da Malária (PEM) 2017-2022 centra-se na redução da incidência da malária em áreas de transmissão elevada e na sustentação dos ganhos alcançados em áreas de transmissão reduzida, de modo a intensificar os esforços para a eliminação.

A malária continua a ser o maior problema de saúde pública em Moçambique, sendo responsável em 2015 por 29% de todas as mortes hospitalares e 42% das mortes de crianças menores de cinco anos. Contudo, foram alcançados progressos importantes, tendo-se registado em 2015 um declínio de 9% nos casos confirmados e não confirmados em relação a 2009, e uma redução de 34% na mortalidade.

Os principais vectores da malária no país são o *An. gambiae s.s.*, o *An. arabiensis* e o *An. funestus s.s.*. O *Plasmodium falciparum* é o parasita mais frequente, sendo responsável por mais de 90% de todas infecções maláricas, enquanto que infecções por *P. malariae* e *P. ovale* são observadas em 9% e 1%, respectivamente⁹.

A dinâmica da transmissão e a endemicidade da malária em Moçambique são altamente variáveis, bem como fortemente influenciadas pelo clima e geografia, tendo maior intensidade no norte e nas zonas costeiras.

A situação da malária em Moçambique é heterogénea, pelo que uma estratificação precisa da malária é essencial para uma orientação estratégica eficaz das intervenções e dos recursos. Com base nos resultados da estratificação da malária, o Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM) determina o pacote de intervenções adequado a aplicar em diferentes zonas do país. Estas escolhas serão baseadas nas características epidemiológicas, ecológicas e sócio-culturais de cada área, e serão sujeitas a reavaliações anuais.

2.2 Visão do PNCM

Por um Moçambique livre de malária

2.3 Missão do PNCM

Liderar e coordenar a implementação de intervenções eficazes para reduzir a morbilidade e mortalidade por malária, em Moçambique

O PNCM tem como missão desenvolver, planificar, acompanhar e coordenar eficazmente a implementação de estratégias e intervenções baseadas em evidências, que irão reduzir o peso da malária em Moçambique.

2.4 Metas e Objectivos do PNCM

As metas e os objectivos seguintes vão impulsionar as actividades de combate à malária em Moçambique durante os próximos seis anos (2017-2022):

METAS

1. Até 2022, reduzir a morbilidade causada pela malária a nível nacional em, pelo menos, 40%, em comparação com os níveis observados em 2015
2. Até 2022, reduzir a mortalidade intra-hospitalar causada pela malária a nível nacional em, pelo menos, 40%, em comparação com os níveis observados em 2015

OBJECTIVO 1

Gestão do Programa

Fortalecer as **competências de gestão do programa** a nível central, provincial e distrital, de modo a alcançar os objectivos do Plano Estratégico, até 2022

OBJECTIVO 2

Prevenção

Disponibilizar pelo menos, **85% de cobertura** da população com, no mínimo, **uma intervenção de controlo vectorial** em todos os distritos do país, até 2022

OBJECTIVO 3

Manejo de Casos

Testar 100% dos casos suspeitos de malária e **tratar 100%** dos casos confirmados de malária ao nível das unidades sanitárias e a nível comunitário, de acordo com as directrizes nacionais, até 2022

OBJECTIVO 4

Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento

Implementar uma abordagem efectiva de CMSC para assegurar que, pelo menos, **70% das pessoas procuram cuidados de saúde apropriados e atempados**, e que, pelo menos, **85% da população utiliza um método de protecção adicional**

OBJECTIVO 5

Eliminação

Acelerar os esforços para a eliminação da malária, através da implementação de **intervenções epidemiologicamente adequadas**, até 2022

OBJECTIVO 6

Vigilância, Monitoria & Avaliação

Reforçar o sistema de vigilância de modo a que **100% das unidades sanitárias e distritos notifiquem** dados completos, atempados e de qualidade, até 2020

Estes objectivos e respectivas estratégias associadas, concebidos para alcançar as metas globais do Programa, foram desenvolvidos através de um processo de análise e de planificação intensiva e participativa, que incluiu a equipa do PNCM, representantes dos departamentos do MISAU, a nível central e provincial, bem como parceiros técnicos, de financiamento e de implementação, nacionais e internacionais.

O presente PEM 2017-2022 tem por base a estratégia anterior que foi actualizada na sequência de uma revisão intercalar em 2014 e, que terminou em Dezembro de 2016. Em finais de 2016, foi realizada uma Revisão do Programa da Malária (RPM) liderada pela OMS e com o apoio de parceiros de combate à malária. O atraso na realização da RPM afectou o plano de desenvolvimento da estratégia subsequente do PNCM e, por conseguinte, o MISAU decidiu que o presente PEM será operacional por um período de seis anos dado que uma parte do primeiro ano será dedicada à elaboração e aprovação desta estratégia.

O presente PEM assenta na experiência e aprendizagens nacionais, na experiência e estratégia técnica mundiais e, no contexto do país – o respectivo conteúdo assegura que as respostas de Moçambique para a malária se mantêm alinhadas com as orientações e metas mundiais para a doença, tendo sido desenvolvido para fornecer orientações estratégicas para a luta contra a malária em Moçambique durante os próximos seis anos. O PEM também irá apoiar as actividades de mobilização de recursos do PNCM.

2.5 Argumento Estratégico

As estratégias do **Objectivo 1** abordam a gestão global do PNCM: a clareza quanto à respectiva estrutura organizacional e funcional é fundamental para alcançar os objectivos do PNCM em todas as outras áreas e deve, por conseguinte, ser concluída no início do PEM 2017-2022. A implementação das estratégias de gestão do programa seleccionadas fornecerá o enquadramento operacional necessário para o fortalecimento das áreas técnicas e administrativas, para a gestão das partes interessadas e para esforços de coordenação.

O PNCM enfrenta um período desafiante – uma abordagem multidimensional, múltiplos parceiros, um orçamento substancial e metas e objectivos ambiciosos – que requerem uma coordenação avançada e colocam duras exigências à liderança do PNCM. Para avançar, é crucial que haja um compromisso e uma avaliação realista das necessidades de recursos humanos (RH) e financeiros, assim como a contribuição activa da colaboração multisectorial (Ministérios, Municípios, Governos Provinciais, sector privado e a sociedade civil) para garantir o alcance dos objectivos do PEM.

As estratégias do **Objectivo 2** apoiam o alcance das metas do PNCM através da implementação de uma cobertura universal em que o controlo vectorial e o tratamento intermitente preventivo na gravidez (TIP) representam as principais formas de prevenção e redução eficaz da transmissão da malária. Todos os distritos em Moçambique foram abrangidos por, pelo menos, uma intervenção de controlo vectorial, sendo que a nova tônica deste objectivo será colocada na cobertura, qualidade e aplicação destas intervenções. Será adicionalmente aberto espaço para a introdução de novas medidas de controlo vectorial, como a gestão das fontes larvares e o melhoramento das casas.

O diagnóstico e tratamento rápidos são essenciais para a redução da morbilidade e mortalidade da malária, bem como para ajudar a evitar uma maior propagação da infecção. Moçambique possui as ferramentas e as políticas para apoiar a confirmação de todos os casos suspeitos de malária com um teste de diagnóstico, antes do início do tratamento com antimaláricos eficazes. O **Objectivo 3** e as respectivas estratégias de apoio irão centrar-se na melhoria da qualidade do manejo de casos e na garantia de adesão às directrizes nacionais, de modo a apoiar o alcance das metas do PEM.

Existe um forte compromisso por parte do MISAU e do PNCM em garantir que as actividades de comunicação para a mudança social e de comportamento (CMSC) são baseadas em evidências sólidas e implementadas a uma escala suficiente de modo a demonstrarem impacto. Consequentemente, as actividades de CMSC planificadas no presente PEM através das estratégias desenvolvidas para alcançar o **Objectivo 4**, estão claramente definidas, permitindo que a implementação seja medida de forma efectiva. Melhor a colaboração com as outras áreas de intervenção da malária, que dependem da área de CMSC, é essencial para alcançar as metas do PEM.

Existe um compromisso político de alto nível por parte do Governo de Moçambique (GdM) para apoiar os esforços de eliminação a nível regional; foram asseguradas parcerias técnicas e financiamento para a implementação de actividades focalizadas, de acordo com a situação epidemiológica. O MISAU irá basear os progressos rumo à eliminação em dados comprovados e capacidades, conforme planificado nas estratégias do **Objectivo 5**, para garantir a sustentabilidade e os melhores resultados de saúde para a população.

Existe um compromisso político no sentido de melhorar a qualidade de dados do MISAU e a vigilância, monitoria e avaliação (VM&A), incluindo os dados do sistema de informação de saúde, a nível distrital (DHIS2). Como tal, o PNCM está confiante na sua capacidade de implementar as estratégias formuladas para alcançar o **Objectivo 6** até 2020, fornecendo, assim, as evidências necessárias tomar decisões informadas e monitorizar o progresso, de modo a alcançar as metas de morbilidade e mortalidade.

No quadro estratégico detalhado do presente PEM (Secção 7), as áreas de intervenção prioritárias para prestação de serviços, as actividades de apoio e a governação foram tratadas usando uma abordagem integrada, de modo a proporcionar a conjuntura mais favorável para que o programa alcance as suas metas de médio e longo prazo.

3 O Desempenho do Programa da Malária

3.1 Resultados da Avaliação: Implementação do PEM 2012-2016

A RPM, concluída em 2017¹⁰, constatou um progresso moderado, por parte do PNCM, na redução da morbidade e mortalidade por malária. Concretamente, foi considerado que a **gestão do programa** tem maior capacidade a nível central e provincial desde 2012 – com pontos focais dedicados à malária, nomeados a nível provincial e distrital. Todas as políticas e directrizes relevantes estão em vigor. O sistema de informação de gestão logística (LMIS) está estabelecido e fornece dados de consumo de com terapia combinada à base de artemisinina (TCA) e de testes de diagnóstico rápido (TDR) e dados de inventário, a nível distrital e, os processos melhorados de quantificação de produtos antimaláricos tiveram um impacto positivo na previsão e disponibilidade dos mesmos. O armazenamento de REMILD a nível distrital continua a ser problemático.

Os progressos constatados no âmbito do **controlo vectorial** incluem aumentos na posse de REMILD em agregados familiares (de 51%, em 2011, para 66%, em 2015), na percentagem de crianças menores de cinco anos que dormem debaixo de uma REMILD (aumento de 36%, em 2011, para 48%, em 2015) e no número de mulheres grávidas protegidas por REMILD ou por PIDOM (de 45%, em 2011, para 58%, em 2015).

Verificaram-se melhorias no **manejo de casos**, nomeadamente no âmbito do diagnóstico parasitológico de casos suspeitos de malária, com 85% dos casos suspeitos a serem testados em 2015. A capacidade de confirmação de todos os casos suspeitos de malária melhorou e foram estabelecidos sistemas para realizar o controlo e garantia da qualidade (CQ/GQ). São também efectuados estudos de eficácia terapêutica com regularidade. O manejo de casos de malária também é disponibilizado a populações mais isoladas, através dos APEs.

De modo geral, houve melhoria na utilização de serviços de prevenção e tratamento da malária, como evidenciado pelos inquéritos à população. As actividades de CMSC foram consideradas dispendiosas e o financiamento tem estado centrado nas actividades de CMSC específicas das campanhas de PIDOM e de distribuição em massa de REMILD. Não foram realizados estudos para identificar os principais factores para a mudança social e de comportamento favoráveis, que afectam a adesão às intervenções de combate à malária no país.

Também foram observadas melhorias na capacidade **de VM&A**, incluindo a análise de dados a nível central e provincial. Em 2015, foram assinaladas melhorias no envio atempado (98%) e completude (95%) da notificação de dados. O PNCM identificou e priorizou requisitos de pesquisas operacionais (PO) pertinentes. Foram identificadas questões relativamente à indisponibilidade generalizada dos registos das consultas externas e ao acesso limitado à Internet ou pouca conectividade para utilização do DHIS2, a todos os níveis (consultar o relatório final da RPM para uma descrição detalhada da visão geral do PNCM relativamente aos êxitos passados e desafios contínuos e, como estes foram e estão a ser abordados).

3.2 Contributo para o Fortalecimento do Sistema de Saúde

A implementação bem-sucedida de intervenções de combate à malária está dependente do sistema de saúde, pelo que todas as actividades do programa da malária são abordadas no sentido de fortalecer o sistema e apoiar uma prestação de serviços de saúde mais equitativa e eficiente.

O programa da malária fez os seguintes contributos para o fortalecimento do sistema de saúde:

- Capacidade melhorada a nível provincial para planificar, implementar e supervisionar campanhas em grande escala de distribuição de REMILD e de PIDOM.

- Resolução de constrangimentos que afectam o fluxo de produtos de saúde, de informação e de serviços, para melhorar os resultados globais e específicos de saúde.
- Expansão e supervisão do LMIS e desenvolvimento de capacidades no controlo de inventário.
- Aquisição de camiões e veículos para todas as províncias de modo a melhorar a capacidade e eficiência de implementação.
- Aumento da capacidade de armazenamento a nível provincial/distrital através da compra e instalação de contentores de armazenamento.
- Apoio à expansão da plataforma DHIS2, bem como à melhoria da gestão e qualidade dos dados.
- Expansão do manejo de casos de malária a nível comunitário e o fortalecimento de competências nesta área.
- Apoio aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), através do alinhamento das intervenções do PNCM com reformas mais amplas de CSP do MISAU.

3.3 Financiamento

Um exercício de custos do PESS indica que são necessários recursos mais significativos (22%) para a malária do que para outros programas da Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP). Para o período de 2014 a 2019, esta análise estima o montante financeiro total necessário para o PNCM em cerca de 310 milhões de USD – quase 79% deste valor destina-se a medicamentos e produtos (sobretudo REMILD), 10% para comunicações, meios de comunicação e divulgação e, 10% para a gestão do programa (incluindo custos operacionais de PIDOM e reuniões de coordenação, a nível nacional e provincial)¹¹.

As contribuições financeiras do GdM para a malária foram estimadas em 15 milhões de USD (2012), 21 milhões de USD (2013) e 12 milhões de USD (2014) – com base num cálculo conservador de 2,88% da despesa total de saúde para a malária. Entre 2012 e 2014, pouco mais de metade das contribuições do GdM foram financiadas através de um empréstimo do Banco Mundial ao MISAU. Após a conclusão da subvenção, o GdM fez uma contribuição adicional de 6,8 milhões de USD para a malária em 2015 (contribuição total: 12,6 milhões de USD)¹². O GdM assume a maior parte dos custos de RH e funcionamento diário do PNCM a nível provincial e distrital (combustível, transporte, etc.), para além de garantir a infra-estrutura necessária e suportar os custos operacionais de PIDOM.

Desde 2012, as principais fontes de financiamento externo para a malária têm sido a PMI (aproximadamente 39% do financiamento total), o Fundo Global (cerca de 37% do financiamento total) e o GdM (cerca de 20% do financiamento total). Os fundos da PMI são geridos por agências de implementação seleccionadas e os fundos do Fundo Global são atribuídos a dois principais beneficiários: o governo e a sociedade civil. Desde 2012, têm sido fornecidos recursos adicionais por parte da UNICEF, DFID, Espanha, Países Baixos e OMS¹³.

- **O FUNDO GLOBAL** – as subvenções do Fundo Global têm sido fulcrais para a expansão dos esforços de controlo em Moçambique desde 2005. Até à data, o Fundo Global concedeu mais de 250 milhões de USD e desembolsou aproximadamente 176,5 milhões de USD. O desempenho actual dos fundos para a malária, de aproximadamente 169,3 milhões de USD, tem "excedido as expectativas" (classificação A1). Moçambique está presentemente a negociar uma continuação do financiamento, de cerca de 167,8 milhões de USD.
- **PMI** – até à data, a PMI desembolsou mais de 270 milhões de USD para apoiar os esforços de controlo da malária em Moçambique. Os compromissos técnicos e financeiros são renovados e revistos anualmente no Plano Operacional da Malária da PMI. Três consultores técnicos da PMI trabalham em estreita colaboração com o PNCM. Para o ano fiscal dos EUA de 2017 (Outubro de 2016 a Setembro de 2017), o compromisso de 29 milhões de USD da PMI apoia actividades específicas em nove áreas de intervenção: monitoria entomológica e gestão da resistência aos insecticidas, REMILD, PIDOM, MiP, manejo de casos, fortalecimento dos sistemas de saúde e capacitação, CMSC, VM&A, e PO.

Todavia, o programa da malária de Moçambique tem estado a funcionar sem dispor recursos suficientes. Os requisitos anuais de recursos têm oscilado entre 85 milhões de USD e 124 milhões de USD, com um custo médio de 108 milhões de USD, com base no PEM anterior (Figura 3-1).

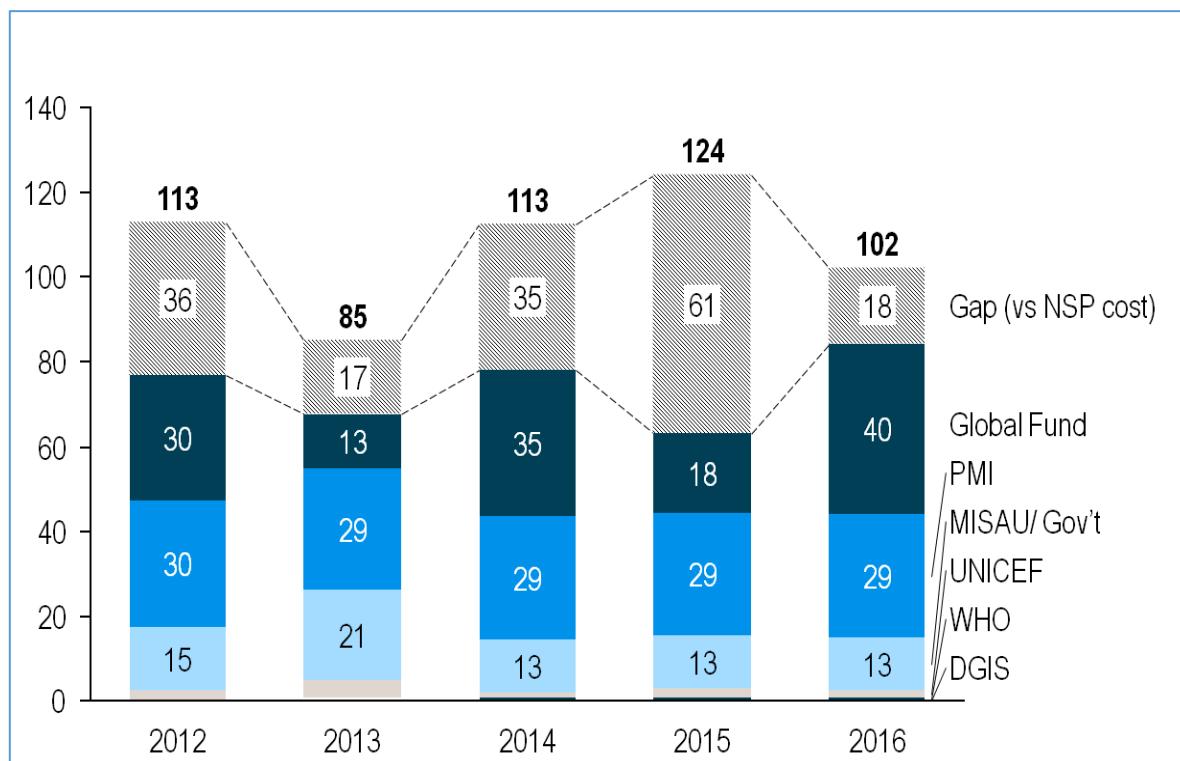


Figura 3-1: Lacunas e fontes de financiamento do PNCM, 2012-2016

Fonte: RPM 2016ⁱ

4 Introdução

4.1 A Malária Como Problema de Saúde Pública e Socioeconómico em Moçambique

4.1.1 A malária como problema de saúde pública

Toda a população de Moçambique (pouco mais de 27,1 milhões de habitantes em 2017¹⁴) está em risco de contrair malária, sendo que a maioria vive em áreas com um risco de infecção elevado.

Apesar do progresso e dos investimentos significativos a nível do controlo da malária durante a última década, a doença continua a exercer um enorme peso na saúde pública em Moçambique. Em 2015, o ano de referência do PEM, foram notificados pouco mais de 6,4 milhões de novos casos de malária, pelas unidades sanitárias (5 833 322) e pelos agentes polivalentes elementares ou APEs (588 404). O número de casos de malária notificados tem vindo a aumentar desde 2012, no entanto, em 2015, o aumento de 6% dos casos em relação a 2014 foi o aumento percentual mais baixo desde 2012. Os dados do programa de APE mostram um aumento de 76% relativamente a 2014 no número de casos notificados pelos APEs. Este aumento pode ser associado ao aumento do número dos APEs (3109 em 2015, em comparação com 2747 em 2014) e à maior disponibilidade de TDR da malária e de medicamentos antimaláricos a nível comunitário, através dos APEs.

Embora o número de mortes causadas pela malária tenha reduzido gradualmente desde 2012, a malária continua a ser a principal causa de mortalidade infantil em Moçambique. Em 2015, registou-

ⁱ DGIS refere-se ao Ministério dos Negócios Estrangeiros Holandês

se uma redução de 24% no número de óbitos causados pela malária, invertendo a tendência de aumento observada desde 2010¹⁵. Ocorreram 2465 mortes por malária em 2015 e quase 86 mil casos de malária grave (85 785), o que representa uma redução de 9% relativamente a 2014.

Segundo o relatório anual do PNCM de 2015, a malária foi responsável por 45% das consultas externas, 23,5% dos internamentos hospitalares (todas as idades) e por 29% das mortes (Figura 4-1).

Os dados preliminares de 2016, do PNCM e do programa de APE, indicam que foram notificados quase 7,5 milhões de novos casos de malária pelas unidades sanitárias (6 191 260) e pelos APEs (1 354 831) e, 1685 pessoas morreram devido à malária.

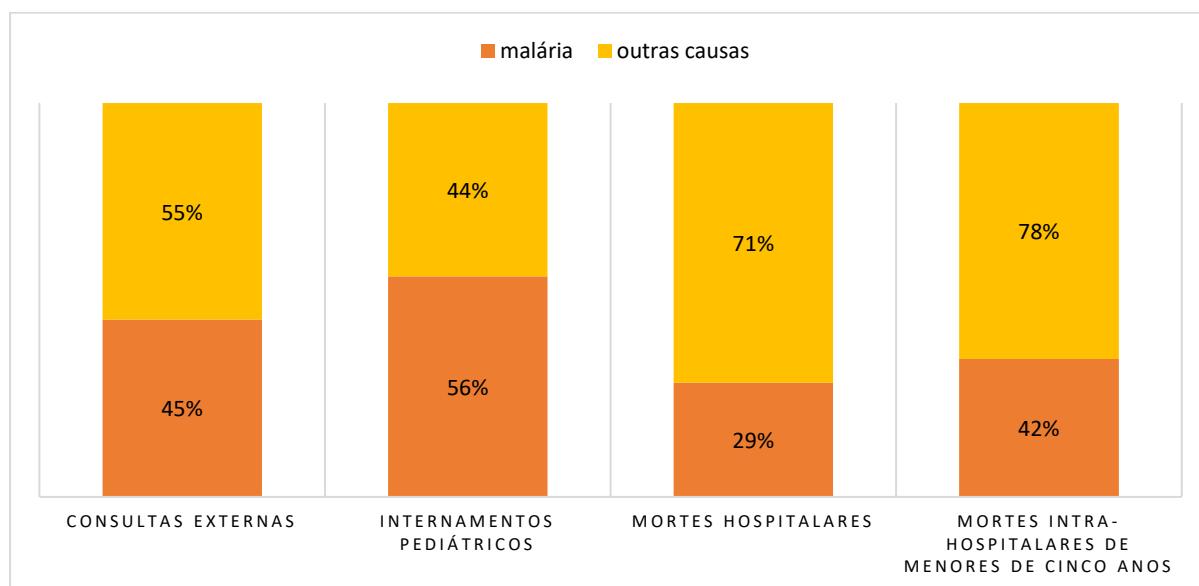


Figura 4-1: Proporção de todas as consultas, internamentos e mortes, devido à malária, em 2015

Fonte: Relatório Anual do PNCM 2015

Sabe-se que a malária na gravidez (MiP) pode causar abortos espontâneos e anemia grave e nas áreas rurais de Moçambique a malária contribui para as elevadas taxas de mortalidade materna observadas (408 por 100 000 nascimentos¹⁶). Na África Subsariana, as estimativas sugerem que 11% das mortes de recém-nascidos e 6% de todos os casos de mortalidade infantil podem dever-se ao baixo peso à nascença, associado à malária na gravidez¹⁷ – sendo a malária a principal causa do baixo peso nos recém-nascidos (3,8% em 2015¹⁸) em Moçambique.

A doença também contribui significativamente para a anemia nas crianças, uma das principais causas do mau crescimento e desenvolvimento. Em 2015, 63,8% das crianças moçambicanas sofreram algum nível de anemia, correspondendo na sua maioria a anemia moderada (33,8%)¹⁹.

4.1.2 A malária enquanto problema socioeconómico

O Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA (IMASIDA) de 2015 demonstrou índices de prevalência de malária de até 60% em agregados dos quintis de riqueza mais baixos, reforçando a necessidade de uma abordagem multisectorial que apoie as acções do sector da saúde, abordando os determinantes sociais da saúde (sociais, económicos, políticos, culturais e ambientais) e priorizando os grupos mais desfavorecidos da população. A malária e a pobreza estão estreitamente correlacionadas em Moçambique, onde entre 41% e 45% da população vive em condições de pobreza e a vulnerabilidade individual e familiar é muito elevada²⁰. O impacto da malária é sentido a todos os níveis, desde o individual ao governamental.

A nível **individual**, as pessoas e respectivas famílias deparam-se com custos relacionados com a procura de tratamento, com as ausências ao trabalho e à escola, bem como com despesas de funeral, em caso de morte. Segundo o mais recente Inquérito ao Orçamento Familiar, no período de 2014/15, os agregados familiares gastaram 1,3% do seu rendimento mensal com saúde²¹.

A população rural pobre é desproporcionalmente afectada, uma vez que as suas habitações fornecem apenas barreiras limitadas contra mosquitos- habitualmente, têm também acesso limitado a serviços e a informações de prevenção e, a diagnóstico e tratamento atempados.

A nível **governamental**, a malária representa um peso no sistema de saúde (artigos e RH das unidades sanitárias, aquisição e logística de medicamentos e outros produtos, distribuição de REMILD e custos de pulverização intradomiciliar, etc.). A produção, o crescimento e desenvolvimento económicos também são afectados pelo absentismo laboral e pela diminuição da produtividade.

4.2 Contexto e Compromissos

4.2.1 Contexto e compromissos nacionais

O Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019 é o documento de orientação de políticas do MISAU e apresenta as prioridades de saúde globais, as abordagens de implementação e os compromissos em recursos do governo. O PESS adopta os CSP nos seus princípios orientadores e reconhece a necessidade de aumentar o acesso aos serviços de saúde, de melhorar os mecanismos de prestação de serviços e de fornecer uma maior equidade e qualidade.

A redução do peso da malária é uma prioridade primária do PESS. O presente PEM está alinhado às prioridades e estratégias do PESS no sentido de contribuir para alcançar as metas nacionais, promover melhorias nos indicadores de saúde e, apoiar uma maior eficácia da implementação no sector da saúde pública. O PEM também contribui para duas outras prioridades do PESS, nomeadamente, a aceleração do progresso na redução da mortalidade materna e neonatal e a sustentação dos ganhos alcançados na redução da mortalidade, entre as crianças menores de cinco anos (consultar o PESS para leitura adicional sobre os objectivos específicos relacionados com a malária).

O PESS orienta para a necessidade de uma abordagem baseada nos determinantes sociais e uma colaboração multisectorial entre os Ministérios da Saúde, Educação e Desenvolvimento Humano, Terra, Ambiente e Desenvolvimento Rural, Juventude e Desportos, Transportes e Comunicação e Obras Públicas, Habitação e Recursos Hídricos, Ministério da Administração Estatal, para além dos Governos Provinciais e Distritais e, Municípios. A colaboração multisectorial é entendida como o conjunto de acções colectivas envolvendo múltiplas instituições governamentais, desempenhando diferentes papéis para a mitigação da transmissão da malária. A abordagem enfatizará a complementaridade, eficácia e sustentabilidade permitindo o aproveitamento das potenciais sinergias para acelerar a eliminação da malária e desenvolvimento socioeconómico do país. O envolvimento destes sectores exige uma coordenação forte e efectiva. O MISAU irá coordenar as contribuições de todos os sectores e providenciará a liderança técnica de modo a operacionalizar a colaboração.

4.2.2 Contexto e compromissos internacionais

O forte compromisso internacional para com a eliminação da malária está reflectido na Estratégia Técnica Mundial para a Malária 2016-2030 (GTS), adoptada por todos os estados-membros da OMS. A GTS orienta os esforços internacionais e nacionais para reforçar as intervenções contra a malária e avançar rumo à eliminação. A sua visão de alcançar um mundo livre de malária está apoiada em metas ambiciosas (ver Tabela 3-1 abaixo), desafiadas pela necessidade de manter o compromisso técnico e financeiro substancial, para puderem ser alcançadas.

Para além de estabelecer metas nacionais para reduzir a mortalidade e morbilidade em 40%, Moçambique está, através deste PEM, alinhado com a GTS, ao desenvolver respostas adequadas que incluem a aplicação de diferentes estratégias específicas dentro do país, de acordo com a endemicidade, o fortalecimento do envolvimento comunitário e um compromisso renovado para a colaboração multisectorial e transfronteiriça. Os objectivos e as metas do PEM reflectem este compromisso (Secção 15).

Os compromissos para com o financiamento e saúde mundial podem sofrer um impacto em 2017, devido a mudanças de liderança esperadas nas Nações Unidas, na OMS, no Fundo Global de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Malária, no Banco Mundial e na Iniciativa Presidencial Contra a Malária do governo dos Estados Unidos (PMI).

Tabela 4-1: Objectivos e metas da Estratégia Técnica Mundial para a Malária 2016-2030 da OMS

Objectivos	Etapas		Metas
	2020	2025	
• Reduzir as taxas de mortalidade devido à malária a nível mundial, em comparação com 2015	Pelo menos 40%	Pelo menos 75%	Pelo menos 90%
• Reduzir a incidência dos casos de malária a nível mundial, em comparação com 2015	Pelo menos 40%	Pelo menos 75%	Pelo menos 90%
• Eliminar a malária nos países em que a doença era transmitida em 2015	Pelo menos 10 países	Pelo menos 20 países	Pelo menos 35 países
• Prevenir o restabelecimento da malária em todos os países que estão livres da doença	Restabelecimento preventido	Restabelecimento preventido	Restabelecimento preventido

As principais fontes de financiamento para a malária são o Fundo Global, PMI a Fundação Bill & Melinda Gates e o Departamento Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID).

O PEM está igualmente em conformidade com as principais iniciativas mundiais e regionais, incluindo os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (o Apêndice A especifica de que forma cada objectivo do PEM está alinhado e apoia os esforços nacionais para alcançar os ODS relevantes) e a Declaração de Abuja de 2001 (a despesa total de saúde em Moçambique aumentou de aproximadamente 5% em 2008 para 7% em 2014). O PNCM trabalha em estreita colaboração com a Parceria Roll Back Malaria (RBM), a rede Southern Africa RBM, a ALMA (Aliança dos Líderes Africanos contra a Malária), o IVCC (Innovative Vector Control Consortium) e a Medicines for Malaria Venture, entre outros parceiros.

4.2.3 Compromissos regionais

Segue-se uma visão geral dos compromissos regionais actuais para apoio às intervenções contra a malária em Moçambique:

- **ALMA** – ALMA é uma coligação inovadora de 49 chefes de estado e de governo africanos, da qual Moçambique faz parte, que trabalha por todos os países e fronteiras regionais, para eliminar a malária até 2030.

- **Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC)** – a SADC estabelece como prioridade a saúde da população e, através dos Artigos 9.º e 11.º do Protocolo sobre a Saúde (Maputo, Agosto de 1999), apela aos Estados-Membros para harmonizar e padronizar as políticas relativas ao controlo da malária e insta os Estados-Membros a utilizarem os recursos de forma eficiente, a harmonizarem as metas, políticas, directrizes, protocolos e intervenções e, a coordenarem a pesquisa operacional (PO) para o controlo efectivo da malária. Moçambique faz parte da SADC e trabalha colectivamente para reduzir o peso da malária na região.
- **Eliminação 8 (E8)** – sob a liderança da SADC, esta iniciativa consiste numa abordagem coordenada multinacional com uma forte colaboração transfronteiriça entre países em que a eliminação (Botswana, Namíbia, África do Sul e Suazilândia) depende do controlo bem-sucedido da importação transfronteiriça de casos de malária por parte dos países vizinhos (Angola, Moçambique, Zâmbia e Zimbabwe). Em Novembro de 2015, o Fundo Global atribuiu 17,8 milhões de USD à iniciativa E8, por um período de três anos (para todos os oito países).
- **MOSASWA** – uma iniciativa de colaboração transfronteiriça para o controlo da malária entre a África do Sul, a Suazilândia e Moçambique para acelerar o progresso no sentido de alcançar as metas de eliminação da malária a nível regional. O intuito é promover a harmonização política, fortalecer capacidades, partilhar conhecimentos, expandir o acesso a intervenções de eliminação, mobilizar recursos e preconizar o financiamento a longo prazo para, por fim, alcançar e sustentar a eliminação da malária na região MOSASWA. A iniciativa transfronteiriça, lançada em 2015, tem como principais fontes de financiamento até 2019, o Fundo Global e o sector privado (9,7 milhões de USD para os três países).

5 Moçambique - Perfil Nacional

5.1 Sistema Sociopolítico

5.1.1 Divisões administrativas e estruturas: influência na implementação efectiva a todos os níveis

Moçambique situa-se na costa oriental da África Austral no oceano Índico e faz fronteira com seis países (Tanzânia, Malawi, Zâmbia, Zimbabué, África do Sul e Suazilândia). Tem uma área de 799 380 km², uma faixa costeira com quase 2700 km de norte a sul e, o clima varia de tropical a subtropical.

O país está dividido em 11 províncias, incluindo a capital, cidade de Maputo. As províncias estão agrupadas em três regiões: norte (Niassa, Cabo Delgado e Nampula), centro (Zambézia, Tete, Sofala e Manica) e sul (Gaza, Inhambane, Maputo e cidade de Maputo).

Actualmente, as províncias estão divididas em 158 distritos que, por sua vez, se subdividem em 405 postos administrativos (as principais subdivisões dos distritos) e, novamente, em localidades – o nível geográfico mais reduzido da administração pública central. Existem actualmente 43 municípios classificados como cidades ou vilas, contudo as classificações estão em curso.

Cada governo provincial é liderado por um governador que é nomeado pelo Presidente da República e que responde perante o governo central. O governo provincial legisla sobre matérias específicas à província. Existem igualmente assembleias provinciais e municipais. Os postos administrativos e as localidades são representados por autoridades locais designados chefes.

Moçambique encontra-se a desenvolver uma política de descentralização, que está reflectida no segundo pilar do PESS, que procura desenvolver uma "agenda de reformas e de descentralização" para melhorar a qualidade, eficácia e eficiência da prestação de serviços de saúde, a responsabilização e transparência e, promover a equidade na saúde.

Na prática, foram seguidos dois métodos de descentralização:

1. *Desconcentração*, pela qual as autoridades governamentais centrais implementam programas em cada distrito do país, que são geridos por um administrador distrital nomeado pelo governo central.

No que diz respeito ao sector da saúde, a desconcentração implica a transferência de autoridade, de responsabilidades e de recursos do nível central para os níveis periféricos, dentro da mesma estrutura administrativa, ou seja, do MISAU central para as províncias e Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS).

2. *Devolução*, que ocorre nos municípios, em que cada um elege um presidente e uma assembleia municipal.



Figura 5-1: Mapa de Moçambique

No que diz respeito ao sector da saúde, a devolução implica a transferência de autoridade, de responsabilidades e de recursos do nível central para uma estrutura administrativa separada, dentro da administração pública, regra geral eleita, tal como autarquias locais.

Devido à descentralização, a alocação de recursos mudou do âmbito sectorial para o geográfico, sendo que o orçamento estatal é atribuído directamente às diferentes unidades de gestão (por exemplo, governo provincial, Direcção Provincial de Saúde – DPS, alguns hospitais, assembleias municipais e administração distrital). Os orçamentos das administrações distritais são decididos pelo governo provincial, que depois atribui recursos aos SDSMAS e hospitais rurais.

O distrito representa agora a autoridade administrativa e de implementação mais importante para os serviços públicos, incluindo as políticas de saúde (e, consequentemente, as do PNCM).

5.2 Dados Demográficos

Segundo as projecções do censo nacional de 2007²², a população de Moçambique estimada para 2017 é de 27 128 530, sendo que quase 68% vivem em áreas rurais. Pouco mais de metade da população é constituída por mulheres (51,69%) e as crianças menores de cinco anos representam 18%. A taxa de crescimento anual da população é de 2,7%²³.

Aproximadamente 40% da população total de Moçambique concentra-se nas províncias do centro e sul da Zambézia e Nampula. Embora a densidade média da população seja de 32 habitantes por km², esta varia em todo o país, sendo que a maioria da população vive ao longo da costa²⁴.

5.3 Ecossistema, Ambiente e Clima

A dinâmica da transmissão e a endemicidade da malária em Moçambique são altamente variáveis e fortemente influenciadas pelo clima e pela geografia.

5.3.1 As principais características geográficas do país

Os rios Zambeze e Save dividem o país em três regiões topográficas. A região a norte do rio Zambeze compreende a estreita faixa costeira entre o oceano e as montanhas de Niassa, Monte Namuli (Zambézia) e o planalto dos Macondes (Nampula). Com uma altitude de 2436 metros, o Monte Binga (Manica) é o ponto mais alto de Moçambique (na fronteira com o Zimbabué). O principal lago é o Lago Niassa.

5.3.2 Clima

As condições meteorológicas afectam o alcance e a sazonalidade da transmissão. Moçambique possui um clima tropical com duas estações: uma estação húmida de Outubro a Março e uma estação seca de Abril a Setembro, embora as condições climáticas variem consoante a região e a altitude. A região sul de Moçambique, com um clima tropical de savana, é mais propensa às secas do que a região centro, que possui sobretudo um clima tropical chuvoso e, a região norte, que tem um clima moderadamente húmido, modificado pela altitude. A região centro de Moçambique é a mais propensa a cheias, ciclones e epidemias, seguida da região sul e da região norte.

Do ponto de vista climático, Moçambique tem quatro regiões diferentes: norte, centro, sul e litoral. As principais variáveis climáticas, como a temperatura mínima durante a noite, variação da temperatura diurna e eventos de precipitação significativa (dias com, pelo menos, 50 mm de precipitação), diferem entre regiões, o que, por sua vez, influencia a endemicidade da malária. A endemicidade e a transmissão da malária são mais intensas nas regiões do norte e litoral, onde as temperaturas mínimas durante a noite e a precipitação são mais elevadas e, as variações de temperatura diurnas são mais reduzidas. Em geral, os desvios às normas climáticas resultam em alterações na dinâmica da transmissão da malária. Por exemplo, no norte, onde a precipitação é

maior, a ocorrência significativa de precipitação resulta em transmissão reduzida, provavelmente porque os criadouros são destruídos pelas águas da chuva. Em contrapartida, no sul, onde a precipitação é menos comum, a ocorrência de precipitação conduz a um aumento da malária, provavelmente porque dão origem ao aparecimento de mais criadouros.

5.4 Situação Socioeconómica: influência nos recursos disponíveis para actividades eficazes de controlo da malária e na vulnerabilidade humana

O analfabetismo em Moçambique (50% a nível nacional) é mais elevado nas mulheres (64%) do que nos homens (35%) e mais elevado em zonas rurais (66%) do que urbanas (26%). A esperança de vida à nascença, em 2015, era de pouco menos de 52 anos para os homens e 56 anos para as mulheres²⁵. A taxa de mortalidade materna, em 2011, era de 408 por 100 000 nascimentos²⁶ e, em 2015, a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos era de 79 (por 1000 nados vivos)²⁷.

Com indicadores socioeconómicos baixos, Moçambique está actualmente classificado como um país menos desenvolvido. A descoberta recente de recursos naturais ricos poderá permitir que, a médio e longo prazo, Moçambique se torne um país de rendimento médio.

Apesar da rápida expansão económica durante as últimas décadas, o impacto na redução da pobreza foi moderado. O Índice de Desenvolvimento Humano de 2015 classificou Moçambique em 180º lugar de entre 188 países e territórios – com 61% da população a viver abaixo do limiar da pobreza, ou seja, a viver com menos de 1,25 USD por dia. Os dados do Inquérito ao Orçamento Familiar de 2014/15, recentemente publicados, revelam que apesar de se ter verificado uma redução na pobreza de consumo nacionalⁱⁱ de 52% (em 2008/09) para 46%, existe uma crescente disparidade entre rural/urbano, norte/sul, riqueza/pobreza em Moçambique. Apesar de um forte progresso na redução da pobreza nacional, o número de agregados familiares que vivem numa situação de pobreza na verdade aumentou, em virtude do crescimento da população²⁸. Em 2015, o produto interno bruto (PIB) *per capita* foi de 601 USD²⁹.

A economia moçambicana é dominada pela agricultura mas também inclui a pesca, alguma indústria e exportações de electricidade, da província de Tete para países vizinhos. Moçambique é rico em recursos naturais de gás e carvão (províncias de Cabo Delgado, Tete e Inhambane) e possui depósitos minerais importantes, tais como areias pesadas, grafite e ouro (províncias de Nampula, Cabo Delgado, Niassa, Inhambane, Tete e Manica). O alumínio (província de Maputo) é, actualmente, o produto de exportação mais importante.

A taxa de crescimento de Moçambique em 2016 (3,3%) foi a mais baixa em mais de uma década – até 2014, a taxa de crescimento médio anual tinha sido acima dos 7%³⁰. A desaceleração económica do país, decorrente dos baixos preços das matérias-primas e da seca, foi agravada por uma crise financeira e pela suspensão do apoio orçamental directo (em 2010, o maior contributo para o orçamento de estado foi o apoio dos doadores, representando cerca de 50%³¹). A inflação, cuja média foi ligeiramente inferior a 20% em 2016, foi agravada pela desvalorização da moeda, com um impacto significativo nas condições de vida da população em geral.

Em 2015, a despesa total de saúde em relação ao PIB foi de quase 7%. Em 2013, a despesa da administração pública na saúde foi de 9% (abaixo da meta de Abuja de 15%) e o gasto total em saúde *per capita* foi de 40 USD (a OMS recomenda 60 USD)³².

5.4.1 Infra-estrutura: influência no acesso e na implementação

Moçambique tem uma rede de telecomunicações fixa fraca e uma rede móvel relativamente forte. Existem três operadores de comunicações móveis e a cobertura inclui todas as principais cidades e

ⁱⁱ O inquérito abrangeu aspectos relacionados com a pobreza (monetária) de consumo bem como aspectos relacionados com o bem-estar ou privação, não necessariamente capturados pelos dados de consumo.

estradas. Mais de metade da população (56%) tem telemóvel³³, sendo a posse mais elevada nas áreas urbanas (80%) do que nas áreas rurais (46%). A percentagem de utilização da Internet está entre as mais baixas na África Austral, com menos de 5% em 2012³⁴.

As cidades da Beira (província de Sofala), Maputo e Nacala (província de Nampula) têm grandes portos marítimos, e Pemba (província de Cabo Delgado) tem também um porto marítimo operacional.

Na região centro de Moçambique, a rede de infra-estruturas de transporte estende-se do porto da Beira até ao Zimbabué, Malawi e Zâmbia. A rede de transporte do Sul liga o porto de Maputo ao nordeste da África do Sul, à Suazilândia e ao Zimbabué. Estão a ser feitos alguns desenvolvimentos na infra-estrutura de transporte este-oeste, sobretudo no sistema ferroviário, para ligar investimentos nas áreas da mineração, energia e agricultura no interior de Moçambique e para ligar países vizinhos a portos e, tem existido um crescente investimento na rede rodoviária nos últimos anos. As populações que vivem ao longo destes diferentes corredores de transporte estão relativamente bem conectadas³⁵.

5.4.2 Cobertura dos meios de comunicação social: para partilha de informações, influenciando comportamentos e práticas

Para além da estação de televisão estatal (TVM), que tem cobertura nacional, existem três estações privadas nacionais (Miramar, Soico TV e TIM), que oferecem uma cobertura regional limitada. A imprensa escrita é limitada devido ao elevado nível de analfabetismo no país. Actualmente, existem cinco principais jornais em circulação (diários e semanários).

A rádio estatal Rádio Moçambique tem transmissão a nível nacional, em português e em idiomas locais. Existem também rádios privadas com cobertura mais limitada. Existem ainda mais de 90 estações de rádio comunitárias (geralmente dependentes de voluntários e de apoio externo) em cerca de 70 distritos do país, com emissões dedicadas a questões de interesse e relevância local, em idiomas locais.

Cerca de 40% dos moçambicanos possuem um aparelho de rádio – com maior percentagem nas áreas rurais (42%) do que nas urbanas (33%). Aproximadamente um quarto da população (24%) tem um televisor – com maior percentagem nas áreas urbanas (59%) do que nas rurais (9%)³⁶. Embora o acesso aos meios de comunicação social (rádio, televisão, jornais e conteúdo online) permaneça reduzido, o acesso é, em geral, considerado mais elevado do que a posse, uma vez que os aparelhos de rádio e televisores são partilhados entre a família e a comunidade. De acordo com o Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) 2011, quase metade (48%) de todas as mulheres dos 15 aos 49 anos não têm acesso a meios de comunicação social, em comparação com 26% dos homens. Existem disparidades acentuadas por área de residência, província e quintil.

5.4.3 Migração e populações móveis/nómadas em relação à transmissão local

Moçambique tem um número significativo mas desconhecido de populações móveis (comerciantes e estudantes) e migrantes (a trabalhar em minas, na indústria ou sector informal na África do Sul ou, na indústria da cana-de-açúcar na Suazilândia) que viajam frequentemente de e para os países vizinhos. Para além dos números desconhecidos de migrantes e populações móveis que entram em Moçambique para comércio através dos países vizinhos, existe uma migração interna comercial significativa, por exemplo, de Maputo para as províncias de Manica, Tete, Nampula e Cabo Delgado.

Em algumas províncias ocorrem práticas nómadas, onde as populações vivem e cultivam numa área específica durante um período de dois ou três anos, , com toda a comunidade a abandonar a área quando o solo se torna infértil. Isto afecta a prestação de serviços de saúde uma vez que estas populações também deixam de utilizar as infra-estruturas de saúde construídas para as servir.

A movimentação da população humana pode comprometer as intervenções contra a malária em áreas com níveis de transmissão reduzida e muito reduzida – o PNCM irá recolher informações sobre a situação das populações móveis como parte das iniciativas E8 e MOSASWA.

5.4.4 Práticas agrícolas e irrigação: impacto na transmissão e no comportamento de reprodução dos vectores

A agricultura, a construção e a gestão da irrigação, o uso de pesticidas e a construção de barragens podem exacerbar a transmissão da malária. Cerca de 70% da população está dependente da agricultura, tendo como sustento a agricultura de subsistência de sequeiro e a pesca. Existe um crescente sector agrícola comercial que, particularmente no sul de Moçambique, tem acesso a irrigação e, é do conhecimento geral que o uso de insecticidas na agricultura contribui para a selecção de mosquitos resistentes.

É necessária uma coordenação melhorada entre sectores, pelo que seria importante revitalizar o trabalho do comité multisectorial, bem como rever a participação para que, por exemplo, os municípios (responsáveis pelo saneamento) sejam incluídos.

5.4.5 Condições de habitação: impacto na exposição a mosquitos, incidência e risco

Segundo o Inquérito ao Orçamento Familiar de 2014/15³⁷, o agregado familiar médio em Moçambique é composto por cinco pessoas. A maioria das habitações são tradicionais, com paredes de adobe (40%), blocos (26%), paus maticados (23%) e caniço (10%). Nas áreas urbanas quase 52% das casas foram construídas com blocos, ao passo que as casas de adobe são mais comuns nas áreas rurais (45%). A tendência geral é de aumento das habitações construídas com blocos. Os telhados são predominantemente de capim (60%, sobretudo nas regiões do norte e centro) e de chapas de zinco (35%). A tendência geral é de redução dos telhados de capim.

5.4.6 Aspectos sociais e culturais: influência na aceitabilidade, nos comportamentos de procura de tratamento e na utilização de serviços preventivos e curativos para a malária

A aceitação e adesão aos serviços públicos de saúde e aos serviços baseados na comunidade são afectadas pelos sistemas de crenças e pelo modo como as pessoas interagem, identificam necessidades e tomam decisões. O papel das mulheres na determinação das práticas do agregado familiar, relacionadas com a saúde, é crucial para as intervenções como a distribuição de REMILD e o TIP, que dependem da participação feminina. Para além de serem, frequentemente, responsáveis pelo ambiente doméstico onde os vectores da malária se podem desenvolver, as mulheres também cuidam dos familiares doentes- ea sua própria vulnerabilidade face à malária aumenta, quando estão grávidas ou desnutridas.

Moçambique possui uma grande diversidade cultural, com diferentes crenças e tabus por todo o país, o que significa que é necessário ultrapassar uma variedade de barreiras culturais para que haja uma integração bem-sucedida de novas práticas. Cerca de um terço da população moçambicana é cristã (sobretudo católica romana), um quarto é muçulmana (sobretudo no norte) e cerca de metade pratica animismo (frequentemente, associado ao cristianismo). Um pouco mais de 5% da população consulta um praticante de medicina tradicional (PMT) em caso de doença, em vez de procurar um centro de saúde (68%) ou um hospital (22%), sendo reduzida a diferença entre as áreas urbanas ou rurais, ou quinal de riqueza. Contudo, na Zambézia, Nampula e Niassa, aproximadamente 10% da população recorre a um PMT³⁸.

5.4.7 Determinantes e factores de risco da malária

Toda a população de Moçambique é considerada como estando em risco de contrair malária e, a maioria dos moçambicanos é vulnerável à malária devido à pobreza e à insuficiência e inadequação

das infra-estruturas de cuidados de saúde. Outros grupos de risco específicos incluem as mulheres grávidas e as crianças menores de cinco anos, bem como as populações móveis e migrantes.

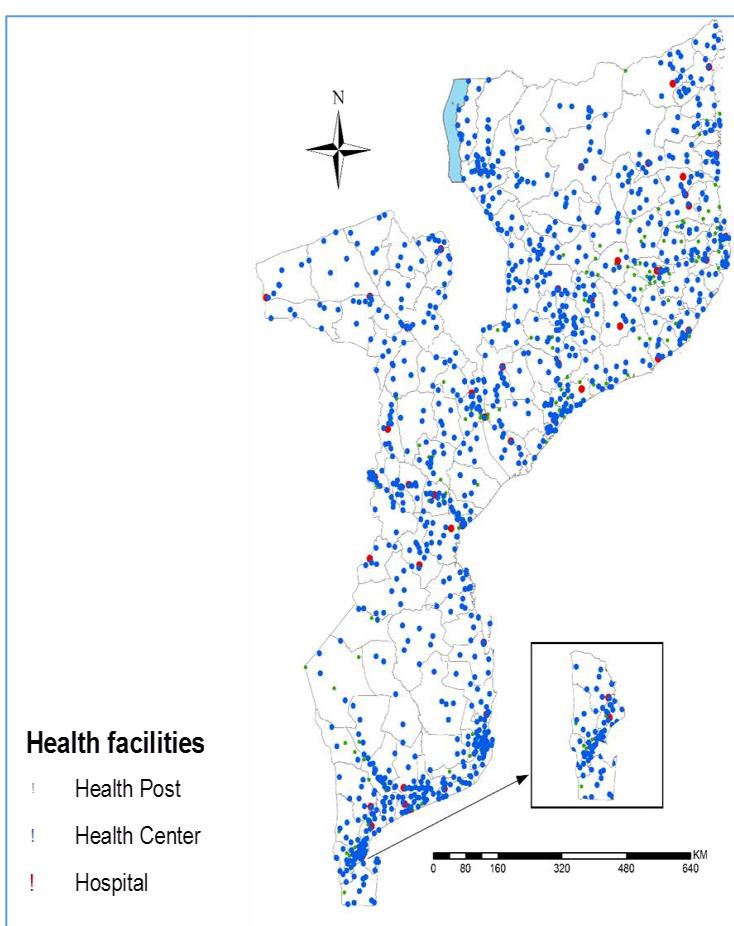
Os principais factores e determinantes de risco estão relacionados com questões ecológicas, tais como a altitude, humidade e temperatura (sobretudo ao longo da costa marítima), condições meteorológicas extremas, o nível de acesso a serviços de cuidados de saúde primários e a serviços de controlo da malária, ao nível dos agregados familiares e das unidades sanitárias, bem como o acesso a intervenções de controlo vectorial em geral. Além disso, o risco de malária é mais elevado nas regiões do centro e norte, onde esta é mais endémica.

5.5 Análise do Sistema de Saúde

A Política Nacional de Saúde tem por base os princípios de CSP, equidade e melhor qualidade dos serviços. O sistema de saúde inclui prestadores públicos e privados, com e sem fins lucrativos. O sector público, que opera dentro de um sistema de governação descentralizado, é o maior fornecedor de serviços de saúde. O Serviço Nacional de Saúde presta quatro níveis de cuidados de saúde:

- **Primários:** consistem em centros e postos de saúde, urbanos e rurais que oferecem CSP, incluindo serviços ambulatórios e de saúde materna e infantil. Representam mais de 96% do total de unidades sanitárias no país (1441, em 2014).
- **Secundários:** o primeiro nível de referência, que abrange hospitais rurais, gerais e distritais. Actualmente, existem 66 unidades de saúde deste tipo em todos os 156 distritos, representando 3% do total de unidades sanitárias.
- **Terciários:** dez hospitais provinciais, representando 63% do total de hospitais e 0.7% do total de unidades sanitárias.
- **Quaternários:** inclui dois hospitais especializados e quatro hospitais centrais (Hospital Central de Maputo, para a região sul, Hospital Central da Beira e Hospital Central de Quelimane, para a região centro, e Hospital Central de Nampula, para a região norte). Hospitais deste nível representam 37% do total dos hospitais e 0.4% do total de unidades sanitárias.

Moçambique tem pouco menos de 49 000 profissionais da saúde, dos quais apenas 4,3% são médicos³⁹.



pelo país em 2014.

Figura 5-2: Distribuição das unidades sanitárias públicas: hospitais (vermelho), centros de saúde (azul) e postos de saúde (verde) em 2014

Fonte: LINK project

Um inquérito de indicadores de prestação de serviços de 2014⁴¹ constatou que, apesar de quase 80% das unidades cumprirem os requisitos mínimos de equipamentos médicos, apenas 43% tinham medicamentos essenciais não expirados em stock e, apenas 34% das unidades cumpriam os requisitos mínimos de infra-estrutura (incluindo água potável disponível, saneamento melhorado e electricidade).

O volume de casos, semelhante entre as áreas rurais e urbanas e entre os níveis de unidade, foi, em média, de mais de 17 doentes por profissional de saúde por dia. As unidades sanitárias na região centro e os hospitais na região norte apresentaram o maior volume de número de casos. As taxas de absentismo dos profissionais de saúde são elevadas (quase 24%) e o nível de competências dos mesmos é fraco – pouco mais de 58% de cinco casos de referênciaⁱⁱⁱ usados no inquérito foram correctamente diagnosticados e apenas em 37% das orientações clínicas foram cumpridas.

O inquérito identificou os seguintes constrangimentos à prestação de serviços de qualidade (descrita como um prestador competente de serviços de saúde que está presente e tem as ferramentas necessárias para trabalhar):

- Gestão inadequada de RH, com influência na produtividade, empenho e responsabilização do pessoal;

O acesso aos serviços de saúde é limitado (68%⁴⁰) e o sector privado (hospitais, clínicas e o sector de saúde privado informal) é utilizado por cerca de 10% da população. Os PMT e APEs desempenham uma função primária nas áreas rurais, onde o acesso a unidades sanitárias é limitado e nas quais a maioria da população vive. Através do programa de APE, o MISAU pretende alargar o respectivo alcance a mais populações rurais. Em 2016, 3383 APEs estavam a trabalhar por todo o país (a meta do programa de APE é ter 7000 até 2019) e as suas funções dividem-se entre a prestação de cuidados preventivos (80%) e curativos (20%). Os APEs podem ser a primeira e, frequentemente, a única opção para o diagnóstico e tratamento da malária, para pessoas que vivem em áreas rurais, onde o acesso a unidades sanitárias é difícil ou até inexistente. A Figura 5-2 mostra a distribuição das unidades sanitárias

ⁱⁱⁱ Três problemas de saúde infantil (malária com anemia, diarreia com desidratação grave e pneumonia) e dois problemas de saúde da idade adulta (tuberculose pulmonar e diabetes).

- a precisão do diagnóstico e a adesão às orientações clínicas eram menores entre trabalhadores de saúde de escalão inferior;
- lacunas nas entradas, por exemplo, disponibilidade de medicamentos e infra-estrutura básica.

Contudo, os investimentos nos cuidados de saúde começaram a mostrar um impacto positivo na saúde materna e infantil em Moçambique, com uma redução na mortalidade infantil de 178 mortes por 1000 nados vivos em 2003 para 97 em 2011⁴².

6 Análise da Situação da Malária

6.1 Epidemiologia

6.1.1 Parasitas da malária

O Inquérito dos Indicadores da Malária (IIM) de 2007 revelou que as infecções por *P. falciparum* representam mais de 90% de todos os casos de malária notificados e, as infecções por *P. malariae* e *P. ovale* representam 9% e 1%, respectivamente⁴³.

O IMASIDA 2015 detectou uma prevalência por *P. vivax* de 0,2%, em crianças dos 6 aos 59 meses.

6.1.2 Vectores da malária

Os principais vectores da malária no país (Figura 6-1) são o *An. gambiae* s.s. (mais prevalente no centro e norte), o *An. Arabiensis* (mais prevalente nas zonas do sul e do centro) e o *An. funestus* s.s. (com uma ampla distribuição ao longo do litoral; é o membro do grupo *funestus* encontrado quase exclusivamente no interior de habitações humanas⁴⁴). O *An. Merus*, apesar de raro, pode ter um papel significativo na transmissão da malária em algumas localidades de Moçambique⁴⁵.

6.1.3 Comportamento dos vectores

Os dados disponíveis sobre o comportamento dos vectores indicam que o *An. gambiae* s.s. e o *An. funestus* preferem repousar em espaços interiores na província e cidade de Maputo, enquanto que as preferências dos vectores na Zambézia variam. O *An. funestus* demonstra um comportamento misto de repouso na província da Zambézia (espaços interiores nos distritos de Milange e Maganja da Costa e ao ar livre nos distritos de Mocuba e Morrumbala)⁴⁶.

Em Inharrime (Inhambane), o *An. funestus* é mais endofágico e o *An. arabiensis* mais exofágico, ao passo que o *An. gambiae* (conhecido como endofágico) alimenta-se tanto no interior como no exterior. Embora os resultados apontem para um risco significativo de contrair malária tanto no interior como no exterior, a maioria das picadas infectantes ocorreram depois das nove da noite⁴⁷.

À exceção do *An. funestus*, que se desenvolve em grandes colecções de massas de água com alguma vegetação (pântanos, canais de irrigação, etc.), os outros vectores preferem massas de água mais pequenas e temporárias, expostas à luz solar.

6.1.4 Situação da resistência aos insecticidas

Em 2016, o PNCM efectuou a monitoria da resistência aos insecticidas em 29 postos sentinelas, e da densidade de vectores em 26 postos e realizou bioensaios OMS para eficácia residual em seis postos

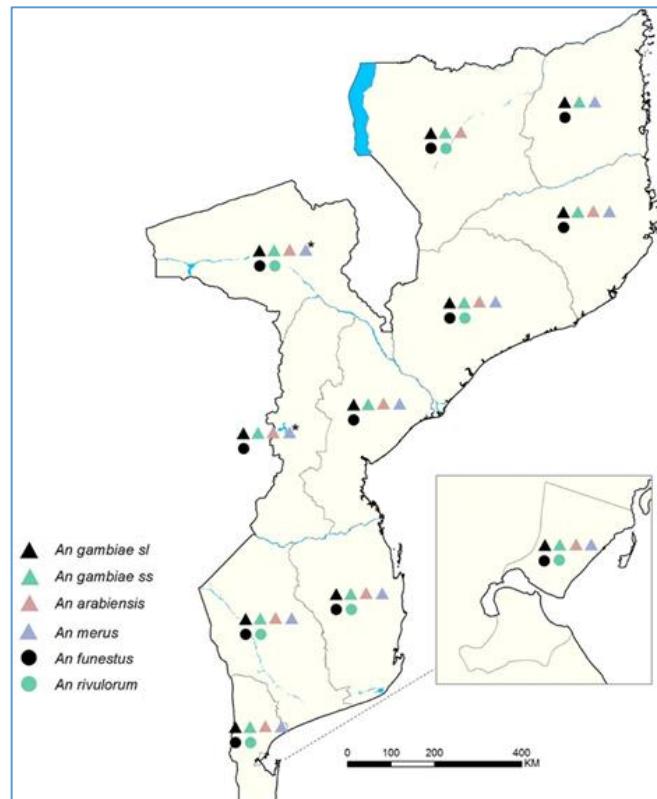


Figura 6-1: Espécies de vectores notificadas por província

sentinela. Os insecticidas testados foram: diclorodifeniltricloroetano (DDT – 4%), bendiocarb (0,1%), lambdacialotrina (0,05%), deltametrina (0,05%), fenitrotião (1%) e pirimifos-metilo (0,25%).

De modo geral, o país tem registado resistência a piretróides (deltametrina e lambdacialotrina), carbamatos (bendiocarb) e a organoclorados (DDT). Todos os vectores continuam susceptíveis a organofosfatos (pirimifos-metilo e fenitrotião). Os postos sentinela em Manica, Sofala, Gaza, Montepuez, Moamba e Matutuine demonstraram susceptibilidade a todos os insecticidas testados, independentemente da espécie.

Os dados de 2016 indicam um aumento na distribuição geográfica da resistência a piretróides (tanto lambdacialotrina como deltametrina), em comparação com outras classes (carbamatos, organoclorados e organofosfatos). Os *An. gambiae s.l.* também mostraram resistência a DDT, nas cidades de Nampula e Tete.

Os mapas abaixo mostram a susceptibilidade do *An. gambiae s.l.* (Figura 6-2) e do *An. funestus s.l.* (Figura 6-3) aos insecticidas usados em Moçambique para PIDOM e nas REMILD, em 2016⁴⁸.

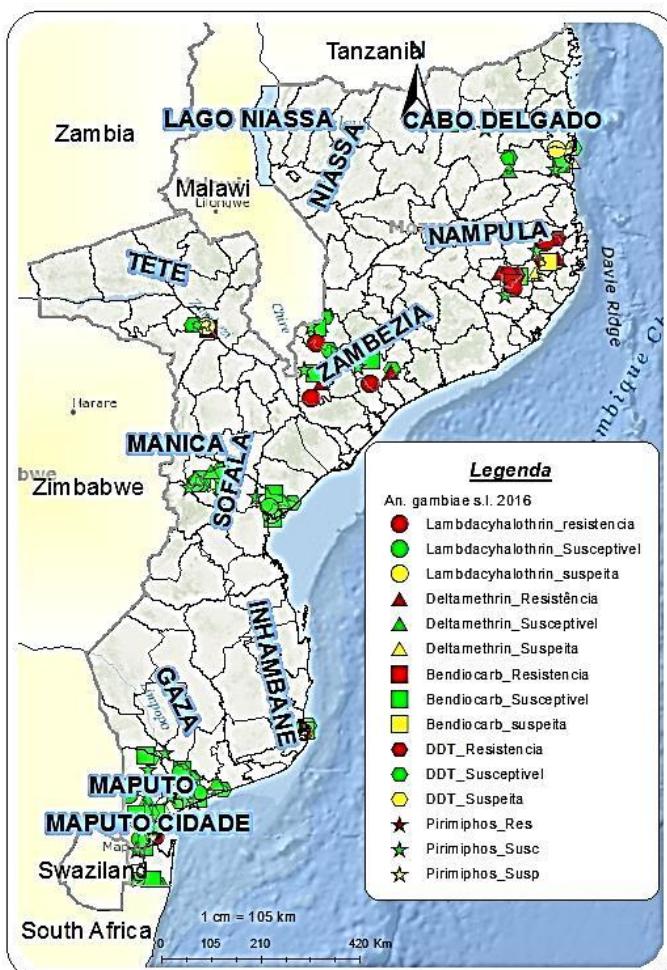


Figura 6-3: Resistência do *An. gambiae* aos inseticidas: 2016

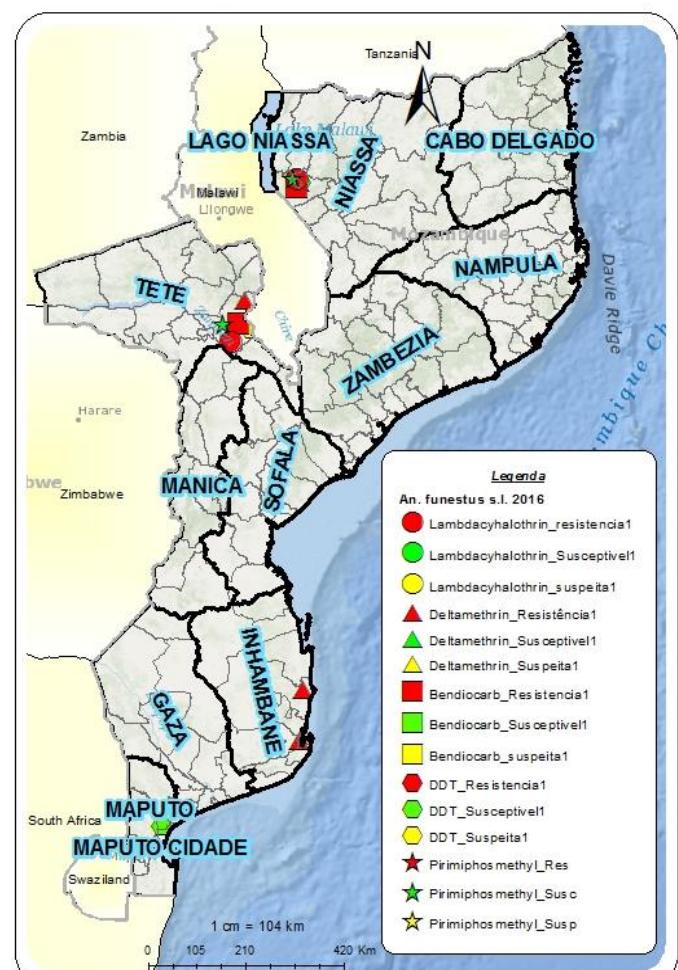


Figura 6-3 Resistência do *An. funestus* aos inseticidas: 2016

6.2 Morbilidade e Mortalidade

6.2.1 Prevalência e peso da malária

A malária continua a ser o principal problema de saúde pública em Moçambique. Dados recentes do IMASIDA 2015 apontam para uma média nacional de 40% de prevalência de parasitemia da malária, em crianças menores de cinco anos⁴⁹. Tal indica uma redução, em comparação com o IIM 2007 (52%), mas é ligeiramente mais elevada do que no IDS 2011, de 38%^{iv} (Figura 6-4).

Todavia, a prevalência da malária varia por todo o país e é mais elevada nas regiões do Norte (desde 29% em Cabo Delgado a 66% em Nampula). Na região Centro, a prevalência varia de 26% em Manica a 68% na Zambézia, ao passo que na região Sul, a prevalência varia de 2% na cidade de Maputo a 23% em Inhambane.

As desigualdades na parasitemia da malária são evidentes, de acordo com o local de residência, o quintil de riqueza e o nível de escolaridade das mães, sendo que o peso é muito mais elevado nas crianças de áreas rurais, agregados familiares mais pobres e cujas mães não tiveram qualquer instrução. Além disso, as maiores reduções na parasitemia da malária de 2007 a 2015 foram observadas relativamente a crianças de áreas urbanas, agregados familiares menos pobres e cujas mães tinham um nível de escolaridade mais elevado.

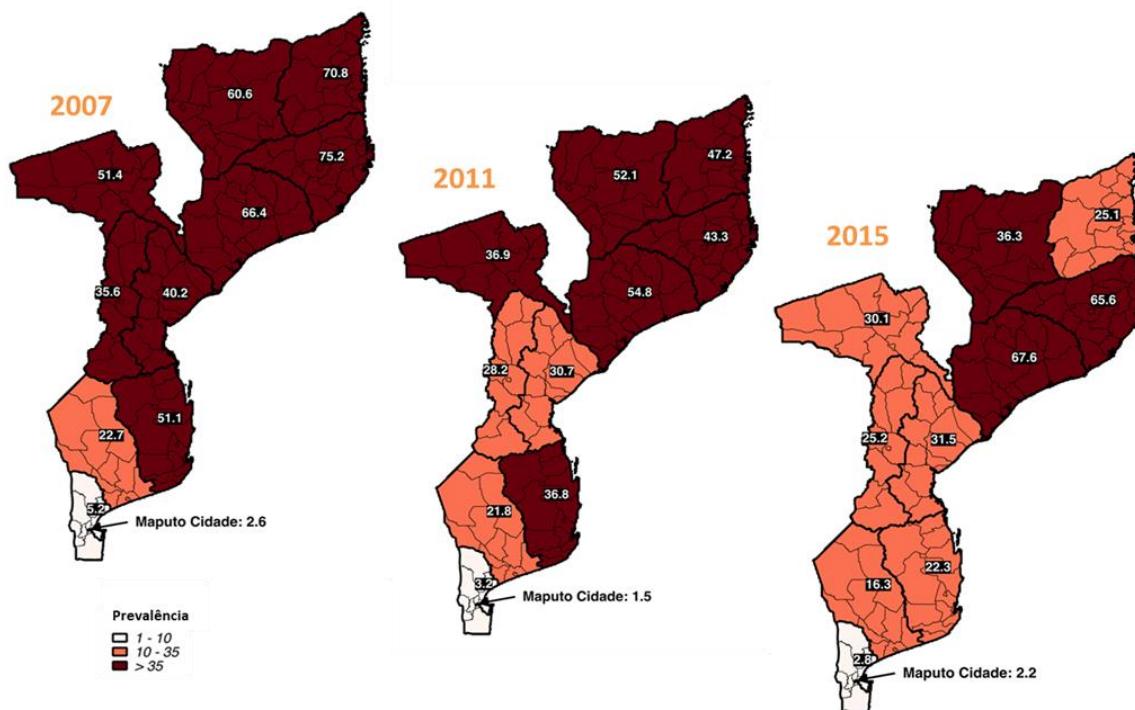


Figura 6-4: Tendências na prevalência da malária (TDR) em crianças menores de cinco anos em 2007, 2011 e 2015

Fonte: Inquéritos baseados na população: IIM 2007, IDS 2011, IMASIDA 2015

A incidência da malária em Moçambique é também heterogénea entre as províncias e os respectivos distritos. Em geral, o peso da malária nos distritos apresentou uma tendência crescente nos últimos três anos (Figura 6-5). Entre outros factores, o aumento registado no número de casos de malária pode dever-se a melhorias no registo e notificação de dados durante os últimos três anos, à expansão do diagnóstico e tratamento, a nível da comunidade (programa de APE) e, o facto de as intervenções de controlo vectorial integrado ainda terem que ser implementadas de forma mais ampla em cada província, de modo a fornecerem resultados com um impacto mensurável.

^{iv} Nota: o IIM 2007, IDS 2011 e o IMASIDA 2015 foram todos realizados durante o período de Setembro a Outubro.

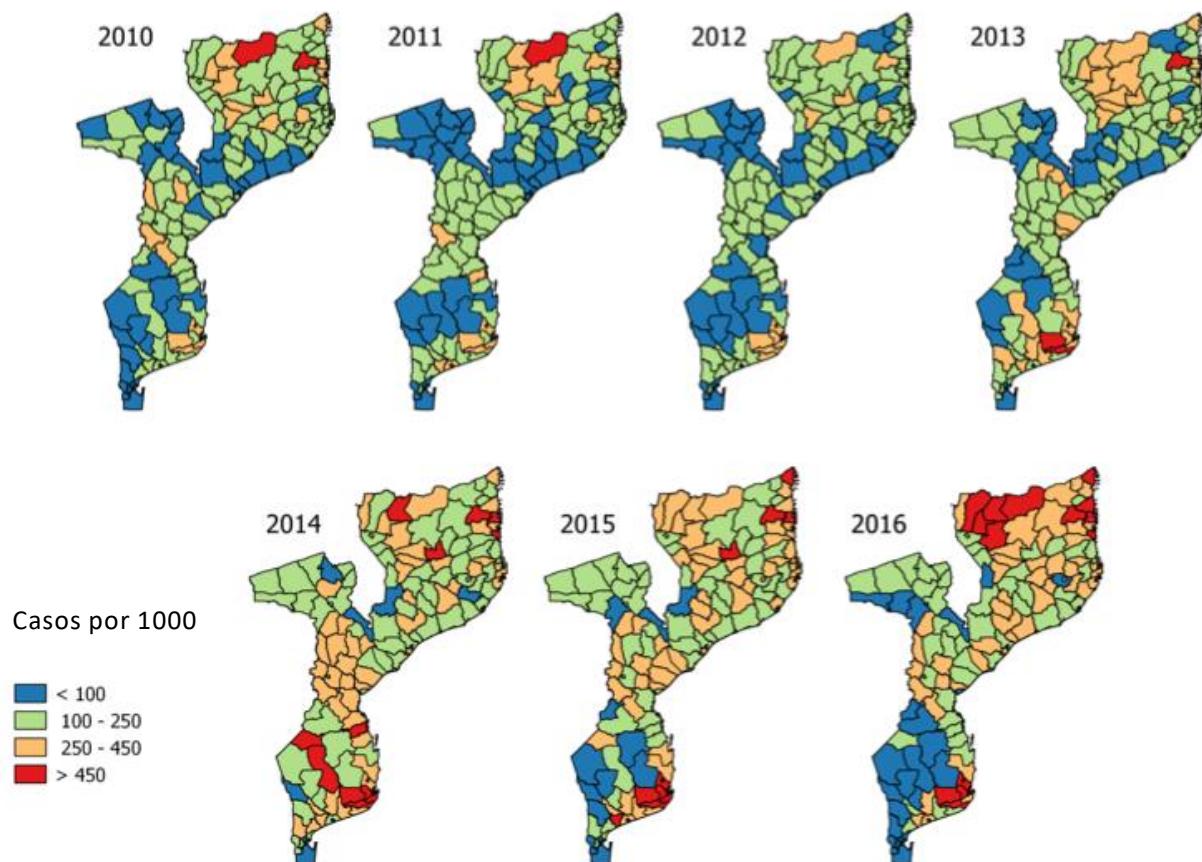


Figure 6-5: Incidência da malária por 1000 habitantes, 2010-2016

Fonte: BES, MISAU

O peso da malária em Moçambique (a partir dos dados de referência de 2015) é substancial, representando quase 45% das consultas externas, aproximadamente 56% dos internamentos hospitalares pediátricos e quase 29% das mortes hospitalares⁵⁰.

A Figura 6-6 abaixo compara a proporção de casos de malária em crianças menores de cinco anos do total de casos de malária no país, em 2015 e 2016. Nas províncias do Sul, à excepção de Inhambane, o peso da malária é mais elevado nos adultos. Em Inhambane, o peso da malária em crianças menores de cinco anos representa uma média de 30% em comparação com a média de 51% nas províncias do Norte e do Sul, incluindo Inhambane.

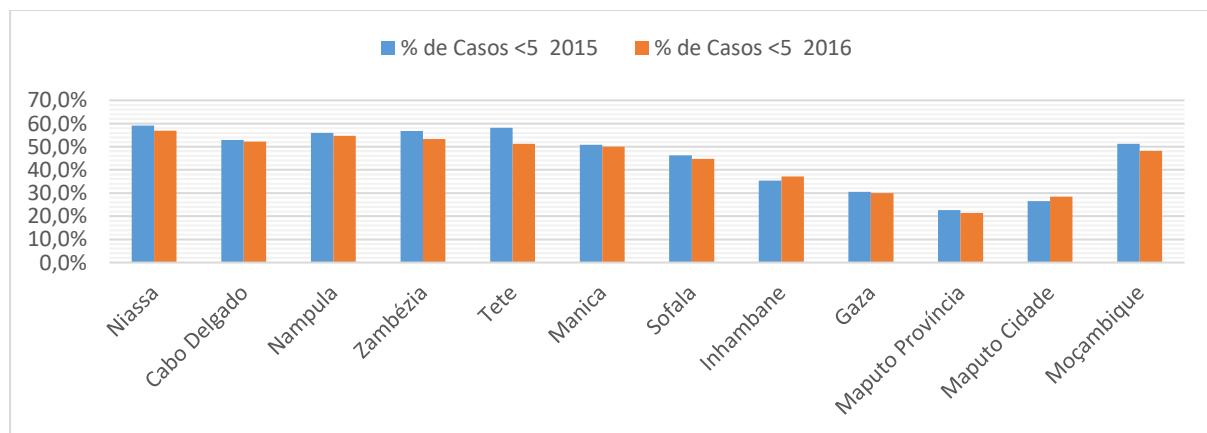


Figura 6-5: Proporção de casos de malária em crianças menores de cinco anos, por província, em 2015 e 2016

Fonte: BES 2015 e 2016

No que diz respeito à anemia grave, entre 2011 e 2015, verificou-se uma redução entre as crianças dos 6 aos 59 meses de idade. Em 2011, 69% das crianças apresentaram anemia e 4% anemia grave, enquanto que em 2015, 27% das crianças apresentaram anemia e 3% anemia grave.

Existem desigualdades evidentes na prevalência de anemia grave nas crianças dos 6 aos 59 meses, conforme o local de residência, quintil de riqueza e nível de escolaridade das mães. Em 2015, 74% das crianças cujas mães pertenciam a agregados familiares mais pobres tinham anemia, em comparação com 50% dos agregados mais ricos. As crianças de áreas rurais, de agregados familiares mais pobres e cujas mães não tinham qualquer instrução, ou apenas o nível de escolaridade primário, apresentaram uma prevalência de anemia muito mais elevada do que as crianças de áreas urbanas, agregados familiares mais ricos e cujas mães tinham um nível de escolaridade secundário ou superior⁵¹. Em 2015, Zambézia (77%) e Cabo Delgado (73%) apresentaram os níveis mais elevados de anemia, em comparação com a cidade de Maputo (50%) e província de Maputo (45%).

Em geral, a parasitemia da malária diminuiu significativamente de 58% em 2007 para 38% em 2011, tendo, no entanto, aumentado novamente para 40% em 2015 nas zonas com risco elevado de malária. Os aumentos foram significativos em Nampula (52%), cidade de Maputo (47%), Zambézia (24%) e Sofala (3%), bem como as reduções em Inhambane e Cabo Delgado (38% ambas), Niassa (30%), Gaza (25%), Tete (18%), província de Maputo (15%) e Manica (11%). De modo geral, a parasitemia aumentou 5%, devido aos aumentos na Zambézia e Nampula; de facto, a prevalência diminuiu em sete províncias do país.

Não é esperado que o progresso na redução do peso da malária seja homogéneo e será cada vez mais importante compreender o risco de malária com uma maior resolução espacial. O PNCM e parceiros estão, por conseguinte, a trabalhar no sentido de desenvolver mapas de risco^v que forneçam evidências para uma planificação operacional, que oriente os recursos mais estrategicamente.

6.2.2 Taxa de incidência

Em 2015, a incidência foi de 249 casos por 1000 habitantes, no entanto, as taxas de incidência variaram entre 0,01 e 500 a nível subdistrital, com uma concentração de taxas mais altas nas províncias do norte e taxas significativamente mais baixas observadas no sul. A incidência em 2016 foi de 286 casos por 1000 habitantes, correspondendo a um aumento de 15%. A Figura 6-7 abaixo mostra a incidência de 2010 a 2016, com tendências estatisticamente significativas.

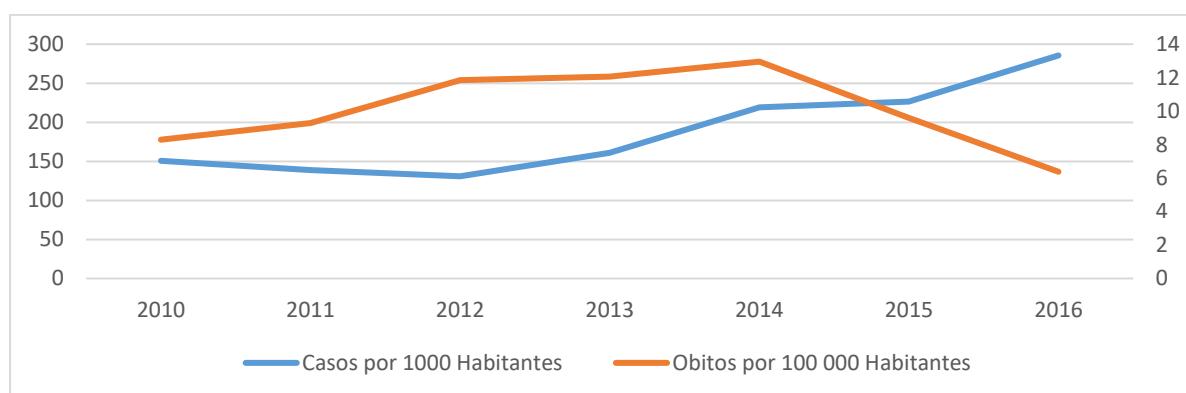


Figura 6-6: Tendências na incidência da malária em 1000 habitantes e óbitos por malária em 100 000 habitantes, de 2010 a 2016

Fonte: Relatório Anual do PNCM de 2016

^v Os mapas de risco de malária baseiam-se nas relações entre os dados epidemiológicos recolhidos por um sistema de vigilância e os factores de risco associados à malária (por exemplo, medidas de controlo de vectores e factores demográficos, sociais e ecológicos) a partir de diversas fontes de dados.

Nos últimos três anos, 20 distritos registaram uma incidência de mais de 391 casos por 1000 habitantes: Niassa (três distritos), Cabo Delgado (quatro distritos), Nampula (dois distritos), Sofala (um distrito), Inhambane (sete distritos) e Gaza (três distritos). A maioria dos distritos nas províncias de Niassa, Cabo Delgado, Nampula, Zambézia, Sofala e Manica apresentaram uma incidência entre 186 e 390 casos por 1000 habitantes.

Em 2015, o número de APEs aumentou de 2747 (2014) para 3109, melhorando assim o acesso a diagnósticos e tratamentos a nível da comunidade- o que pode ter contribuído para a subida de 76% no número de casos notificados nas comunidades durante o ano, bem como, possivelmente, contribuído para o aumento de 10% no total de casos notificados.

De 2005 a 2012 registou-se uma tendência decrescente no número de casos de malária. Esta tendência pode ser atribuída à introdução dos TDR em 2005, que conduziu a uma alteração na definição de caso de malária, de clínico para confirmado em 2009, bem como à expansão dos métodos de prevenção da malária. Em 2012, foram notificados cerca de 12 700 de casos de malária por 100 000 habitantes; o número mais reduzido desde 2000. Contudo, desde 2012, a incidência anual tem vindo a aumentar novamente (Figura 6-7).

Entre 2014 e 2015 registou-se um aumento de 6% no número de casos, no entanto o número de mortes diminuiu em 24%, invertendo a tendência de aumento da mortalidade observada desde 2010. Durante o mesmo período, verificou-se uma redução nos números de casos em Manica, Sofala, Inhambane, Gaza, cidade de Maputo e província de Maputo, tendo esta última registada uma redução de 10%. Contudo, houve um aumento de casos em Nampula, Zambézia, Tete, Cabo Delgado e Niassa; tendo este aumento sido mais significativo em Nampula (23%) e Zambézia (17%).

A proporção de mortes confirmadas devido à malária, de entre todas as mortes em hospitais, centros e postos de saúde, diminuiu entre 2003 e 2016, em Moçambique (Figura 6-8). Em 2012, 8,8% de todas as mortes foram confirmadas como devidas à malária, com uma redução para 3,8% em 2016.

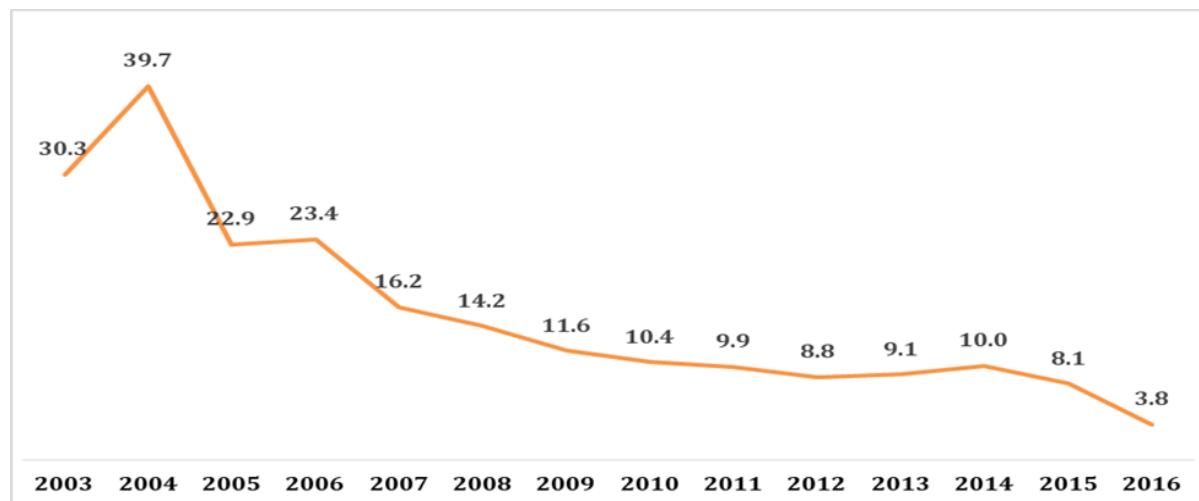


Figura 6-7: Proporção de mortes confirmadas devido à malária (todas as idades) do total de mortes hospitalares, em centros de saúde e em postos de saúde, 2003 a 2016

Fonte: Mortes confirmadas devido à malária com base nos dados de rotina de admissão D03 (em centros e postos de saúde) e D04 (em hospitais) do PNCM

6.2.3 Malária como proporção de todos os casos ambulatórios e hospitalares

A Figura 6-9 mostra que, entre 2003 e 2006, a percentagem de altas confirmadas relacionadas com a malária em hospitais, centros e postos de saúde oscilou em torno dos 38%. Em 2013, a percentagem de altas confirmadas relacionadas com a malária atingiu o valor mais baixo registado, de 13%; em 2016, esse valor aumentou para 20%.

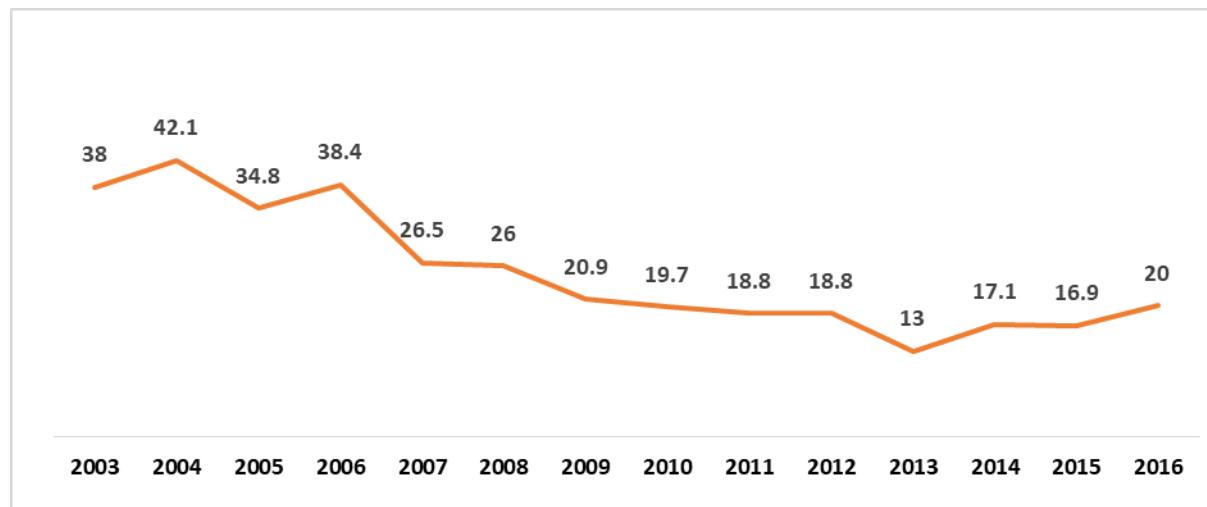


Figura 6-8: Proporção de altas confirmadas devido à malária (todas as idades) do total de altas hospitalares, em centros de saúde e em postos de saúde, 2003 a 2016

Fonte: Relatório Anual do PNCM de 2016

6.2.4 Surtos/epidemias de malária

Moçambique é propenso a cheias e ciclones, que frequentemente conduziram a situações de emergência de malária e crises humanitárias, com acesso limitado a serviços da malária e alguns surtos graves da doença. O PNCM pretende tirar partido de um acordo em vigor entre o MISAU e o Instituto Nacional de Meteorologia para ter acesso a informações meteorológicas, com vista a uma melhor previsão e planificação para situações de surtos de malária, bem como para estimar o número de casos esperados.

A Figura 6-10 apresenta os distritos identificados como propensos a epidemias, que se definem aqui como distritos com maior probabilidade de terem totais de casos semanais que ultrapassam a média mais duas vezes o desvio-padrão de casos semanais de 2012 até 2016. Esta definição foi escolhida, de entre outras utilizadas pela OMS, devido ao aumento geral de casos a nível nacional durante os últimos anos.

Considerou-se que os distritos ultrapassaram este limite se qualquer contagem de casos semanais de 2012 até Março de 2017 tiver excedido o limiar. O número de semanas que cada distrito excedeu o respectivo limite epidémico foi somado e, os distritos com o número mais elevado de semanas a ultrapassarem o respectivo limite epidémico foram considerados como propensos a epidemias.

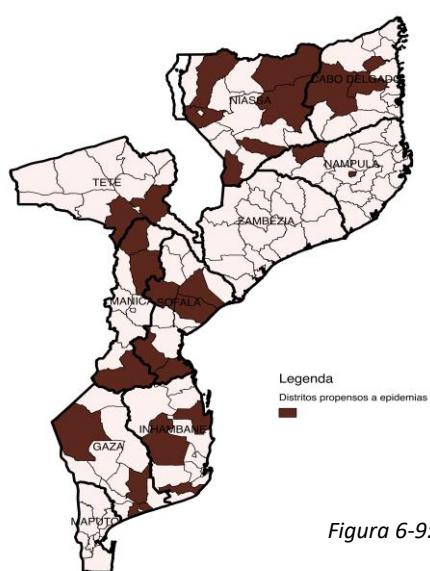


Figura 6-9: Distritos propensos a epidemias

Fonte: CHAI

6.3 Estratificação da Transmissão da Malária

A situação da malária em Moçambique é heterogénea, pelo que uma estratificação exacta da malária é essencial para determinar as estratégias, abordagens e intervenções mais exequíveis, impactantes e economicamente viáveis. Não só é crucial escolher que pacotes de intervenção devem ser utilizados em cada estrato, mas também quando realizar essas actividades. O faseamento da eliminação da malária será baseado na estratificação e a capacidade operacional do Programa em fazer a transição para a eliminação.

Actualmente, os estratos foram identificados através da utilização de características quantitativas da transmissão da malária. As variáveis utilizadas para categorizar os estratos são a **prevalência de malária** e a **incidência** de casos de malária notificados, por 1000 habitantes. Ao combinar as características definidas acima e, tendo em conta a viabilidade operacional^{vi} de expandir intervenções direcionadas, distritos específicos foram inseridos em quatro estratos (Tabela 6-1):

Tabela 6-1: Critérios epidemiológicos utilizados na definição de estratos operacionais

Estratos	Critérios
Muito Transmissão Baixa	<ul style="list-style-type: none"> ○ Província: Taxa de prevalência de <i>P. falciparum</i> ou <i>P. vivax</i> (<i>Pf/v PR</i>) superior a 0 mas inferior a 1% ○ Distrito: IPA < 100 casos por 1000 habitantes ○ Distritos escolhidos com base na viabilidade operacional porque faz parte da mesma província/distritos limítrofes com estratos semelhantes
Baixa Transmissão	<ul style="list-style-type: none"> ○ Província: <i>Pf/v PR</i> de cerca de 1%-10% ○ Distrito: IPA 100-250 casos por 1000 habitantes ○ Escolhido com base na viabilidade operacional porque faz parte da mesma província/distritos limítrofes com estratos semelhantes
Moderada Transmissão	<ul style="list-style-type: none"> ○ Província: <i>Pf/v PR</i> de cerca de 10%-35% ○ Distrito: IPA 250-450 casos por 1000 habitantes ○ Escolhido com base na viabilidade operacional porque faz parte da mesma província/distritos limítrofes com estratos semelhantes
Alta Transmissão	<ul style="list-style-type: none"> ○ Província: <i>Pf/v PR</i> de cerca de 35% ou superior ○ Distrito: IPA > 450 casos por 1000 habitantes ○ Escolhido com base na viabilidade operacional porque faz parte da mesma província/distritos limítrofes com estratos semelhantes

IPA- Incidência Parasitária Anual

^{vi} Viabilidade operacional:

- Fazer parte da mesma província / distritos limítrofes com estratos semelhantes
- Não ter mais de dois estratos por província, sempre escolhendo o mais elevado destes dois

A Figura 6-11 abaixo apresenta a actual estratificação de distritos em Moçambique (2017)

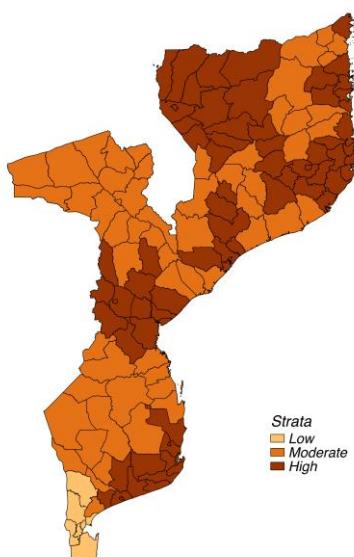


Figura 6-10: Estratificação dos distritos de Moçambique, 2017

Fonte: CHAI

6.4 Faseamento da Implementação da Estratégia da Eliminação

Com base nos resultados da estratificação da malária, o PNCM irá determinar o pacote de intervenções adequado a aplicar em diferentes zonas do país. Estas escolhas baseiam-se nas características epidemiológicas, ecológicas e sociais de cada área e, serão reavaliadas a cada dois a três anos.

O presente PEM adoptou uma abordagem faseada contínua. Para atingir as metas audaciosas de eliminar a malária na província de Maputo, até 2020 e, reduzir em 40% a morbilidade em todo o país, até 2022, o faseamento apresentado neste PEM é ambicioso. As actividades para acelerar os esforços para a eliminação da malária serão levadas a áreas adicionais à medida que as áreas de transmissão moderada e elevada reduzam o respectivo peso, de modo a tornarem-se viáveis em termos operacionais.

Tabela 6-2: Número de distritos por estratos, para o período do PEM

Estratos	N.º de distritos-alvo					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Muito Baixa Transmissão	0	0	5	8	8	8
Baixa Transmissão	7	7	18	24	31	35
Transmissão Moderada	59	76	91	88	88	87
Alta Transmissão	75	58	27	21	14	11

Tabela 6-3: Estratégias de intervenção por estratos

Estratos	Objectivo 2 - Prevenção	Objectivo 3 – Manejo de casos	Objectivo 4 – CMSC	Objectivo 6 – Vigilância
Todos os estratos de transmissão	<ul style="list-style-type: none"> Distribuições em massa e contínuas de REMILD Gestão ambiental de criadouros de vectores/aplicação de larvicidas quando apropriado PIDOM em áreas específicas, conforme definido pela estratégia de gestão vectorial integrada (GVI) IPT para mulheres grávidas Gestão de resíduos Vigilância entomológica 	<ul style="list-style-type: none"> Prestação de serviços de qualidade nas unidades sanitárias públicas e privadas e APEs em colaboração com PMT Controlo de qualidade (CQ) do diagnóstico com TDR e microscopia, em todos os casos suspeitos Monitoria da resistência e dos produtos para o manejo de casos Farmacovigilância Tratamento com TCA eficaz e, artesunato nos casos graves Formação e supervisão do pessoal de saúde Auditorias periódicas relativas ao tratamento e à mortalidade 	<ul style="list-style-type: none"> Criação de demanda para procura de serviços nas comunidades e US, através dos líderes comunitários/religiosos, voluntários, APEs e PMT Implementação de estratégias de CMSC que promovam normas e comportamentos de prevenção da malária (por exemplo, famílias modelo e diálogos comunitários) Celebração de eventos comemorativos da malária Implementação de estratégias de acordo com os hábitos e estilo de vida da população em cada região Maior divulgação das actividades e dos sucessos 	<ul style="list-style-type: none"> Introdução e gestão de todos os dados no sistema integrado de armazenamento de informações sobre a malária (IMISS) Recolha rotineira e notificação atempada, completa e de qualidade, através do DHIS2 Auditórias da qualidade dos dados, a todos os níveis Prevenção e resposta a surtos Formação e supervisão do pessoal a todos os níveis, em SM&A, IMISS e DHIS2 PO para apoio às tomadas de decisão
Estratos	Transmissão Moderada	Baixa Transmissão	Muito Baixa Transmissão	
Objectivos	Objectivo 6 – Vigilância <ul style="list-style-type: none"> Fortalecimento do sistema de vigilância da malária Estratificação da malária 	Objectivo 5 – Eliminação <ul style="list-style-type: none"> Notificação individual de casos, nas unidades sanitárias públicas Fortalecimento da vigilância entomológica Análise contínua para identificar e mitigar os focos de transmissão e apoiar respostas baseadas em evidência 	Objectivo 2 – Prevenção <ul style="list-style-type: none"> PIDOM em áreas localizadas Distribuição de REMILD em áreas localizadas Mapeamento dos criadouros Objectivo 5 – Eliminação <ul style="list-style-type: none"> Notificação individual de casos, nas unidades sanitárias públicas e APEs Investigação dos casos e notificação imediata, nas unidades sanitárias públicas e APEs Investigação de focos e resposta Sensibilização e partilha rotineira de informações Análise contínua para identificar e mitigar os factores da transmissão e apoiar respostas baseadas em evidências Formação e supervisão do pessoal de saúde e das equipas de vigilância 	

7 Quadro do Plano Estratégico 2017-2022

7.1 Visão do PNCM

Por um Moçambique livre de malária

Um dia, Moçambique estará livre da malária. Ao concretizarmos a nossa visão, estaremos a contribuir para uma sociedade mais saudável e produtiva e para o desenvolvimento do país.

7.2 Missão do PNCM

Liderar e coordenar a implementação de intervenções eficazes para reduzir a morbidade e mortalidade por malária, em Moçambique

O PNCM tem como missão coordenar, desenvolver, planificar e monitorar eficazmente a implementação de estratégias e intervenções baseadas em evidências, que irão reduzir o peso da malária em Moçambique.

7.3 Sete Princípios Orientadores

Ao desenvolver o presente PEM, o PNCM e parceiros acordaram em sete princípios para orientar o trabalho do programa e seus parceiros. Estes valores estão alinhados com o PESS e com as reformas do MISAU no âmbito dos CSP:

1. Cobertura universal

- Alcançar a **cobertura universal** para que todos os moçambicanos tenham acesso a intervenções de qualidade para a prevenção, diagnóstico e tratamento da malária que irão melhorar a saúde, com custos que não causem dificuldades financeiras.

2. Equidade

- Promover a **equidade** para que todas as pessoas que necessitam de serviços de saúde tenham acesso aos mesmos, sem discriminação económica, social ou de qualquer outra natureza.

3. Intervenções baseadas em evidências

- Garantir que todas as **intervenções para a malária são baseadas em evidências**, esforçando-se para alcançar uma elevada qualidade e excelência técnica.

4. Abordagem intra- e intersectorial

- Adoptar uma abordagem **intra- e intersectorial**, através da promoção e planificação, para mobilizar outros sectores do governo e da sociedade, incluindo colaborações regionais e transfronteiriças, de modo a partilhar a responsabilidade pela melhoria da saúde.

5. Descentralização

- Apoiar a **descentralização** através do fortalecimento da representação e capacidade dos que são responsáveis pela planificação, implementação e notificação das intervenções de combate à malária a nível da comunidade, das unidades sanitárias e a nível distrital e provincial.

6. Fortalecimento do sistema de saúde

- Maximizar os benefícios potenciais, específicos e referidos dos recursos para a malária com vista ao **fortalecimento do sistema de saúde**, que é essencial para uma prestação bem-sucedida de intervenções de combate à malária.

7. Abordagens de acordo com a situação epidemiológica e entomológica de cada região

- Adaptação das **abordagens de acordo com a epidemiologia e informação entomológica de cada região**, para melhorar a eficácia e eficiência dos esforços e da alocação de recursos e, utilizar estas informações para fundamentar tomadas de decisão.

7.4 Metas

As metas e os objectivos seguintes vão conduzir as actividades do combate à malária em Moçambique, durante o período 2017-2022:

METAS

4. Até 2022, reduzir a morbilidade causada pela malária a nível nacional em, pelo menos, 40%, em comparação com os níveis observados em 2015
5. Até 2022, reduzir a mortalidade intra-hospitalar causada pela malária a nível nacional em, pelo menos, 40%, em comparação com os níveis observados em 2015

Estas metas estão alinhadas com o PESS e GTS. A Tabela 7-1 apresenta os indicadores de impacto e resultados e as metas em relação às quais podem ser medidos os progressos efectuados no alcance dos objectivos.

Tabela 7-1 Indicadores de impacto e de resultado a nível dos objectivos, e metas

Indicador	Tipo de indicador	Fonte	Referência (2015)	Meta (2022)
Óbitos nos internamentos por malária (por 100 000)	Impacto	SIS ^{vii}	10	2,98
Percentagem de óbitos nos internamentos devido à malária	Impacto	SIS	10	1,99
Casos de internamento por malária (por 10 000)	Impacto	SIS	33	19,93
Percentagem de casos de internamento com um diagnóstico de alta de malária	Impacto	SIS	23	9,29
Prevalência da malária em crianças menores de cinco anos	Impacto	Inquérito comunitário	40,2	24,12
Proporção de casos ambulatórios de malária	Resultado	SIS	17	9,94
Incidência da malária (casos confirmados e clínicos por 1000)	Resultado	SIS	249	149,98

^{vii} Sistema de gestão de informação de saúde

7.5 Visão Geral dos Objectivos e Estratégias / Intervenções

OBJECTIVO 1	OBJECTIVO 2	OBJECTIVO 3	OBJECTIVO 4	OBJECTIVO 5	OBJECTIVO 6
Fortalecer as competências de gestão do programa a nível central, provincial e distrital, de modo a alcançar os objectivos do Plano Estratégico, até 2022	Disponibilizar pelo menos 85% de cobertura da população com, no mínimo, uma intervenção de controlo vectorial em todos os distritos do país, até 2022	Testar 100% dos casos suspeitos de malária e tratar 100% dos casos confirmados de malária ao nível das unidades sanitárias e a nível comunitário, de acordo com as directrizes nacionais, até 2022	Implementar uma abordagem efectiva de CMSC para assegurar que, pelo menos, 70% das pessoas procuram cuidados de saúde apropriados e atempados, e que, pelo menos, 85% da população utiliza um método de proteção adequado, até 2022	Acelerar os esforços para a eliminação da malária, através da implementação de intervenções epidemiologicamente adequadas, até 2022	Fortalecer o sistema de vigilância de modo a que 100% das unidades sanitárias e distritos notifiquem dados completos, atempados e de qualidade, até 2020
1. Estabelecer o organograma do PNCM e assegurar que o pessoal do programa da malária tem as capacidades necessárias para desempenhar as respectivas funções, a todos os níveis	1. Promover a colaboração multisectorial entre unidades sanitárias e comunidades	1. Assegurar o manejo adequado de casos, nas unidades sanitárias e nas comunidades	1. Avaliar conhecimentos, práticas e comportamentos relativos à malária e o efeito das intervenções de CMSC	1. Estabelecer sistemas de vigilância epidemiológica activos, efectivos e flexíveis para apoiar a resposta	1. Melhorar a capacidade de VM&A da malária, a todos os níveis
2. Assegurar a eficácia da gestão do Programa	2. Implementar campanhas de distribuição em massa de REMILD, para alcançar a cobertura universal	2. Assegurar que todos os produtos necessários para o manejo de casos estejam disponíveis em todos os pontos de prestação de serviço	2. Planificar as intervenções de CMSC eficazmente	2. Harmonizar estratégias amplas de manejo de casos e de controlo vectorial em áreas definidas, onde existem compromissos regionais	2. Estabelecer um sistema de Garantia da Qualidade dos dados
3. Estabelecer mecanismos para comunicação e coordenação a todos os níveis, incluindo parceiros	3. Implementar a distribuição contínua de REMILD, para sustentar a cobertura universal	3. Melhorar a garantia e o controlo da qualidade do diagnóstico da malária	3. Promover e envolver, a todos os níveis e com todos os sectores relevantes	3. Direcionar intervenções com base nos factores da transmissão, em áreas definidas	3. Estabelecer um sistema abrangente, integrado de armazenamento de Informação sobre malária (iMISS)
4. Estabelecer parcerias efectivas e responsáveis para assegurar recursos adequados e seu uso apropriado	4. Implementar a pulverização intradomiciliar (PIDOM)		4. Aumentar a procura, prestação e utilização de serviços de qualidade relativos à malária	4. Assegurar a sustentabilidade financeira dos esforços de eliminação, com base em evidências	4. Estabelecer um sistema e uma estratégia para respostas a surtos, em áreas propensas a epidemias
5. Assegurar a coordenação & comunicação efectivas na gestão de aquisições e fornecimentos, a todos os níveis	5. Melhorar a cobertura do TIP para alcançar todas mulheres grávidas elegíveis, nas CPN		5. Reforçar os conhecimentos e influenciar as normas sociais e comportamentos relativamente à prevenção da malária		5. Estabelecer um sistema para assegurar que a implementação e a pesquisa operacional são realizadas e que os resultados são utilizados para informar actividades do programa em tempo real
	6. Assegurar a gestão ambiental apropriada dos resíduos do controlo vectorial				
	7. Realizar a monitoria e avaliação entomológica				
	8. Operationalizar a estratégia actualizada de GVI				

8 Objectivo 1 – Gestão do Programa

Fortalecer as competências de gestão do Programa a nível central, provincial e distrital, de modo a alcançar os objectivos do Plano Estratégico, até 2022

8.1 Abordagem ao Objectivo 1: fortalecer a gestão do programa da malária

O PNCM requer fortes competências de gestão do programa a todos os níveis, a fim de cumprir de forma eficaz e eficiente a respectiva missão e mandato para planificar, coordenar, monitorar, mobilizar recursos e desenvolver as capacidades do pessoal no âmbito do controlo da malária. As recentes discussões da RPM e de desenvolvimento do PEM revelaram vários desafios relacionados com a gestão em geral.

Para fazer face a esses desafios, a abordagem do PNCM centra-se na revisão e estabelecimento do respectivo quadro operacional e estrutura organizacional, na melhoria das competências de gestão do programa e financeira, no estabelecimento de parcerias eficazes e na mobilização de recursos. Além da mobilização de recursos para a implementação geral do programa, esta mobilização do PNCM irá incluir a garantia de financiamento para colmatar lacunas de RH, financiar o desenvolvimento de capacidades a todos os níveis, bem como para fornecer ao pessoal do programa as ferramentas necessárias para um desempenho eficiente.

A gestão eficiente de intervenientes, a comunicação interna e externa e as estruturas de coordenação irão criar e consolidar relações construtivas, discussões técnicas e a colaboração com parceiros nacionais e internacionais da malária, para além de assegurar relações fortes e contributos técnicos à colaboração multisectorial do GdM para responder aos determinantes da malária e melhorar os conhecimentos sobre a prevenção da malária.

O PNCM continuará a ampliar as melhorias recentes na gestão de aquisições e fornecimentos (GAF), ao identificar os requisitos de coordenação, aprovar respostas adequadas e ao assegurar que as competências, ferramentas e os mecanismos necessários foram estabelecidos dentro do programa.

8.1.1 Estabelecer o organograma do PNCM e assegurar que o pessoal do Programa a tem as capacidades necessárias para desempenhar as respectivas funções, a todos os níveis

Para poder implementar o presente PEM 2017-2022 de forma efectiva e eficaz, o PNCM deve assegurar que todos os cargos estão preenchidos e que o pessoal dispõe das competências e ferramentas necessárias para o desempenho das suas tarefas. O PNCM vai actualizar a sua avaliação interna de necessidades⁵² (a última foi realizada em 2015, a nível central) e expandi-la para incluir o pessoal a nível provincial, identificando requisitos e lacunas, bem como garantindo, simultaneamente, o alinhamento com as reformas do MISAU. O organograma do PNCM será desenvolvido com base nas competências e experiência necessárias para alcançar a respectiva missão. Serão preparadas descrições detalhadas das funções para cada cargo previamente à revisão do pessoal existente actualmente e à identificação e contratação dos restantes requisitos de RH.

O PNCM irá trabalhar em estreita colaboração com os parceiros para identificar, desenvolver e implementar estratégias para satisfazer os respectivos requisitos.

8.1.2 Assegurar a eficácia da gestão do Programa

A gestão eficaz do programa fornece os alicerces para a implementação de todas as intervenções de combate à malária. Um manual de procedimentos irá incluir procedimentos a nível central. Através da orçamentação e da planificação integradas, o PNCM terá uma visão clara do que está a acontecer e irá garantir que o PEM está a ser cumprido, bem como assegurar igualmente que as actividades seguem a estratégia geral da DNSP e apoiam as reformas do MISAU, no âmbito dos CSP. Os planos anuais detalhados irão permitir a monitoria regular da implementação a nível central, bem como medidas correctivas baseadas em informações e evidências.

Os esforços realizados para garantir o envolvimento e desempenho da equipa do PNCM irão incluir análises de diferentes opções que podem ser empreendidas, bem como a definição de cargos, a identificação de necessidades de apoio individual e de fortalecimento e ainda, o desenvolvimento de respostas adequadas.

Serão utilizadas diversas oportunidades para avaliar o desempenho e riscos do programa, tais como grupos técnicos de trabalho (GTT), reuniões mensais de pessoal, revisões anuais e uma revisão Intercalar e uma RPM final.

8.1.3 Estabelecer mecanismos para comunicação e coordenação a todos os níveis, incluindo parceiros

Para fortalecer e proporcionar clareza no que respeita à comunicação e coordenação a todos os níveis- e garantido que são adequadas e atempadas- o PNCM irá estabelecer um mecanismo de coordenação, apoiado por um plano de gestão de intervenientes e um plano de comunicação. O PNCM prestará apoio, conforme solicitado pela DNSP, à colaboração multisectorial que visa abordar os principais constrangimentos ao controlo da malária (CMSC e a gestão ambiental).

O funcionamento dos GTT será revisto para garantir que cada um possui termos de referência, que as funções são claras, que as reuniões têm propósitos claramente definidos e, que são realizadas regularmente com a participação de todos os intervenientes relevantes. Além disso, a produtividade dos GTT será revista regularmente para melhorar o desempenho.

Serão identificadas e exploradas oportunidades para envolvimento com instituições de formação iniciais e contínuas, com a finalidade de incorporar módulos sobre a malária nos cursos, para que os formandos adquiram conhecimentos significativos de áreas essenciais previamente à sua colocação profissional, com o intuito de melhorar a eficácia do programa. No âmbito desta estratégia, serão envidados esforços para estabelecer uma coordenação optimizada com intervenções mais amplas relacionadas com a saúde e, será feito um esforço específico no sentido de promover uma maior colaboração com o programa de APE (por exemplo, planificação, supervisão e análise de dados em conjunto, bem como a promoção de oportunidades para a alocação óptima de APEs, em locais onde podem ter maior impacto relativamente ao peso da malária). O PNCM irá trabalhar com a Direcção Nacional de Assistência Médica para aproveitar a coordenação existente com o sector privado, de modo a garantir que o cumprimento das directrizes nacionais de manejo de casos de malária está na agenda.

8.1.4 Estabelecer parcerias efectivas e responsáveis para assegurar recursos adequados e o seu apropriado

O programa da malária tem estado a funcionar sem fundos suficientes para implementar o seu PEM desde 2012. Para fazer face a esta situação e poder cumprir as metas e os objectivos do PEM 2017-2022 – particularmente no que diz respeito às áreas prioritárias para expansão, como RH, entomologia, VM&A e CMSC – será essencial mobilizar recursos adicionais, com base em lacunas claramente definidas.

Será desenvolvida uma abordagem sistemática à promoção e angariação de fundos, com a implementação de estratégias, metodologias e ferramentas para tirar o melhor partido possível das oportunidades de mobilização de recursos e apoiar e desenvolver parcerias estratégicas. O sucesso dos esforços será monitorizado e serão desenvolvidos mecanismos apropriados para garantir a boa gestão, e responsabilização, do apoio financeiro.

8.1.5 Assegurar a coordenação e comunicação efectivas na gestão de aquisições e fornecimentos, a todos os níveis

A GAF (incluindo a logística) continua a ser um desafio e é crucial para a implementação bem-sucedida de cada área programática. Adicionalmente, vários parceiros envolvidos na GAF (por exemplo, PMI, UNICEF e Fundo Global) requerem comunicações claras e uma coordenação eficiente.

O PNCM continuará a envidar esforços para fortalecer a GAF a todos os níveis, o que inclui a identificação clara das necessidades de comunicação e coordenação com a DPS, a Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM) e o Departamento Central de Laboratórios, de modo chegar a acordo e estabelecer respostas eficazes, incluindo para resolução de problemas. Serão desenvolvidas ferramentas para assegurar a facilidade de acesso a informações actualizadas sobre os *stocks* a todos os níveis, de modo a permitir a monitoria das actividades e da situação. Esforços conjuntos serão envidados com a CMAM para debater e analisar dados do LMIS e, desenvolver respostas conforme necessário. Adicionalmente, os requisitos significativos de armazenamento de produtos de controlo vectorial serão contemplados através de armazenamento adequado.

9 Objectivo 2 – Prevenção

Disponibilizar pelo menos 85% de cobertura da população com, no mínimo, uma intervenção de controlo vectorial em todos os distritos do país, até 2022

9.1 Abordagem ao Objectivo 2: gestão vectorial integrada da malária e prevenção de malária na gravidez

A abordagem estratégica para atingir este objectivo é a GVI, ou seja, a utilização direcionada de diferentes métodos de controlo vectorial da malária, separadamente ou em conjunto, de modo a alcançar, de forma rentável e efectiva, um controlo vectorial sustentável e, adequado do ponto de vista ecológico. A estratégia de GVI do PNCM fornece um quadro estratégico único para o controlo vectorial em Moçambique.

Orientado pela estratégia de GVI, este objectivo será concretizado através da combinação de estratégias: distribuição de REMILD, PIDOM, gestão ambiental e M&A entomológica, para determinar a selecção de uma ou mais medidas de controlo vectorial.

A cobertura universal com REMILD será alcançada através de campanhas periódicas de distribuição em massa e, os grupos vulneráveis serão alvo de distribuição direcionada mediante mecanismos de distribuição contínuos. A PIDOM será utilizada como ferramenta de gestão da resistência aos insecticidas e a gestão ambiental irá garantir a eliminação adequada dos resíduos sólidos e líquidos dos produtos de controlo vectorial, assim como prevenir e eliminar águas estagnadas. Os esforços entomológicos serão reforçados para apoiar tomadas de decisão atempadas e baseadas em evidências.

Com vista a reduzir a incidência da malária, as actividades de controlo vectorial serão complementadas por uma melhoria na cobertura do TIP, para a prevenção da malária na gravidez.

9.1.1 Promover a colaboração multisectorial

No âmbito da colaboração multisectorial para o combate à malária e sob orientação do PNCM, as actividades de prevenção serão desenvolvidas com o fim de complementar as actividades desenvolvidas por outros sectores nos determinantes da transmissão da malária. Caberá ao PNCM providenciar apoio técnico e assegurar que todas as actividades implementadas estão alinhadas com o PEM.

A contribuição de outros sectores na prevenção da malária será essencialmente em relação à manipulação e modificação ambiental para o controlo vectorial que inclui a prevenção/eliminação de águas estagnadas. O foco será em trabalhar conjuntamente com os sectores de agricultura e pesca relativamente à irrigação e uso de insecticidas e, com os sectores de construção e minas relativamente a escavação responsável para evitar a criação de criadouros para larvas de mosquitos.

Será estabelecida uma parceria com o Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano, para fortalecer o conhecimento relacionado a doença. Serão exploradas todas as possibilidades de envolvimento dos alunos e professores, na melhoria do conhecimento relacionado com a doença, de modo que este grupo alvo adopte, implemente e dissemine as medidas de prevenção da malária.

9.1.2 Implementar campanhas de distribuição em massa de REMILD para alcançar a cobertura universal

A principal estratégia de controlo vectorial para Moçambique é alcançar a cobertura universal com REMILD de todas as populações em risco de contrair malária (ou seja, todo o país).

Uma campanha nacional de distribuição em massa de REMILD para cobertura universal, iniciada em 2016, será concluída em 2017, com o objectivo de fornecer uma protecção equitativa para todos e de reduzir a transmissão na comunidade em geral, através do "efeito de protecção comunitário", que também protege todos aqueles que não possuem redes (ao reduzir a população de vectores). Uma vez que os estudos demonstram que a vida média efectiva de uma rede é de aproximadamente três anos, a próxima campanha de cobertura universal está planificada para 2020.

As campanhas são planificadas e implementadas com o apoio dos parceiros da malária e, com financiamento do Fundo Global e da PMI. O intuito é fornecer uma REMILD para cada duas pessoas (utilizando o rácio global recomendado de uma REMILD por cada 1,8 pessoas na população-alvo, de forma a ajustar em função dos agregados familiares com um número ímpar de membros). Uma prioridade-chave é estabelecer sistemas para a monitoria da utilização, cobertura, taxa de perdas e durabilidade de REMILD.

9.1.3 Implementar a distribuição contínua de REMILD, para sustentar a cobertura universal

A abordagem estratégica para sustentar os níveis de cobertura (85%) alcançados através das distribuições em massa é a implementação de sistemas de distribuições sustentadas e contínuas. Actualmente, Moçambique implementa distribuições de rotina para mulheres grávidas na CPN. O pessoal de saúde implementa esta distribuição, que requer aproximadamente 1,8 milhões de REMILD por ano, com um aumento estimado para 10,8 milhões, até 2022.

O PNCM irá rever e procurar resolver as dificuldades de entrega e armazenamento relacionadas com o sistema, que afectam as distribuições atempadas e efectivas de REMILD nas CPN, bem como garantir que as actividades de comunicação são baseadas em evidências, para maximizar a adesão e o uso adequado de REMILD.

De modo a evitar quaisquer lacunas na posse e utilização de REMILD pelos agregados familiares, nos períodos entre as campanhas de distribuição em massa (decorrentes do desgaste das redes), o PNCM irá investigar e avaliar a viabilidade de opções para mecanismos adicionais de distribuição contínua, complementares às da CPN. Para o efeito, o PNCM vai iniciar um piloto de distribuição de REMILD nas escolas em 2017, que irá terminar em 2019.

9.1.4 Implementar a pulverização intradomiciliária (PIDOM)

De acordo com a decisão estratégica de GVI de utilizar REMILD como o principal mecanismo de controlo vectorial, a implementação de PIDOM foi revista para que se torne uma ferramenta crítica no controlo do vector da malária, dado o aparecimento e disseminação da resistência a insecticidas.

Com ênfase na qualidade melhorada, a PIDOM será utilizada principalmente em áreas-alvo. Uma vez que todos os distritos estão cobertos por REMILD, a PIDOM será implementada onde a resistência a insecticidas, em particular a piretróides, for registada. Será igualmente utilizada em áreas do país em transição rumo à eliminação e, pode ser aplicada em áreas com uma intensidade de transmissão elevada, para reduzir o peso. Serão necessários métodos de comunicação melhorados e fundamentados para garantir a aceitação da pulverização. A PIDOM focalizada e priorizada, com base em considerações operacionais e em evidências entomológicas e epidemiológicas, será também usada para acelerar o progresso rumo à eliminação em iniciativas transfronteiriças no sul de Moçambique, bem como para o controlo de surtos.

9.1.5 Melhorar a cobertura de TIP para alcançar todas as mulheres grávidas elegíveis, nas CPN

Será feito um esforço renovado em continuar a expandir a cobertura de mulheres grávidas com tratamentos preventivos, ou seja, a terceira dose de TIP (22% em 2015⁵³), através da compreensão dos obstáculos ao acesso e à adesão, e, seguidamente, do desenvolvimento de respostas e ferramentas apropriadas.

O PNCM irá trabalhar com o departamento SMC para ampliar a cobertura de TIP, bem como a qualidade da prestação de serviço, a eficiência e a adesão às normas. As capacidades do pessoal que trabalha na CPN serão desenvolvidas, e as atitudes e práticas melhoradas, através de visitas de formação e supervisão. Os problemas de gestão da cadeia de fornecimento também serão tratados de modo a evitar rupturas de stock.

Serão desenvolvidas abordagens para aumentar a frequência de atendimento nas CPN e a adesão ao TIP. Tal incluirá o fortalecimento do envolvimento comunitário (líderes, APEs, parteiras tradicionais, activistas e outros) para incentivar as mulheres a comparecerem à sua primeira visita de CPN, nas primeiras 13 semanas de gravidez, e atingir a meta de, pelo menos, 4 visitas de CPN durante cada gravidez e, TIP em todas as CPN a partir da décima terceira semana de gravidez.

9.1.6 Assegurar a gestão ambiental apropriada dos resíduos do controlo vectorial

A PIDOM e as REMILD geram resíduos tóxicos. O PNCM está empenhado em implementar estas intervenções de forma responsável, envidando todos os esforços para limitar a exposição humana a insecticidas e evitar a contaminação ambiental. O desenvolvimento e a divulgação de directrizes de gestão de resíduos irão assegurar que as províncias e os distritos possuem as orientações e ferramentas necessárias para implementar e supervisionar a eliminação adequada de resíduos tóxicos, com o apoio dos recursos necessários. Será essencial monitorar e controlar as práticas de gestão de resíduos para garantir que são compreendidas e cumpridas. Os resíduos da PIDOM podem ser sólidos (por exemplo, embalagens de pesticidas vazias, equipamento de limpeza usado) e líquidos (por exemplo, efluentes). As REMILD também geram quantidades significativas de plástico e resíduos (por exemplo, materiais da embalagem e as redes velhas).

9.1.7 Realizar a monitoria e avaliação entomológica

Os programas de controlo vectorial devem ser planificados com base em dados entomológicos, uma vez que estes disponibilizam informações sobre os hábitos e habitats de espécies de vectores específicos da malária e monitorizam o impacto das medidas de controlo. A monitoria entomológica é, por conseguinte, essencial para a planificação, monitoria e avaliação das actividades de controlo vectorial, sobretudo no contexto de resistência aos insecticidas e eficácia.

O PNCM reconhece a necessidade de fortalecer a amplitude e profundidade das respectivas actividades entomológicas e do pessoal, bem como de assegurar a disponibilidade de equipamentos, ferramentas e financiamento adequados e suficientes e, a identificação de oportunidades com vista a uma maior colaboração com institutos nacionais e internacionais de pesquisa.

Para além de abordar as lacunas críticas nos dados entomológicos (por exemplo, monitoria e gestão da resistência a insecticidas; espécies de vectores, densidade, comportamento e infectividade), o PNCM irá realizar bioensaios relativos à qualidade da pulverização, bem como supervisionar as actividades para assegurar a qualidade e fiabilidade das evidências usadas para a tomada de decisões.

9.1.8 Operacionalizar a estratégia actualizada de GVI

A estratégia de GVI é o documento orientador principal que define a abordagem geral para o fornecimento dos principais métodos de controlo a serem implementados em Moçambique, a fim

de responder à situação complexa e dinâmica da malária do país. Esta estratégia está alinhada com a Política Nacional da Malária (2010), a GTS (OMS, 2015), o Plano de Gestão da Resistência aos Insecticidas (OMS, 2012) e, com a Convenção de Estocolmo (2001).

A estratégia de GVI foi actualizada em 2016 para reflectir a situação complexa e dinâmica da malária em Moçambique. Promove a cobertura universal através da utilização de REMILD por todas as populações em risco de malária e, PIDOM focalizada para controlar o aparecimento e disseminação da resistência aos insecticidas, dando prioridade às áreas onde o peso da malária é mais elevado. A estratégia dá prioridade à recolha rotineira de dados entomológicos e epidemiológicos, que serão revistos anualmente e servirão de base para fundamentar a implementação em apoio ao controlo vectorial focalizado e baseado em evidências e, promove a colaboração multisectorial. O plano de implementação da GVI estará concluído até ao final de 2017.

10 Objectivo 3 – Manejo de Casos

Testar 100% dos casos suspeitos de malária e tratar 100% dos casos confirmados de malária ao nível das unidades sanitárias e a nível comunitário, de acordo com as directrizes nacionais, até 2022

10.1 Abordagem ao Objectivo 3: fortalecer a qualidade do manejo de casos

O PNCM irá apoair-se nas políticas e directrizes de manejo de casos em vigor, que possibilitarão a expansão de ferramentas eficazes e acessíveis para o diagnóstico e tratamento da malária, a todos os níveis do sistema. Será dada ênfase em assegurar e fortalecer a qualidade: através da melhoria das práticas de manejo de casos e do cumprimento das directrizes nacionais – do diagnóstico (microscopia e TDR) e tratamento da malária, bem como da garantia de disponibilidade ininterrupta dos produtos de malária e da melhoria da qualidade dos dados de manejo de casos.

A microscopia será utilizada para casos graves de malária, em casos suspeitos de falência terapêutica, no seguimento durante o internamento ou se um indivíduo tiver feito um TDR nos últimos 28 dias. Os TDR são usados em todo o sistema de saúde, desde hospitais provinciais a unidades sanitárias periféricas, incluindo os APEs, para aumentar o acesso e a cobertura do diagnóstico da malária a todos os níveis. Actualmente, a TCA é utilizada para tratar a malária não complicada, com o arteméter-lumefantrina (AL) a ser utilizado como tratamento de primeira linha e, o artesunato intravenoso como tratamento de primeira linha para malária grave. A nível comunitário, os TDR, a TCA e os supositórios de artesunato (cápsulas rectias) estão a ser utilizados pelos APEs. Os serviços de CPN administraram sulfadoxina-pirimetamina preventivamente durante a gravidez, a partir da décima terceira semana de gravidez.

Uma vez que a MiP pode afectar negativamente a mãe e o feto (por exemplo, anemia materna, perda do feto, parto prematuro e baixo peso à nascença), este objectivo inclui um esforço específico para aumentar a prestação de tratamentos a mulheres grávidas. Também será estabelecida uma colaboração com o sector privado para aumentar/garantir o conhecimento e o cumprimento das normas nacionais de manejo de casos.

10.1.1 Assegurar o manejo adequado de casos, nas unidades sanitárias e nas comunidades

O tratamento precoce efectivo dos doentes com malária é essencial para a prevenção da mortalidade e redução da incidência dos casos graves. A capacidade dos prestadores de serviços de saúde para o diagnóstico diferencial e para o manejo de casos de febre será fortalecida a todos os níveis e, serão introduzidas clínicas móveis nas zonas de fronteira destinadas às populações móveis e migrantes.

Uma vez que o tratamento preventivo poderá resultar na prescrição excessiva de TCA, os TDR foram expandidos para uso rotineiro a todos os níveis do sistema de saúde, a fim de fornecer a confirmação parasitológica de malária, previamente ao tratamento. Perante a possibilidade de

resistência à TCA, é importante garantir um fornecimento estável e uma utilização racional das TCA e, implementar o uso adequado de TDR e de microscopia, conforme apropriado.

Com vista a melhorar as práticas de manejo de casos, será dada formação ao pessoal de prestação de serviços de saúde nos sectores público e privado (incluindo farmácias, clínicas e hospitais privados). Os APEs e os PMT também irão receber formação para melhorar o acesso ao diagnóstico e tratamento atempados e efectivos da malária, a nível comunitário.

A monitoria contínua das práticas de testagem e tratamento, através da implementação de supervisão formativa, assegurando também que os prestadores de serviços de saúde dispõem de todas as directrizes, *job aids* e ferramentas de que necessitam, irá melhorar a capacidade de manejo de casos de malária.

Serão realizadas auditorias de tratamento, para melhorar as práticas de prescrição dos prestadores de cuidados de saúde e, auditorias de mortalidade, queirão identificar factores contributivos relacionados à saúde, sociais e outros, bem como fornecer evidências para auxiliar as tomadas de decisão sobre intervenções para reduzir a morbidade e mortalidade.

O PNCM irá trabalhar com o Departamento Farmacêutico e com o Comité Técnico de Farmácia e Terapêutica para reforçar a farmacovigilância antimalárica no âmbito da detecção e análise de dados, de modo a compreender os efeitos adversos ou outros potenciais problemas relacionados com os medicamentos. Além disso, o PNCM também continuará a apoiar a avaliação da eficácia terapêutica dos tratamentos da malária não complicada.

10.1.2 Assegurar que todos os produtos necessários para o manejo de casos estejam disponíveis em todos os pontos de prestação de serviço

A disponibilidade contínua de produtos de diagnóstico e tratamento da malária em todos os pontos de prestação de serviço é essencial para assegurar que todos os casos suspeitos de malária são testados atempadamente e que o tratamento adequado é prescrito.

O PNCM vai garantir o funcionamento da cadeia de abastecimento de produtos para o manejo de casos: (i) quantificação, registo, GQ, farmacovigilância, armazenamento e distribuição; (ii) equipas das unidades sanitárias distritais e provinciais são responsáveis pela requisição, gestão e notificação dos stocks. Esta actividade será coordenada com a CMAM, Programa de APEs, departamento SMC, DPS e SDSMAS. Os parceiros serão convidados para fazerem parte deste processo.

Está estabelecido um LMIS para os produtos da malária e, a quantificação, previsão e disponibilidade de produtos da malária tem melhorado. Para reduzir ainda mais as rupturas de stock, a capacidade do LMIS será fortalecida a nível nacional, provincial, distrital e das unidades sanitárias, particularmente perante a necessidade de resolver atrasos de logística na distribuição de produtos do nível nacional para o provincial, do provincial para o distrital e, do nível distrital para as unidades sanitárias.

10.1.3 Melhorar a garantia e o controlo da qualidade do diagnóstico da malária

O manejo de casos, através do diagnóstico e tratamento precisos e atempados, constitui uma das principais estratégias para a redução da morbidade e mortalidade por malária. O manejo da malária depende em larga medida de análise de diagnóstico precisa e atempada, uma vez que todos os casos clinicamente suspeitos de malária devem ser confirmados por um teste de diagnóstico, antes do início do tratamento.

Vários departamentos do MISAU estão envolvidos na avaliação das necessidades e na garantia de capacidade diagnóstica nacional, envidando esforços para uma coordenação efectiva que requer a definição de relações, funções e responsabilidades de cada departamento. O Instituto Nacional de

Saúde (INS) assegura a qualidade das intervenções do PNCM, fornecendo observações externas e o CQ dos produtos de diagnóstico e, o Departamento Farmacêutico assegura o CQ dos medicamentos.

Foram estabelecidos sistemas de GQ e CQ em Moçambique, contudo, verifica-se ainda a necessidade de um manual específico para apoiar os métodos padrão de detecção da malária e de notificação atempada, bem como a necessidade de um mecanismo que permita a expansão e monitoria dessas actividades, a todos os níveis. A melhoria da qualidade do diagnóstico e a padronização adquirem ainda mais importância onde as contagens de parasitas são mais reduzidas.

11 Objectivo 4 – Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento

Implementar uma abordagem efectiva de CMSC para assegurar que, pelo menos, 70% das pessoas procuram cuidados de saúde apropriados e atempados, e que, pelo menos, 80% da população utiliza um método de protecção adequado, até 2022

11.1 Abordagem ao Objectivo 4: CMSC efectiva, baseada em evidências

O PNCM estabeleceu a implementação efectiva, baseada em evidências, de CMSC como prioritária e essencial para garantir a eficácia de todas as outras intervenções relativas à malária. A abordagem multisectorial será crucial nesta intervenção. Organizações da sociedade civil, instituições públicas e privadas, líderes comunitários e religiosos, jornalistas, bem como as comunidades oferecem a oportunidade de enriquecer, alargar e aumentar o impacto das intervenções de CMSC. As intervenções de CMSC devem ser baseadas em evidências, utilizar uma abordagem multicultural inclusiva e incluir o uso apropriado de comunicação interpessoal (CIP) e dos meios de comunicação social. O PNCM pretende introduzir melhorias de CMSC em todos os domínios, desde a planificação de actividades à divulgação de materiais testados, de modo a garantir que os intervenientes chave estão envolvidos, que as mensagens principais são partilhadas e aceites e, que as normas são alteradas, fazendo com que um maior número de pessoas adopte os comportamentos pretendidos, o que irá melhorar a adesão aos serviços relacionados com a malária.

Será colocada ênfase na garantia que mensagens claras e consistentes possam ser facilmente transmitidas e que assegurem um envolvimento activo por parte dos públicos-alvo, a todos os níveis. O desenvolvimento de mensagens e de materiais será orientado pelo facto de que uma multiplicidade de factores influenciam os comportamentos favoráveis à saúde – desde membros influentes da comunidade/sociedade, escolas e unidades sanitárias a crenças, práticas e normas culturais, que têm impacto na forma como a informação é fornecida, recebida e usada.

As actividades de CMSC serão implementadas em coordenação com o Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS) e o Gabinete de Comunicação e Imagem do MISAU.

11.1.1 Avaliar conhecimentos, práticas e comportamentos relativos à malária e o efeito das intervenções de CMSCCMSC

Existe uma lacuna crítica de informação relacionada com a CMSC em Moçambique. As pesquisas e informações existentes devem ser compiladas e uma agenda de pesquisas prioritárias deve ser desenvolvida e implementada para compreender melhor as normas socioculturais e os determinantes da adesão/rejeição das intervenções, por exemplo, utilização de REMILD e TIP e os conhecimentos, práticas e comportamentos relativos à malária, de modo a ajudar a moldar as mensagens relativas à doença e a desenvolver respostas, que irão não só incentivar a adopção dos comportamentos pretendidos, mas também medir o impacto das intervenções de CMSC, para que possam ser continuamente melhoradas.

11.1.2 Planificar as intervenções de CMSC eficazmente

A estratégia de CMSC é o documento orientador essencial para o PNCM e respectivos parceiros. No seguimento da elaboração do presente PEM e do reforço do papel da CMSC nas actividades do programa, a estratégia de comunicação existente será actualizada, os respectivos custos serão calculados e servirá de instrumento para mobilizar recursos. Os planos operacionais anuais irão apoiar de forma progressiva a concretização dos objectivos de CMSC, bem como assegurar a colaboração com parceiros relevantes. A partilha de informações terá lugar a todos os níveis e será dada ênfase à melhoria das competências para uma governação efectiva das intervenções de CMSC.

11.1.3 Promover e envolver, a todos os níveis e com, todos os sectores relevantes

O PNCM irá expandir os sucessos anteriores de promoção de eventos comemorativos relacionados com a malária e fortalecer o respectivo envolvimento com vários sectores, com o intuito de beneficiar dos respectivos conhecimentos e competências, partilhar informações e mensagens centrais, identificar e estabelecer parcerias com apoiantes de combate à malária a todos os níveis, bem como aumentar a visibilidade e compreensão da resposta nacional à malária. Igualmente importante, os esforços de promoção e envolvimento serão também alvo de monitoria em termos de eficácia e para garantir uma melhoria contínua. As oportunidades para colaboração com novos intervenientes, por exemplo, especialistas de comunicação e sociólogos, serão fomentadas para apoiar parcerias, pesquisas conjuntas e práticas inovadoras.

11.1.4 Aumentar a procura, prestação e utilização de serviços de qualidade relativos à malária

Esta estratégia assinala uma mudança significativa no âmbito e na escala das intervenções de CMSC planificadas. A atenção será centrada no desenvolvimento de materiais baseados em evidências e contextualmente relevantes a serem utilizados por prestadores de cuidados de saúde (incluindo profissionais de saúde, APEs, activistas, líderes locais e meios de comunicação social), para aumentar de forma efectiva a procura, prestação e utilização de serviços relativos à malária em todo o país.

Os materiais terão como base dados comprovados recolhidos pelo PNCM, as actividades serão supervisionadas e monitorizadas e as informações serão usadas e partilhadas para permitir uma adaptação e melhoria contínuas, conforme necessário.

11.1.5 Reforçar os conhecimentos e influenciar as normas sociais e comportamentos relativamente à prevenção da malária

Esta estratégia destaca o desenvolvimento, implementação e monitoria das intervenções para aumentar os comportamentos de prevenção da malária, como a utilização de REMILD, a aceitação de PIDOM e implementação de outras medidas colectivas e individuais de protecção, p. ex. o uso de repelentes, a melhoria das habitações. Serão desenvolvidas estratégias efectivas de CIP e de comunicação social para melhorar a relevância e o impacto das mensagens e dos materiais na mudança de comportamento. Os conhecimentos e as capacidades de pessoas influentes na comunidade, como líderes comunitários e APEs, serão fortalecidos para que possam influenciar e moldar os comportamentos de forma positiva.

Estas novas estratégias e a eficácia geral das actividades de CMSC serão supervisionadas e monitorizadas para garantir a qualidade e proporcionar melhorias conforme necessário.

12 Objectivo 5 – Eliminação

Acelerar os esforços para a eliminação da malária através de intervenções adequadas ao contexto epidemiológico, até 2022.

12.1 Abordagem ao Objectivo 5: acelerar os esforços rumo à eliminação

As estratégias e actividades que se seguem têm por base os esforços descritos em todos os outros objectivos no presente PEM, e foram concebidas para permitir a implementação de respostas adaptadas às alterações dos níveis de transmissão em áreas designadas, conforme adequado e orientadas por dados epidemiológicos e entomológicos.

A implementação deste objectivo incide em áreas identificadas de baixa transmissão e adequadas para a implementação de estratégias de eliminação, com base na estratificação. Este objectivo apoia os esforços de eliminação no país através do fortalecimento da capacidade e competência da vigilância da malária, PO e monitoria e avaliação, permitindo assim respostas rápidas a surtos e ressurgimentos, e possibilitando a produção de evidências para uma personalização efectiva das intervenções. A recolha e utilização de dados entomológicos serão intensificadas para direcionar de forma adaptativa actividades de controlo vectorial. Adicionalmente, o PNCM irá trabalhar no sentido de mobilizar recursos adicionais e preconizar um financiamento mais amplo e sustentável para a malária, de modo a alcançar e sustentar a eliminação da doença para além dos compromissos financeiros existentes.

12.1.1 Estabelecer sistemas de vigilância epidemiológica activos, efectivos e flexíveis para apoiar a resposta

Para informar a tomada de decisões a todos os níveis quanto ao direcccionamento e definição de prioridades das intervenções, devem ser estabelecidos sistemas de vigilância efectivos baseados nos casos que permitam respostas adequadas e atempadas. Para tal, Moçambique tem de identificar e dar resposta aos requisitos de RH, garantindo toda a capacidade necessária para gerir e implementar eficazmente sistemas de vigilância activa/reactiva conforme seja aplicável, bem como de acesso rápido ao diagnóstico e tratamento. Estas actividades requerem supervisão, monitoria e controlo e o PNCM irá reforçar estas competências conforme adequado.

Estas actividades serão apoiadas pelas iniciativas regionais, que estão a harmonizar as directrizes de vigilância da malária (centrando-se na investigação e classificação de casos) e a estabelecer uma plataforma de vigilância regional baseada em dados geolocalizados de casos individuais de malária, bem como dados entomológicos.

12.1.2 Harmonizar estratégias amplas de manejo de casos e controlo vectorial em áreas definidas, onde existem compromissos regionais

Os esforços iniciais de Moçambique para a eliminação foram determinados no âmbito de iniciativas regionais e transfronteiriças, sendo que a harmonização e a coordenação são críticas para o seu sucesso. Por conseguinte, esta estratégia preconiza um envolvimento pró-activo na coordenação de actividades, na planificação conjunta (baseado em evidências e nas necessidades identificadas) e em estratégias sincronizadas de manejo de casos e controlo vectorial integrado. De modo a cumprir os

respectivos compromissos com sucesso, o PNCM terá de melhorar a logística e dar resposta às necessidades de RH em áreas geográficas definidas.

12.1.3 Direcionar intervenções com base nos factores da transmissão, em áreas definidas

Nas áreas de eliminação, é fundamental utilizar abordagens personalizadas e baseadas em informações entomológicas e epidemiológicas sólidas. As ferramentas essenciais para um direcionamento efectivo das intervenções incluem actualizações anuais da estratificação do risco de malária, o desenvolvimento de competências e a disponibilização de equipamentos para implementar a investigação de focos e respostas adequadas de modo a garantir que a transmissão seja interrompida.

12.1.4 Assegurar a sustentabilidade financeira dos esforços de eliminação, com base em evidências

Sem um compromisso político consistente, um financiamento significativo e previsível, e uma colaboração regional forte, não será possível alcançar as metas de eliminação nem sustentar as conquistas alcançadas. Por conseguinte, o PNCM irá trabalhar no sentido de gerar um ambiente favorável, ao colaborar com os seus vizinhos e com diferentes sectores e parceiros, para criar um argumento de investimento sólido para a eliminação em Moçambique e na região. Tal requer uma estratégia e um plano fortes de promoção da eliminação, o envolvimento especializado das partes interessadas, a produção e divulgação de evidências, e ferramentas de marketing e comunicação claras e concisas.

13 Objectivo 6 – Vigilância, Monitoria & Avaliação

Fortalecer o sistema de vigilância de modo que 100% das unidades sanitárias e distritos notifiquem dados completos, atempados e de qualidade, até 2020.

13.1 Abordagem ao Objectivo 6: melhorar a qualidade da vigilância

Com este objectivo, o PNCM está a transformar a vigilância da malária numa intervenção essencial, de modo a garantir que são recolhidas informações de qualidade relativas à malária e que estas são analisadas e usadas para acompanhar o desempenho e o progresso da implementação.

A utilização de dados de vigilância de alta qualidade e de PO para a tomada de decisões é central à abordagem do PNCM de prosseguir intervenções baseadas em evidências e personalizadas de acordo com a epidemiologia e entomologia locais. O plano de VM&A do PNCM será actualizado com vista a assegurar que reflecte os requisitos do presente PEM.

Este objectivo centra-se no fortalecimento da capacidade nacional de M&A a todos os níveis: aumentar a capacidade de gerar, analisar e utilizar dados de forma precisa, melhorar a qualidade e actualização dos dados, estabelecer um IMISS abrangente e garantir que está acessível a todos os níveis, bem como definir e sistematizar os requisitos de vigilância e de PO para permitir a avaliação regular das intervenções e gerar evidências que colmatem as lacunas nos conhecimentos e possibilitem a tomada de decisões adequadas e fundamentadas.

Além disso, o PNCM irá melhorar preparação e capacidade de resposta a surtos e epidemias de malária ao estabelecer um sistema de preparação e resposta a epidemias (PRE).

13.1.1 Melhorar a capacidade de VM&A da malária, a todos os níveis

Melhorar a capacidade de M&A da malária a todos os níveis é essencial para alcançar este objectivo e constitui um componente transversal do PEM no que respeita a garantir que são recolhidas informações precisas relativas à malária, e que estas são analisadas e usadas para acompanhar o desempenho e o progresso da implementação, bem como para orientar as tomadas de decisão.

Foram alcançados progressos significativos relativamente à melhoria da vigilância, com a inclusão de indicadores importantes da malária no SIS e a formação de pontos focais de M&A a nível provincial e distrital. Esta estratégia irá desenvolver as respostas e as ferramentas necessárias para melhorar a qualidade e a integralidade da recolha e análise de dados a todos os níveis.

Além disso, o fortalecimento da coordenação no âmbito da vigilância e da M&A irá proporcionar feedback e uma melhoria contínua dos sistemas. O desempenho da M&A será supervisionado de forma contínua e sujeito a monitoria regular, de modo a avaliar o progresso e assegurar melhorias sustentadas.

13.1.2 Estabelecer um sistema de garantia da qualidade dos dados

Um sistema abrangente de GQ será estabelecido no início do presente PEM, para assegurar que estão em vigor controlos da qualidade e que existe um bom acompanhamento do desempenho. O

sistema de GQ vai assegurar melhorias na qualidade, disponibilidade e gestão de dados relativos à malária, optimizando assim a respectiva utilização no âmbito das tomadas de decisão e das respostas programáticas.

13.1.3 Estabelecer um sistema abrangente, integrado de armazenamento de informação sobre a malária (IMISS)

É necessário criar e manter um IMISS abrangente para o armazenamento de dados da malária recolhidos através do SIS e de todos os outros sistemas relevantes de recolha de dados, por exemplo, dados de campanhas de REMILD e PIDOM, LMIS, laboratório, entomologia, GQ, etc., de modo a possibilitar a análise dos dados e o acesso a informações em tempo real, apoiando o seu uso em tomadas de decisão programáticas.

O IMISS irá também manter documentos do programa, como políticas, estratégias, directrizes, planos, relatórios anuais, relatórios de projecto e relatórios publicados e não publicados sobre a malária em Moçambique. Existirá um envolvimento com o sector privado para promover a comunicação de casos de malária e mortes relacionadas com a doença.

A concepção e a implementação do IMISS requerem uma colaboração forte, bem como formação e um mecanismo de feedback para apoio à monitoria e controlo da recolha e análise dos dados.

13.1.4 Estabelecer um sistema e uma estratégia para respostas a surtos, em áreas propensas a epidemias

O desenvolvimento de uma estratégia de PRE é importante perante a vulnerabilidade de Moçambique a secas e cheias, que afectam os padrões de transmissão da malária e podem tornar as populações deslocadas vulneráveis.

O PNCM, o Departamento Epidemiológico e o INS efectuaram conjuntamente o mapeamento das províncias em risco de surtos de malária e o próximo passo será desenvolver uma estratégia de PRE e um manual operacional para definir a resposta a surtos e a epidemias, bem como estabelecer as capacidades necessárias (recursos humanos, de materiais e financeiros).

13.1.5 Estabelecer um sistema para assegurar que a implementação e a pesquisa operacional são realizadas e que os resultados são utilizados para informar actividades do Programa em tempo real

A vigilância e a PO nacionais, concebidas para fornecerem resultados de qualidade e relevância suficientes, são essenciais para proporcionar evidências que fundamentem as decisões programáticas e políticas. O PNCM está empenhado em trabalhar com parceiros com vista à produção e divulgação de uma agenda de pesquisas prioritárias que oriente potenciais oportunidades de pesquisa e optimize os recursos disponíveis, para assegurar que as conclusões das pesquisas são relevantes para o programa e apoiam resultados accionáveis. A pesquisa será implementada para apoiar todas as áreas programáticas, por exemplo, MiP, REMILD, etc.

Para além de assegurar regularmente que a agenda de pesquisa continua a reflectir as prioridades do PNCM, a divulgação e a partilha de resultados a nível nacional e internacional é um foco central, bem como a integração dos resultados nas políticas e nas tomadas de decisão. O PNCM também está empenhado em mobilizar inquéritos de impacto em grande escala em prazos estabelecidos de acordo com as melhores práticas.

14 Gestão do Programa

14.1 Recursos Humanos e Funções do PNCM

14.1.1 Organização institucional e estrutura funcional

O MISAU presta supervisão estratégica às DPS, que, juntamente com os distritos, são responsáveis pela prestação de serviços de saúde nas unidades sanitárias. O PNCM actua no âmbito da DNSP do MISAU e tem estruturas para o controlo da doença a nível provincial e distrital em todo o país. O PNCM é dirigido pelo Director do programa e apoiado por uma unidade administrativa e cinco unidades técnicas, nomeadamente Prevenção que inclui o controlo vectorial e MiP, CMSC, Manejo de Casos, VM&A e Eliminação.

As necessidades de RH do PNCM, ilustradas no gráfico abaixo (Figura 14-1), baseiam-se nos requisitos definidos durante um exercício de avaliação das necessidades internas, realizado em 2015⁵⁴ pela equipa do PNCM, que foi partilhado e actualizado mediante os contributos dos parceiros da malária. Este exercício de avaliação das necessidades será repetido no âmbito do Objectivo 1 do presente PEM e será ampliado para incluir pessoal do PNCM a nível central e provincial. A Figura 14-1 também reflecte a situação de pessoal do PNCM à data de elaboração do presente plano.

Ao actualizar a avaliação de necessidades internas, o PNCM irá definir a estrutura com base em requisitos reais para o cumprimento da sua missão, no lugar de exprimir necessidades com base nos recursos existentes; este exercício será, necessariamente, conciliado com as reformas em curso do MISAU e do sector público do GdM relativas a RH.

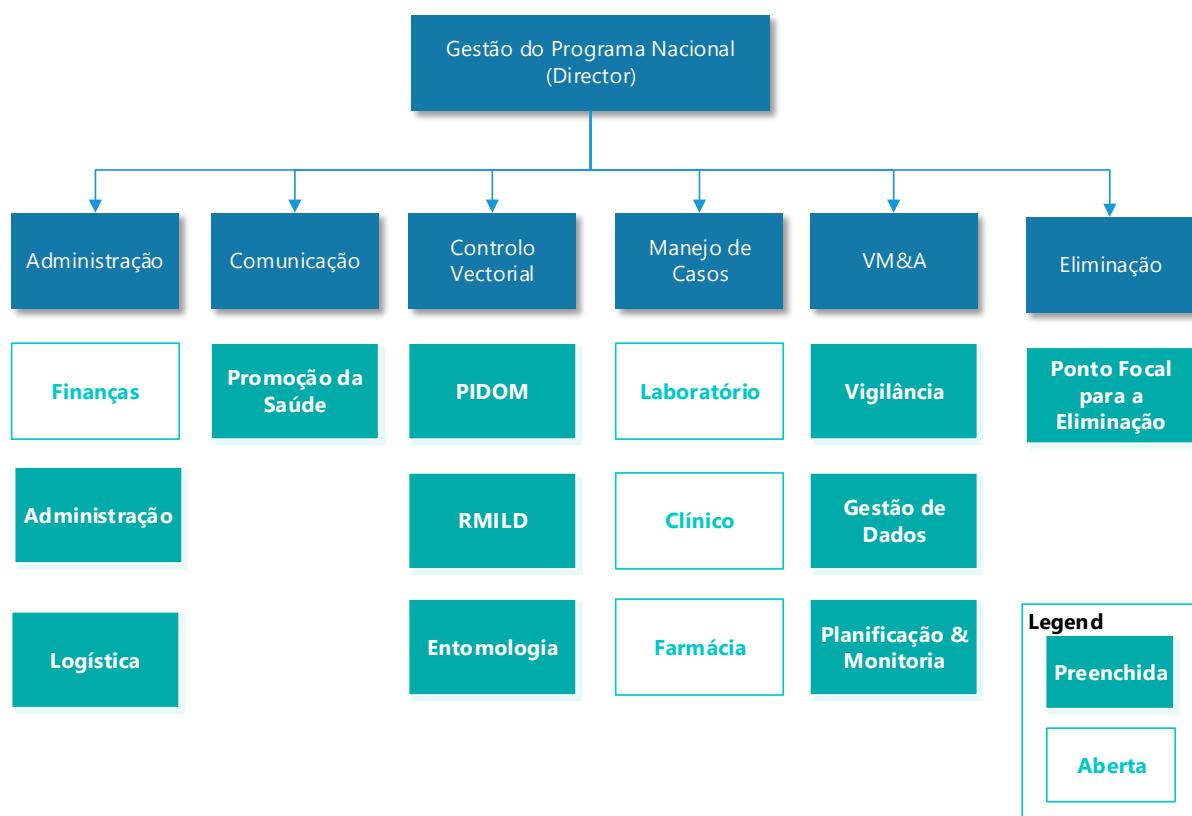


Figura 14-1: Estrutura funcional do PNCM, a nível central

Conforme ilustrado acima, as funções de administração e logística apoiam o programa, sendo que persiste uma lacuna relativamente a uma posição na área das finanças. O cargo relativo a comunicação funciona em articulação com o DEPROS. Recrutamento urgente é necessário para montar a equipa de manejo de casos, que actualmente não possui ninguém. As actividades de eliminação estão lideradas por um ponto focal a tempo inteiro.

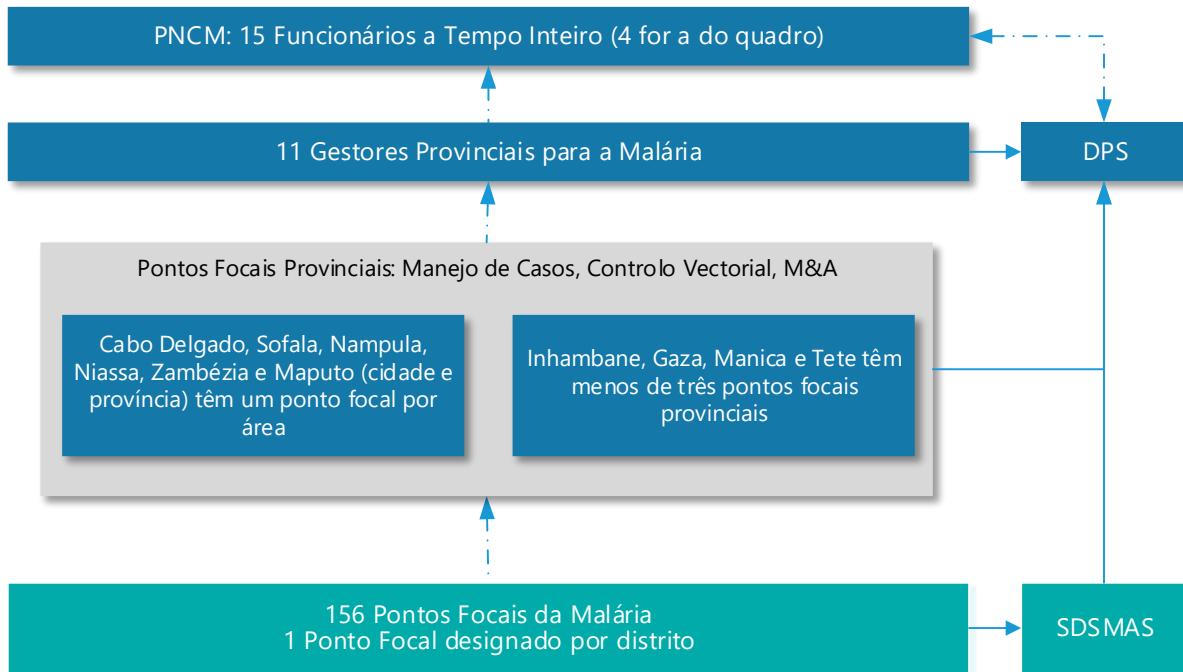


Figura 14-2: Articulação entre o pessoal do programa da malária a nível central, provincial e distrital

Conforme ilustrado na Figura 14-2 acima, existem actualmente 15 funcionários a tempo inteiro do programa da malária a nível central, incluindo o Director (quatro dos quais são posições fora do quadro). Cada província tem um gestor dedicado para a malária. Além disso, as províncias identificaram recursos para desempenharem funções de pontos focais nas áreas de manejo de casos, controlo vectorial e M&A. Nem todas as províncias conseguiram preencher estas posições e nem todas identificaram com sucesso um indivíduo em específico para cada área técnica.

Cada distrito tem um ponto focal da malária, embora estes muitas vezes tenham responsabilidades adicionais na estrutura de saúde do distrito e não estejam, geralmente, dedicados à malária. Os pontos focais da malária a nível do distrito estão subordinados à estrutura dos SDSMAS e subsequentemente da DPS.

Todos os gestores da malária e todos os pontos focais estão integrados nas respectivas DPS e estruturas dos SDSMAS. As prioridades de desenvolvimento de capacidades a nível provincial incluem garantir que os gestores possuem as competências necessárias para desempenhar a sua função com qualidade e apoiar o nível distrital de igual modo. A actualização da avaliação de necessidades internas do PNCM irá fornecer uma visão actualizada das competências necessárias e das respostas apropriadas.

14.1.2 Funções

O PNCM é constituído por funcionários públicos bem como por pessoal técnico contratado através de parceiros. Existem duas divisões operacionais: técnica e administrativa. Na divisão técnica existem cinco unidades separadas, cujos chefes respondem directamente ao Director do PNCM, que, por sua vez, é responsável pela supervisão e coordenação geral técnica.

1 - Controlo vectorial integrado

2 - Manejo de casos

3 - CMSC

4 - VM&A

5 - Eliminação

Estas unidades coordenam a planificação e a implementação das respectivas intervenções para a malária, bem como a supervisão, M&A da implementação por parte do pessoal provincial e distrital, e dos parceiros de implementação.

A **unidade de controlo vectorial integrado** é composta actualmente por sete elementos e está subdividida em três áreas de implementação: REMILD, PIDOM e entomologia. As suas principais funções são liderar, coordenar e fornecer apoio técnico a todas as actividades de controlo vectorial integrado.

A **unidade de manejo de casos** é responsável por todos os aspectos relacionados com o diagnóstico, tratamento, logística e serviços farmacêuticos, bem como com MiP e terapias de prevenção. Esta unidade lidera, coordena, gera e fornece assistência técnica em todos os aspectos relacionados com o diagnóstico, tratamento e prevenção da malária no país, portanto, não possui nenhum técnico actualmente.

A **unidade de CMSC** é composta por um elemento que colabora com o DEPROS no desenvolvimento e implementação de intervenções. Esta unidade supervisiona e coordena todas as actividades de CMSC relativas à malária implementadas pelo PNCM e por diferentes parceiros no país.

A **unidade de VM&A** é composta por três elementos. O trabalho desta unidade é apoiado por pontos focais de M&A a nível provincial e distrital. A unidade é responsável pela M&A do programa, gestão de dados, PO, vigilância e reposta.

A **unidade de administração** é actualmente suportada por um membro do pessoal de administração/finanças e um assessor em logística. As respectivas funções incluem a coordenação da disponibilidade e utilização dos recursos do programa, incluindo recursos financeiros, humanos, de materiais, equipamentos e infra-estrutura.

14.1.3 Prioridades e abordagem

As prioridades de recursos humanos foram directamente planificadas no presente PEM, tendo como aspectos centrais:

- Definição adicional dos requisitos
- Assegurar o fortalecimento das capacidades do pessoal do programa a todos os níveis
- Desenvolver abordagens no âmbito da retenção de pessoal
- Melhorar as condições de trabalho a todos os níveis, no que diz respeito ao espaço físico, equipamento e transporte
- Desenvolver um sistema de incentivos baseados no desempenho ou um esforço de recompensa semelhante

Pretende-se que a avaliação de necessidades do PNCM ocorra no início da implementação do PEM, de modo a permitir a formação da base operacional sólida necessária para uma implementação bem-sucedida das estratégias para as áreas de intervenção.

Um exercício de reforma mais amplo dos RH está a decorrer no MISAU a todos os níveis e os esforços do PNCM serão alinhados a estas acções. As abordagens adequadas para dar resposta às prioridades de RH serão identificadas durante o exercício de avaliação de necessidades do programa, que irá decorrer a nível central e provincial. Este exercício envolve o desenvolvimento de um organograma baseado nas necessidades e inclui o seguinte: definição dos requisitos funcionais do

PNCM; desenvolvimento/revisão de descrições das funções; revisão/definição das funções dos assessores do programa (incluindo o estabelecimento, monitoria e controlo das respectivas prestações, bem como garantir a clareza quanto à formalização de quaisquer posições apoiadas por parceiros); distribuição do pessoal actual no organograma de acordo com as respectivas competências; identificação de lacunas na capacidade e soluções; e preenchimento das lacunas de RH através de diversas abordagens, por exemplo, redistribuir pessoal existente do MISAU/DPS, trabalhar com universidades para colocar licenciados ou estabelecer mecanismos de instrução/formação para o desenvolvimento de competências e de conhecimentos.

14.2 Governação e Coordenação do PNCM

O PNCM assume a responsabilidade global pela liderança e gestão das intervenções da malária a nível nacional. No entanto, muitos dos problemas enfrentados são multisectoriais e envolvem uma série de partes interessadas e parceiros de financiamento, técnicos e de implementação.

Em 2015, o PNCM formou o Comité Técnico Consultivo para a Malária como um órgão consultivo independente responsável pela prestação de aconselhamento técnico e científico, para promover políticas baseadas em evidências que irão acelerar os esforços rumo à eliminação no país. O comité aconselha o MISAU e o PNCM, mas não tem qualquer poder executivo ou regulamentar.

O papel do comité é recomendar ações baseadas em: análises da situação da malária em Moçambique; revisões essenciais de projectos de eliminação; respostas para intervenções da malária de acordo com as melhores práticas; análises dos dados de qualidade e de gestão da malária; bem como fornecer pareceres técnicos e recomendações para responder a questões específicas levantadas pelo MISAU e pelo PNCM.

O comité é um organismo multidisciplinar composto por cerca de 22 membros individuais sediados em Moçambique, que possuem capacidades técnicas relativas à malária em diferentes áreas técnicas, como epidemiologia, parasitologia, saúde pública, sistemas de saúde, economia e finanças, monitoria e avaliação, ciências sociais e comportamentais e comunicação de promoção e de saúde. Os membros são nomeados pelo MISAU.

As implementações relativas à malária requerem uma coordenação efectiva e regular com diferentes programas e departamentos do MISAU. Na maior parte das vezes, esta coordenação funciona, contudo, o PNCM irá continuar a trabalhar no sentido de maximizar os resultados destas oportunidades, conforme descrito na Secção 16.

14.3 Ciclos de Desenvolvimento e Revisão de Estratégias e Políticas

De acordo com a prática do MISAU, o PNCM tem uma política nacional da malária e uma estratégia quinquenal, que fornecem uma direcção estratégica para as intervenções e para o apoio de parceiros. O conteúdo do PEM está alinhado com as prioridades nacionais de desenvolvimento e estratégicas, e é baseado e orientado pela estratégia mundial da OMS actual. Excepcionalmente, o presente PEM é uma estratégia sexenal (ver Secção 4.1).

A implementação e o progresso do PEM são formalmente revistos anualmente (reunião nacional sobre a malária com membros governamentais relevantes e parceiros da malária), num ponto intercalar (para permitir adaptações e/ou actualizações) e numa fase final (de modo a contribuir para a próxima estratégia). O PEM é acompanhado por um orçamento indicativo e um plano de acção detalhado.

A partir destes documentos, um plano operacional anual detalhado do PNCM é desenvolvido. Subsequentemente, cada área do programa desenvolve o seu próprio plano detalhado de implementação operacional anual. Os planos anuais do PNCM são partilhados com a DPS e

parceiros; a DPS trabalha com os SDSMAS para incluir actividades relevantes relativas à malária, conforme orientação do PNCM, nos ciclos de planificação provinciais e distritais.

14.3.1 Orientação política, estratégias e directrizes

A governação do PNCM e das diferentes áreas do programa é orientada por documentos abrangentes no âmbito da política, estratégia e orientação desenvolvidos e partilhados com intervenientes nacionais, a todos os níveis e parceiros internacionais. Os principais documentos de política, estratégia e orientação são:

- Política Nacional da Malária (2011)
- Plano de Monitoria e Avaliação da Malária (2016; a ser revisto em 2017)
- Estratégia de Gestão Vectorial Integrada (2016; a ser actualizada em 2018/19)
- Estratégia de CMSC e Promoção (a ser actualizada em 2018)
- Manual de M&A (2016; a ser actualizado em 2017 para abranger novos indicadores)
- Normas de tratamento da malária 2011 (a serem revistas em 2017)
- Plano estratégico da Eliminação 8 2015-2020
- Plano Estratégico da MOSASWA 2016-2020
- Planos de trabalho anuais do PNCM
- Plano operacional de gestão vectorial integrada (a ser revisto em 2017)
- Orientações para TIP
- Manual de CQ laboratorial (a ser actualizado em 2017)

14.4 Coordenação

14.4.1 Coordenação institucional (outros programas e departamentos)

As implementações relativas à malária requerem uma coordenação efectiva e regular com diferentes programas e departamentos do MISAU. Na maior parte das vezes, esta coordenação funciona, no entanto, o PNCM incluiu actividades específicas nesta estratégia para abordar directamente o fortalecimento desta coordenação. Consultar o plano operacional (Secção 16) para detalhes das actividades relativas às relações de coordenação.

14.4.2 Coordenação de parcerias

Os parceiros da malária são centrais no apoio à concretização das metas e dos objectivos do PNCM.

Embora a coordenação geral com os parceiros tenha melhorado ao longo dos últimos cinco anos, o PNCM está empenhado em continuar a desenvolver relações, a partilhar informações e a proporcionar oportunidades para que as perspectivas dos parceiros contribuam para as estratégias e operações. Um primeiro passo para melhorar a gestão das partes interessadas tem sido o levantamento dos parceiros actuais.

No sentido de melhorar a eficiência e a gestão do tempo, o Director do PNCM reúne-se trimestralmente com os principais parceiros, para discutir o progresso, resolver problemas e planificar / coordenar actividades. Estas reuniões têm-se revelado eficazes.

Existem GTT a nível central para cada área programática (GVI, manejo de casos, CMSC, M&A e eliminação), e o presente PEM pretende aumentar a eficiência destes ao rever e actualizar (conforme necessário) os respectivos termos de referência, ao melhorar a planificação e programação das reuniões, bem como através da monitoria dos mesmos para garantir que são eficientes.

As iniciativas transfronteiriças realizam reuniões duas vezes por ano, para partilharem actualizações sobre a situação da malária entre os países. Estas reuniões contam com a participação do Director do PNCM, bem como de representantes das unidades de manejo de casos, de controlo vectorial e de M&A.

É realizada uma reunião anual do PNCM, que conta com a presença de todo o pessoal dedicado à malária a nível central e provincial, das partes interessadas do MISAU e dos parceiros da malária. Nesta reunião as concretizações anuais são revistas e o plano geral para o ano seguinte é acordado (realiza-se, regra geral, no primeiro semestre).

14.5 Sistema de Gestão de Aquisições e Fornecimentos

Duas instituições do MISAU são responsáveis pelas aquisições, que são realizadas de acordo com normas internacionais:

1. CMAM, que trata da aquisição de medicamentos e da maioria dos materiais médicos financiados pelo Orçamento do Estado.
2. UGEA, que trata da aquisição de materiais médicos cirúrgicos, equipamento médico e não médico, mobiliário, materiais não médicos e meios de transporte.

Os medicamentos e materiais médicos financiados por parceiros são adquiridos por entidades internacionais independentes e a quantificação e a previsão de chegada ao país são apoiadas pela CMAM e pelo programa ou departamento relevante da doença. No caso do PNCM, isto inclui a aquisição de REMILD, insecticidas e equipamento de laboratório, por exemplo, para o diagnóstico laboratorial de malária.

A CMAM e o Centro de Abastecimento, são responsáveis pelo armazenamento e distribuição dos medicamentos do nível central (Maputo, Beira e Nampula) para o nível provincial, com o apoio dos parceiros quanto à gestão do sistema de distribuição. Os centros de distribuição provinciais encaminham os medicamentos para os distritos mensalmente.

A assistência técnica do Governo dos Estados Unidos continua a desenvolver a capacidade da CMAM e do PNCM de melhorar a cadeia de fornecimento, particularmente através da quantificação e previsão, práticas de gestão do armazém central e o LMIS, incluindo o *software* informático SIMAM. A implementação do SIMAM e os esforços para reforçar a comunicação atempada aumentaram a visibilidade dos dados das existências do nível central para todas as províncias e distritos. A supervisão e as reuniões trimestrais de logística a nível provincial estão a dar resposta aos desafios relativos ao aumento da qualidade e da actualidade das comunicações, bem como à utilização dos dados para as tomadas de decisão.

A selecção e quantificação dos medicamentos necessários são efectuadas no âmbito de um subgrupo de quantificação do GTT farmacêutico, que é composto pela CMAM, o PNCM e parceiros. As estimativas das necessidades anuais baseiam-se em exercícios de previsão e planificação de fornecimento, que revêm e definem a previsão e quantificação dos medicamentos antimaláricos tendo em conta diversas variáveis. A metodologia tem por base a morbilidade, dados epidemiológicos disponíveis, dados populacionais e projecções do censo nacional (2007) utilizando uma taxa de crescimento média anual de 3%.

A quantificação de TCA também considera os níveis máximos e mínimos de existências reguladoras necessárias em todo o sistema de saúde, o tempo necessário para transportar os medicamentos através do sistema e a vida útil relativamente mais curta da AL em comparação com outros tratamentos da malária que não são à base de artemisinina. Tem igualmente em conta as diferenças relativas à faixa etária, meses de risco, populações rurais e urbanas, acesso a serviços de saúde, intervenções de controlo vectorial e a ampliação dos TDR e TIP. A melhoria nos dados de distribuição e de consumo do LMIS tem sido essencial para uma quantificação melhorada.

14.6 Gestão de Recursos Financeiros

O Ministério da Economia e Finanças (MEF) canaliza os fundos reservados para o MISAU através do seguinte mecanismo:

- Os processos de orçamentação clarificam a origem dos recursos;
- Numa primeira fase estes são inscritos ao MISAU;
- Ao longo do ano, os fundos são enviados para as províncias/distritos;
- O MISAU aplica os fundos, solicitando-os através do sistema electrónico de administração financeira do estado (e-SISTAFE) de acordo com as diferentes classificações;
- O MEF disponibiliza os fundos disponíveis de acordo com os pedidos – se necessário o MISAU atribui prioridade aos pedidos;
- No final do ano, o MISAU solicita o saldo; os fundos externos (apoio orçamental sectorial) podem ser transferidos para o ano seguinte.

Os sistemas financeiros estão a ser reforçados através da implementação do Plano de Acção de Gestão Financeira Pública do MISAU, que inclui desenvolvimentos na gestão da folha de pagamentos, cobertura ampliada do e-SISTAFE a nível governamental, monitoria trimestral e anual na CMAM e na cadeia de fornecimento em geral, bem como o lançamento do SIMAM em armazéns provinciais. Foram desenvolvidas ferramentas para a monitoria e para a realização de análises financeiras, com vista a facilitar a reconciliação dos pagamentos e-SISTAFE e viabilizar a comunicação de acordo com as categorias de custo, áreas de intervenção e objectivos, conforme definido em acordos.

O Plano de Controlo Fiduciário do MISAU é usado para minimizar os riscos identificados na actual gestão financeira, e uma unidade no âmbito da Direcção de Administração e Finanças é responsável pela contabilidade e reconciliação. Após os desembolsos, todos os pagamentos são enviados diariamente para esta unidade com vista à revisão, confirmação e reconciliação com os relatórios do e-SISTAFE.

O Tribunal Administrativo é responsável por empreender auditorias anuais; o MEF fornece balanços e outros apoios conforme solicitado.

14.6.1 Prioridades e abordagem

As prioridades financeiras foram directamente planificadas no presente PEM, tendo como aspectos centrais:

- Possuir uma estratégia e um plano operacional de qualidade superior, faseados e orçamentados com precisão, que podem ser utilizados com base para a mobilização de recursos, incluindo para componentes específicos – permitindo a negociação com doadores para assegurar uma repartição equitativa dos recursos.

- Desenvolver ferramentas de promoção e angariação de fundos que ilustrem o custo-benefício de forma mensurável e simples e o impacto que os diferentes níveis de financiamento podem ter na concretização de metas e objectivos específicos.
- Garantir o máximo benefício para os sistemas de saúde em geral, fortalecendo o apoio à implementação efectiva e à absorção eficiente dos recursos disponíveis.

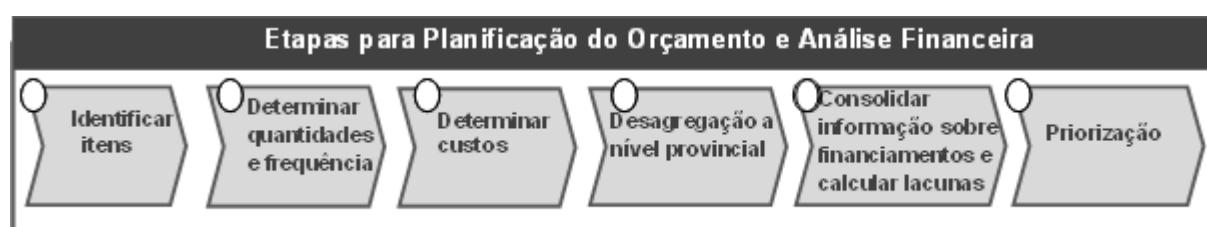
As abordagens à mobilização de recursos adicionais para o programa incluem:

- Com base no PEM, sustentar uma análise das lacunas financeiras do programa e desenvolver e gerir uma estratégia de angariação de fundos para colmatar lacunas identificadas e prioritárias, incluindo o desenvolvimento de ferramentas adequadas.
- Desenvolver e partilhar, de um modo acessível, as concretizações e os êxitos do programa baseados em evidências, para demonstrar a eficácia das diferentes intervenções e incentivar o investimento.
- Proceder a um levantamento abrangente das partes interessadas nacionais e internacionais, dos parceiros actuais e de novos parceiros potenciais e as respectivas áreas de interesse, aproveitando o apoio existente.
- Coordenar com os parceiros para assegurar que os recursos humanos, financeiros e materiais disponíveis são maximizados.
- Trabalhar com outros departamentos do MISAU para apoio a uma coordenação melhorada e reduzir a duplicação, particularmente no que diz respeito aos parceiros de implementação.

14.7 Plano Financeiro e Orçamental

14.7.1 Metodologia para Cálculo dos Custos

A abordagem usada para orçamentar este PEM foi baseada nas atividades e seus custos unitários. Durante o processo de desenvolvimento do PEM e sua microplanificação de actividades, o NMCP determinou todas as atividades e sub-atividades necessárias para alcançar os objetivos estratégicos subjacentes, metas e objetivos. Para cada atividade descrita no PEM e sua microplanificação de actividades, detalhes sobre “como” as intervenções serão realizadas, junto com “quando”, “onde” e “por quem”, determinou os custos unitários, frequência e escala de atividades. Para cada atividade, os recursos necessários para alcançar essa atividade foram identificados através de um processo de consulta com funcionários chave, convededores dos requisitos operacionais. Cada recurso foi então calculado pela compreensão dos custos unitários e quantidades necessários para atingir as metas das actividades. Os custos foram então desagregados a nível provincial, com base nas atividades realizadas em cada província.



Os mecanismos de financiamento e as contribuições de alguns doadores e parceiros não são confirmados com mais de um ano fiscal de antecedência, portanto, as lacunas de financiamento aqui

representadas podem não refletir a situação de financiamento das atividades, à medida que os anos progridem.

14.7.2 Resumo do Orçamento

O custo total estimado para este Plano Estratégico Malária é de US \$ 661.829.213 USD, com aproximadamente 43% do plano atualmente financiado.

As figuras seguintes fornecem informações resumidas sobre os requisitos financeiros para a implementação completa deste PEM.

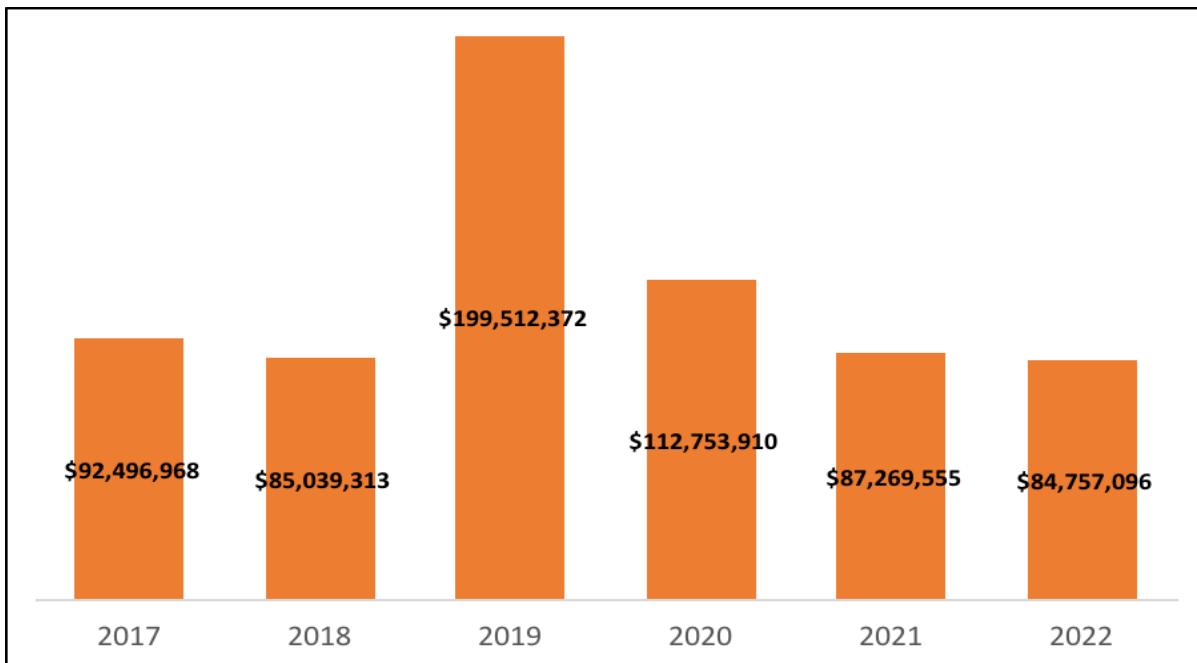


Figure 14-3: Resumo do orçamento do PEM, por ano, 2017-2022

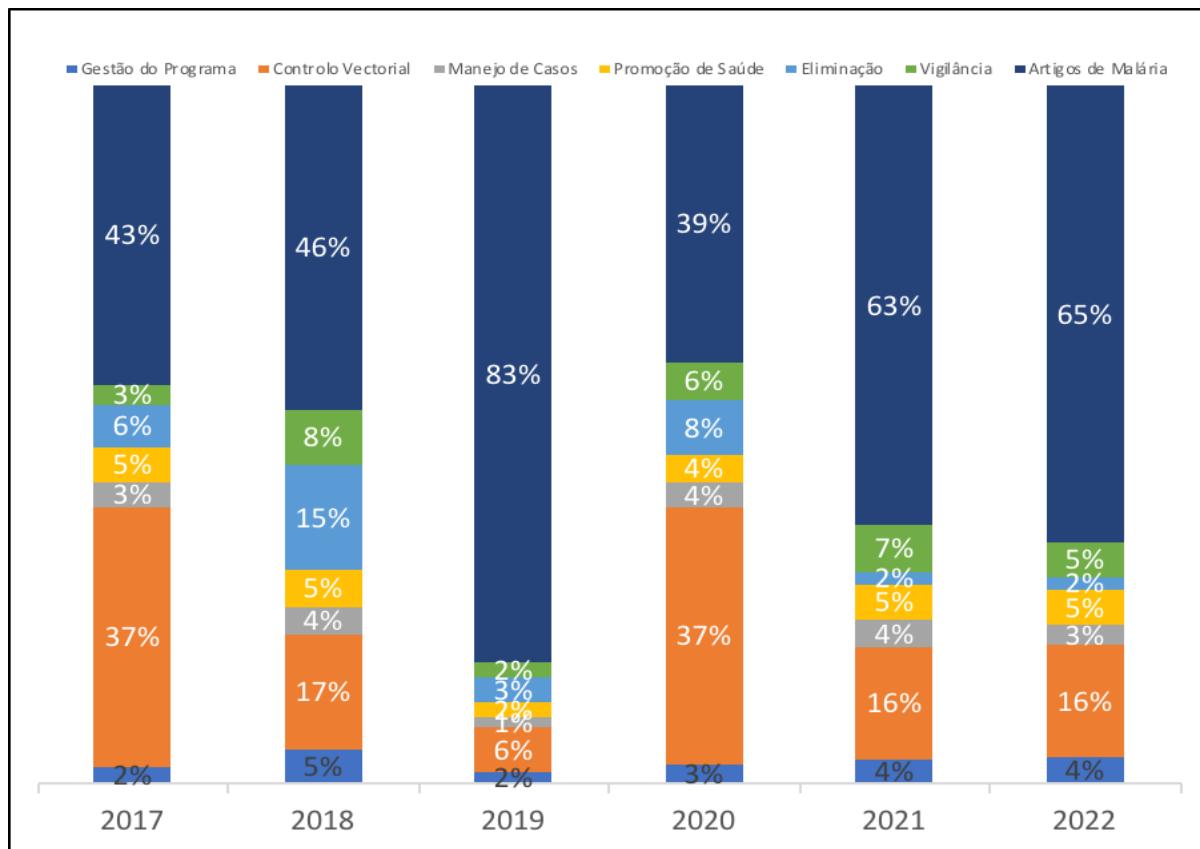


Figure 14-4: Resumo do orçamento do PEM, por % custos de cada objectivo, 2017-2022

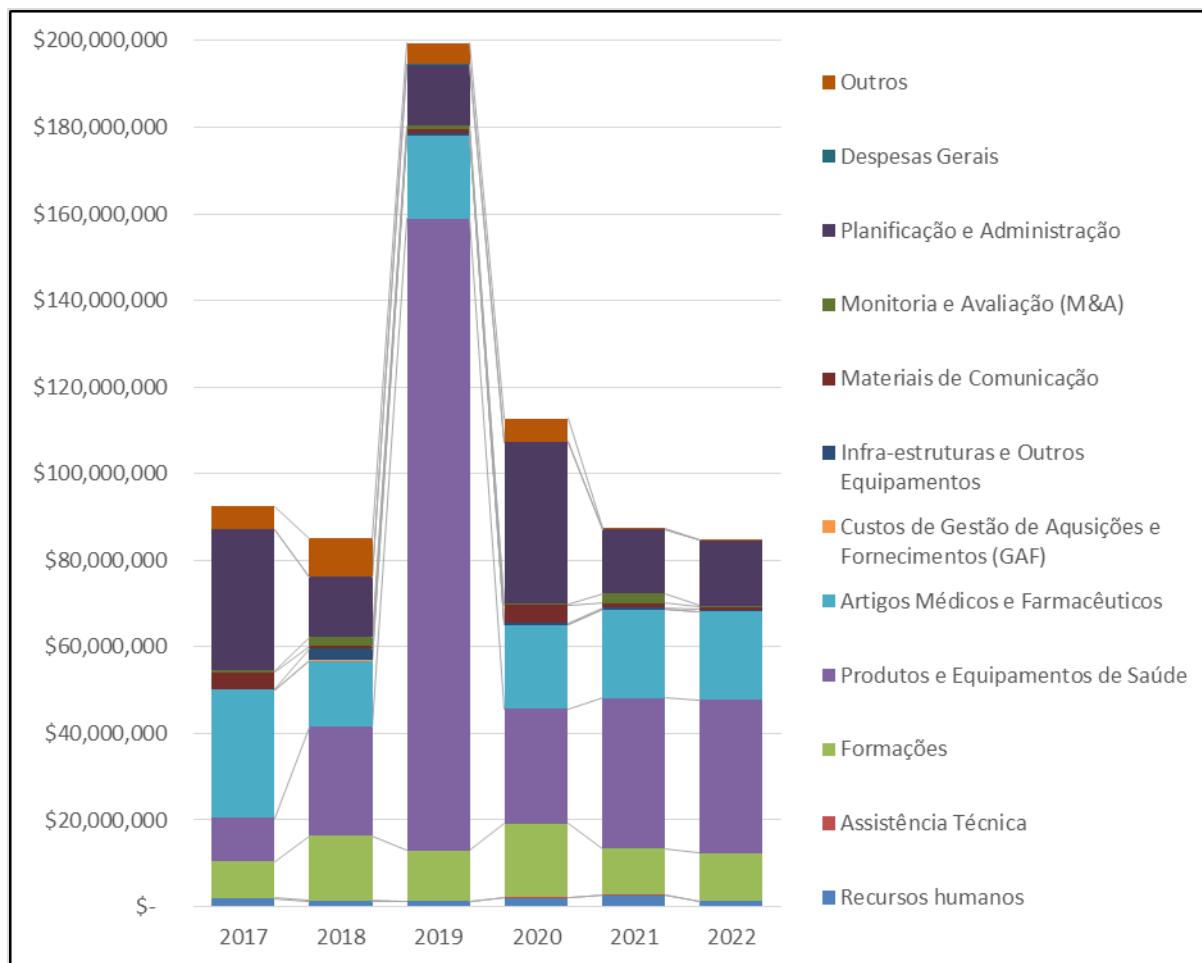


Figure 14-5: Resumo do orçamento do PEM, por categoria de custos, 2017- 2022

A tabela seguinte mostra o orçamento anual de cada atividade dentro da estratégia de cada Objetivo. Os artigos de malária, tanto para o controlo vectorial quanto para o manejo de casos, totaliza, aproximadamente, 60% do orçamento no valor de US \$ 399 milhões.

Tabela 14-1. Custos do PEM por objectivo, produtos e ano, 2017- 2022

		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2017-2022
OBJECTIVO 1. GESTÃO DO PROGRAMA	1.1. Estabelecer o organograma do PNCM e garantir que pessoal do programa da malária tem as capacidades necessárias para desempenhar as respectivas funções, a todos os níveis	20,000	419,142	491,998	496,502	380,217	381,613	2,189,472
	1.2. Assegurar a eficácia da gestão do Programa	2,198,495	3,570,216	2,564,769	2,623,728	2,659,282	2,733,124	16,349,614
	1.3. Estabelecer mecanismos para comunicação e coordenação a todos os níveis, incluindo parceiros	8,226	38,679	18,468	18,981	19,509	20,051	123,914
	1.4. Estabelecer parcerias efectivas e responsáveis para assegurar recursos adequados e seu uso apropriado	2,445	0	0	0	0	0	2,445
	1.5. Assegurar a coordenação e comunicação efectivas na Gestão de Aquisições e Fornecimentos, a todos os níveis	0	167,444	15,826	16,266	16,718	17,183	233,436
TOTAL OBJ 1		2,229,166	4,195,481	3,091,061	3,155,477	3,075,726	3,151,971	18,898,881
OBJECTIVO 2. PREVENÇÃO	2.1. Implementar campanhas de distribuição em massa de REMILD, para alcançar a cobertura universal	25,168,617	0	5,282	27,249,635	0	0	52,423,533
	2.2. Implementar a distribuição contínua de REMILD, para sustentar a cobertura universal	0	169,140	135,282	5,429	505,580	5,735	821,165
	2.3. Implementar a Pulverização Intra Domiciliária (PIDOM)	7,695,400	9,605,623	8,881,599	10,296,575	9,414,719	9,695,677	55,589,593
	2.4. Melhorar a cobertura do TIP para alcançar todas mulheres grávidas elegíveis, nas CPN	10,756	20,756	10,756	20,756	20,756	10,756	94,538
	2.5. Assegurar a gestão ambiental apropriada dos resíduos do controlo vectorial	10,000	116,976	116,689	119,933	123,268	126,694	613,560
	2.6. Realizar a monitoria e avaliação entomológica	296,716	1,345,971	809,877	831,669	789,634	872,915	4,946,782
	2.7. Operacionalizar a estratégia actualizada de GVI	1,385,103	2,811,026	2,908,541	2,948,302	3,066,767	2,956,735	16,076,473
TOTAL OBJ 2		34,566,592	14,069,491	12,868,026	41,472,299	13,920,724	13,668,512	130,565,644
OBJECTIVO 3. MANEJO DE CASOS	3.1. Assegurar o manejo adequado de casos, nas unidades sanitárias e nas comunidades	2,215,155	2,180,846	1,915,816	3,170,598	2,429,728	1,659,169	13,571,312
	3.2. Assegurar que todos os produtos necessários para o manejo de casos estejam disponíveis em todos os pontos de prestação de serviço	146,868	318,571	160,074	164,524	169,097	173,798	1,132,931
	3.3. Melhorar a garantia de qualidade & o controlo da qualidade do diagnóstico da malária	827,831	831,881	721,610	625,537	885,158	634,018	4,526,036
TOTAL OBJ 3		3,189,854	3,331,298	2,797,499	3,960,659	3,483,984	2,466,986	19,230,279

		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2017-2022
OBJECTIVO 4. CMSC	4.1. Avaliar conhecimentos, práticas e comportamentos relativos à malária e o efeito das intervenções de CMSC	83,017	0	0	0	0	0	83,017
	4.2. Planificar as intervenções de CMSC eficazmente	12,715	158,716	27,623	100,404	61,189	29,992	390,639
	4.3. Promover e envolver, a todos os níveis e com, todos os sectores relevantes	305,587	228,261	410,402	272,656	432,780	274,663	1,924,350
	4.4. Aumentar a procura, prestação e utilização de serviços de qualidade relativos à malária	198,589	97,976	280,676	106,966	145,029	47,350	876,586
	4.5. Reforçar os conhecimentos e influenciar as normas sociais e comportamentos relativamente à prevenção da malária	4,132,600	3,884,250	3,791,914	4,138,805	3,750,371	3,842,897	23,540,837
TOTAL OBJ 4		4,732,508	4,369,203	4,510,615	4,618,831	4,389,370	4,194,901	26,815,428
MOSASWA		5,305,168	8,784,276	4,925,830	5,257,830	0	0	24,273,104
OBJETIVO 5. ELIMINAÇÃO	5.1. Estabelecer sistemas de vigilância epidemiológica activos, efectivos e flexíveis, para apoiar a resposta	34,185	4,037,860	1,918,298	3,383,921	1,556,806	1,600,085	12,531,154
	5.2. Harmonizar estratégias amplas de manejo de casos e controlo vectorial em áreas definidas, onde existem compromissos regionais	10,020	16,486	16,944	17,415	17,899	18,397	97,161
	5.3. Direcionar intervenções com base nos factores da transmissão, em áreas definidas	0	21,571	1,043	1,072	1,102	1,132	25,919
	5.4. Assegurar sustentabilidade financeira dos esforços de eliminação, com base em evidências	14,566	11,620	18,744	11,744	19,801	12,406	88,881
TOTAL OBJ 5		5,363,939	12,871,813	6,880,858	8,671,981	1,595,607	1,632,020	37,016,219
OBJECTIVO 6. VM&A	6.1. Melhorar a capacidade de VM&A da malária, a todos os níveis	1,215,558	3,781,965	2,587,785	3,988,522	2,711,347	2,786,722	17,071,899
	6.2. Estabelecer um Sistema de Garantia da Qualidade de Dados	1,202,363	974,391	985,211	2,034,227	1,004,836	1,032,771	7,233,800
	6.3. Estabelecer um sistema abrangente, integrado de armazenamento de informação sobre malária (IMISS)	40,500	81,196	27,043	58,003	16,292	16,745	239,780
	6.4. Estabelecer um sistema e uma estratégia para resposta a surtos, em áreas propensas a epidemias	18,375	119,574	117,569	119,738	116,667	119,911	611,833
	6.5. Estabelecer um sistema para assegurar que a implementação e pesquisa operacional são realizadas e que os resultados são utilizados para informar actividades do Programa em tempo real	451,408	1,902,877	735,311	164,390	2,010,234	173,657	5,437,877
TOTAL OBJ 6		2,928,204	6,860,003	4,452,919	6,364,880	5,859,377	4,129,807	30,595,190
Produtos de malária		39,486,706	39,342,024	164,911,393	44,509,783	54,944,769	55,512,899	398,707,574
TOTAL POR ANO		92,496,968	85,039,313	199,512,372	112,753,910	87,269,556	84,757,096	661,829,214

14.8 Mobilização de Recursos

14.8.1 Análise de lacunas financeiras

A análise de lacunas financeiras, tendo em conta as fontes de financiamento, é fornecida nas tabelas abaixo. A tabela 14-2 indica as fontes de financiamento por ano e a tabela 14-3 indica as contribuições totais para cada objectivo, para todo o período deste PEM:

Tabela 14-2: Financiamento Total do PEM, por fonte e ano

	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
MISAU	\$3,227,323.73	\$3,399,385.70	\$3,353,547.43	\$3,271,571.11	\$3,271,571.11	\$16,523,399.07
PMI	\$16,447,122.69	\$15,845,695.68	\$16,214,858.35	\$21,758,953.11	\$20,061,367.84	\$90,327,997.67
OMS	\$401,450.96	\$309,291.62	\$46,454.92	\$50,460.18	\$49,073.72	\$856,731.40
UNICEF	\$171,965.42	\$325,721.84	\$181,659.60	\$186,709.73	\$191,900.26	\$1,057,956.85
UNITAID	\$68,268.00	\$73,210.00	\$78,412.00	-	-	\$219,890.00
E8	\$110,734.66	-	-	-	-	\$110,734.66
UCSF	\$37,500.00	\$18,750.00	-	-	-	\$56,250.00
Fundo Global	\$42,374,814.94	\$ 77,758,821.33	\$ 34,624,211.37	-	-	\$ 154,757,847.64
Total Externas	\$ 59,611,856.66	\$ 94,331,490.46	\$ 51,145,596.24	\$21,996,123.03	\$20,302,341.82	\$ 247,387,408.21
Total Contribuições Domésticas	\$3,227,323.73	\$3,399,385.70	\$3,353,547.43	\$3,271,571.11	\$3,271,571.11	\$16,523,399.07
Financiamento Total 2018-2020	\$ 215,069,200.21					
Financiamento Total 2018-2022	\$ 263,910,807.27					

Tabela 14-3: Contribuições Totais do PEM, por objectivo e ano

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Objectivo 1	-	\$138,035	\$148,114	\$148,035	\$30,084	\$30,000	\$494,268
Objectivo 2	\$20,000	\$10,127,120	\$9,349,711	\$9,478,090	\$9,984,651	\$9,669,717	\$48,629,289
Objectivo 3	-	\$1,440,136	\$604,954	\$598,954	\$241,446	\$248,158	\$3,133,647
Objectivo 4	-	\$41,502	\$74,619	\$80,755	\$78,687	\$49,939	\$ 325,502
Objectivo 5	\$5,305,168	8,784,276	\$4,925,830	\$5,257,830	-	-	\$24,273,104
Objectivo 6	\$251,408	\$2,183,721	\$702,248	\$788,406	\$1,340,680	\$1,615	\$5,268,078
Artigos de Malária	\$12,835,109	\$40,124,390	\$81,925,401	\$38,147,074	\$13,592,147	\$13,574,484	\$ 200,198,604
Total Financiado	\$18,411,685	\$ 62,839,180	\$97,730,876	\$54,499,144	\$25,267,694	\$23,573,913	\$282,322,492

A tabela 14-4 indica então a lacuna financeira, por objectivo do PEM para todo o seu período:

Tabela 14-4: Lacunas Financeiras do PEM, por objectivo e ano

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Objectivo 1	\$2,229,166	\$4,057,446	\$2,942,947	\$3,007,442	\$3,045,642	\$3,121,971	\$18,404,613
Objectivo 2	\$34,546,592	\$3,942,371	\$3,518,315	\$31,994,208	\$3,936,073	\$3,998,795	\$81,936,354
Objectivo 3	\$3,189,854	\$1,891,162	\$2,192,456	\$3,361,705	\$3,242,538	\$2,218,828	\$16,096,631
Objectivo 4	\$4,732,508	\$4,327,701	\$ 4,435,997	\$4,538,076	\$4,310,682	\$4,144,962	\$26,489,926
Objectivo 5	\$58,771	\$4,087,537	\$1,955,029	\$3,414,152	\$1,595,607	\$ 1,632,020	\$12,743,115
Objectivo 6	\$2,676,796	\$4,676,282	\$3,750,671	\$5,576,474	\$4,518,697	\$ 4,128,192	\$ 25,327,112
Artigos de Malária	\$26,651,597	\$ (782,366)	\$82,985,992	\$6,362,709	\$41,352,623	\$ 41,938,415	\$198,508,970
Lacuna Total	\$74,085,283	\$22,200,132	\$101,781,496	\$58,254,766	\$62,001,861	\$61,183,183	\$379,506,721

15 Quadro de Monitoria e Avaliação 2017-2022

Indicador	Tipo de Indicador	Linha de Base 201	Linha de Base 201	Objectivo 2017	Objectivo 2018	Objectivo 2019	Objectivo 2020	Objectivo 2021	Objectivo 2022
		2017	2018	2019	2020	2021	2022		
Meta 1. Até 2022, reduzir a morbilidade causada pela malária a nível nacional em, pelo menos, 40%, em comparação com os níveis observados em 2015									
1. Óbitos-por malária nos internamentos (por 100,000)	Impacto	10	6.0	5.3	4.8	4.2	3.8	3.4	3.0
2. Proporção de óbitos por malária nos internamentos	Impacto	10	4.0	3.6	3.2	2.8	2.5	2.2	2.0
3. Taxa de mortalidade por todas as causas, em crianças menores de 5 anos (por 1000 nados vivos)	Impacto	n.a.	n.a.	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD
Meta 2. Até 2022, reduzir a mortalidade intra-hospitalar causada pela malária a nível nacional em, pelo menos, 40%, em comparação com os níveis observados em 2015									
4. Casos de malária em pacientes internados (por 10,000)	Impacto	23	14.4	13.4	12.4	11.5	10.7	10.0	9.3
5. Percentagem de pacientes internados com diagnóstico de malária	Impacto	23	20.0	18.8	17.7	16.6	15.6	14.6	13.8
6. Prevalência de parasitemia por malária em crianças menores de 5 anos	Impacto	40.2	40.2	37.5	34.8	32.2	29.5	26.8	24.1
7. Incidência de malária (casos confirmados e clínicos por 1,000)	Resultado	249	286.0	256.8	230.6	207.1	186.0	167.0	150.0
8. Proporção de casos de malária nas consultas externas	Resultado	17	20.4	18.1	16.2	14.4	12.8	11.4	10.1
Objectivo 1. Fortalecer as competências de gestão do programa a nível central, provincial e distrital, de modo a alcançar os objectivos do Plano Estratégico, até 2022									
9. Proporção de pessoal ao nível central, provincial e distrital, treinado em gestão do programa de malária	Resultado	n.a.	n.a.	0%	0%	100%	100%	0%	0%
1.1 Estabelecer o organograma do PNCM e assegurar que o pessoal do programa da malária tem as capacidades necessárias para desempenhar as respectivas funções, a todos os níveis									
10. Proporção de lacunas de pessoal ao nível central	Processo	n.a.	n.a.	80%	85%	90%	95%	100%	100%
1.2 Assegurar a eficácia da gestão do Programa									
11. Número de Reuniões Anuais da Malária	Processo	n.a.	n.a.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
12. Proporção de províncias com planos operacionais alinhados com o PEN 2017-2022	Processo	n.a.	n.a.	0%	100%	100%	100%	100%	100%
13. Proporção de províncias que têm no calendário anual, pelo menos, duas reuniões de coordenação entre o PNCM e parceiros	Processo	n.a.	n.a.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
14. Plano de mitigação de riscos finalizado e disseminado	Processo	n.a.	n.a.	0%	100%	0%	0%	0%	100%
1.3 Estabelecer mecanismos para comunicação e coordenação a todos os níveis, incluindo parceiros									
15. Proporção de GTTs nacionais que tiveram, no mínimo, quatro reuniões no calendário anual	Processo	n.a.	n.a.	75%	100%	100%	100%	100%	100%
1.4 Estabelecer parcerias efectivas e responsáveis para assegurar recursos adequados e seu uso apropriado									
16. Orçamento do PEM actualizado e revisto	Processo	n.a.	n.a.	n.a.	1	1	1	1	1
17. Análise de lacunas actualizada e revista	Processo	n.a.	n.a.	n.a.	1	1	1	1	1
18. Taxa de Ajustamento calculado e revisto	Processo	n.a.	n.a.	n.a.	1	1	1	1	1
1.5 Assegurar a coordenação & comunicação efectivas na gestão de aquisições e fornecimentos, a todos os níveis									
19. Plano de GPA actualizado	Resultado	n.a.	1	1	1	1	1	1	1
Objectivo 2. Disponibilizar pelo menos 85% de cobertura da população com, no mínimo, uma intervenção de controlo vectorial em todos os distritos do país, até 2022									
20. Percentagem de agregados familiares com pelo menos uma rede mosquiteira tratada com insecticida para cada duas pessoas	Resultado	38.9	38.9	47	54	62	70	77	85
21. Proporção da população alvo protegida pela PIDOM nos últimos 12 meses	Resultado	14.0	17	85%	85%	85%	85%	85%	85%
22. Proporção da população de facto do agregado familiar com acesso a uma rede mosquiteira tratada com insecticida no agregado familiar	Resultado	53.8	53.8	59	64	69	75	80	85
2.1. Implementar campanhas de distribuição em massa de REMILD, para alcançar a cobertura universal									
23. Proporção da população em risco coberta com redes mosquiteras tratadas com insecticida de longa duração distribuídas através das campanhas de distribuição em massa	Processo	0%	94%	85%	0%	0%	85%	0%	0%
2.2. Implementar a distribuição contínua de REMILD, para sustentar a cobertura universal									
24. Proporção de mulheres grávidas que receberam redes mosquiteras tratadas com insecticida na CPN	Resultado	85%	85%	88%	90%	93%	95%	98%	100%

Indicador	Tipo de Indicador	Linha de Base 2015	Linha de Base 2016	Objectivo 2017	Objectivo 2018	Objectivo 2019	Objectivo 2020	Objectivo 2021	Objectivo 2022
2.3. Implementar a pulverização intradomiciliar (PIDOM)									
25. Proporção de casas pulverizadas	Resultado	86%	89%	85%	85%	85%	85%	85%	85%
26. Cobertura da pulverização (Proporção de casas encontradas pulverizadas)	Resultado	n.a	94%	85%	85%	85%	85%	85%	85%
2.4. Melhorar a cobertura do TIP para alcançar todas mulheres grávidas elegíveis, nas CPN									
27. Proporção de mulheres que receberam pelo menos 3 doses de TIP para a malária durante a última gravidez	Resultado	22.4%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
28. Proporção de mulheres grávidas com malária	Impacto	n.a	n.a	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD
29. Proporção de mulheres grávidas, com teste de malária positivo, que receberam tratamento	Resultado	n.a	95%	96%	97%	98%	98%	99%	100%
2.5 Assegurar a gestão ambiental apropriada dos resíduos do controlo vectorial									
30. Guião de gestão de resíduos desenvolvido e disseminado	Processo	n.a	n.a	0%	100%	0%	0%	0%	0%
2.6 Realizar a monitoria e avaliação entomológica									
31. Número de locais entomológicos conduzindo estudos de susceptibilidade	Processo	21	29	41	41	41	41	41	41
32. Número de locais entomológicos conduzindo estudos de densidade	Processo	21	29	41	41	41	41	41	41
33. Número de locais conduzindo bio-ensaios (Controlo de Qualidade da PIDOM)	Processo	21	29	25	30	30	30	30	30
34. Número de locais conduzindo bio-ensaios (Controlo de Qualidade de REMILD) + Durabilidade	Processo	6	6	6	6	6	6	6	6
2.7 Operationalizar a estratégia actualizada de GVI									
35. Número de províncias que receberam o documento da estratégia de GVI	Processo	0	0	11	0	11	0	0	0
36. Número de distritos que receberam o plano operacional da estratégia de GVI	Processo	0	0	0	156	0	0	0	0
37. Número de comunidades onde foram conduzidas actividades de gestão ambiental	Processo	0	0	11	11	11	11	11	11
38. Proporção de criadouros alvo que receberam larvícida	Resultado	n.a	n.a	0%	0%	10%	20%	30%	30%
39. Número de estruturas recebendo melhoramentos na habitação	Processo	n.a	n.a	0	400	400	400	400	400
Objectivo 3. Testar 100% dos casos suspeitos de malária e tratar 100% dos casos confirmados de malária ao nível das unidades sanitárias e a nível comunitário, de acordo com as directrizes nacionais, até 2022									
40. Taxa de positividade para a malária	Impacto	58%	56%	51%	47%	43%	40%	37%	34%
41. Taxa Anual de Examinacao do Sangue	Impacto	55%	58%	89%	118%	155%	161%	167%	167%
42. Proporção de casos suspeitos testados para a malária nas unidades sanitárias	Resultado	96%	97%	97%	98%	98%	99%	99%	100%
43. Proporção de crianças <5 anos com febre nas últimas 2 semanas e que receberam tratamento antimalarico de acordo com a política nacional, dentro de 24 horas do início da febre	Resultado	35.6	35.6	46	57	68	79	89	100
44. Proporção de crianças <5 anos com febre nas últimas 2 semanas que foram submetidas a uma picada no dedo ou calcanhar	Resultado	39.6	39.6	50	60	70	80	90	100
45. Razao entre o tratamento dispensado e casos reportados de malária	Resultado	n.a	119.10%	116%	113%	110%	106%	103%	100%
3.1 Assegurar o manejo adequado de casos, nas unidades sanitárias e nas comunidades									
46. Proporção de casos internados por malária nas unidades sanitárias que receberam tratamento antimarialíco apropriado, de acordo com as directrizes nacionais	Resultado	n.a	95%	96%	97%	98%	98%	99%	100%
47. Proporção de casos de malária, no ambulatório, que receberam tratamento antimarialíco apropriado, de acordo com as directrizes nacionais	Resultado	n.a	95%	96%	97%	98%	98%	99%	100%
48. Proporção de casos de malária tratados no setor público que são confirmados com um diagnóstico parasitológico	Resultado	92%	98%	98%	99%	99%	99%	100%	100%
49. Proporção de casos de malária tratados na comunidade que são confirmados com um diagnóstico parasitológico	Resultado	88%	95%	96%	97%	98%	98%	99%	100%
50. Número de Trabalhadores de Saúde das Unidades Sanitárias treinados em manejo de casos da malária	Processo	607	0	7500	7500	0	7500	7500	0
51. Número de APes que receberam treino de reciclagem em manejo de casos de malária	Processo	n.a	n.a	0	1105	1172	1171	0	0

Indicador	Tipo de Indicador	Linha de Base 2015	Linha de Base 2016	Objectivo 2017	Objectivo 2018	Objectivo 2019	Objectivo 2020	Objectivo 2021	Objectivo 2022
3.2. Assegurar que todos os produtos necessários para o manejo de casos estejam disponíveis em todos os pontos de prestação de serviço									
52. Proporção de distritos que não reportaram ruptura de stocks de TDRs	Resultado	n.a	n.a	80%	84%	88%	92%	96%	100%
53. Proporção de distritos que não reportaram ruptura de stocks de TCA	Resultado	n.a	n.a	80%	84%	88%	92%	96%	100%
54. Proporção de unidades sanitárias sem ruptura de stocks de TDRs por mais de 3 dias nos 3 meses anteriores ao inquerito	Resultado	n.a	n.a	90%	90%	90%	90%	90%	90%
55. Proporção de unidades sanitárias sem ruptura de stocks de TCA por mais de 3 dias nos 3 meses anteriores ao inquerito	Resultado	n.a	n.a	90%	90%	90%	90%	90%	90%
56. Proporção de unidades sanitárias sem ruptura de stocks de SP por mais de 3 dias nos 3 meses anteriores ao inquerito	Resultado	n.a	n.a	90%	90%	90%	90%	90%	90%
3.3 Melhorar a garantia e o controlo da qualidade do diagnóstico da malária									
57. Proporção de técnicos de laboratório treinados no diagnóstico de malária, de acordo com o planificado	Processo	83	83	734	734	734	734	0	0
58. Proporção de técnicos de laboratório treinados em EQA, de acordo com o planificado	Processo	0	0	0	100%	0	100%	0	0
59. Proporção de laboratórios que realizam controlo externo de qualidade para microscopia da malária e que reportam os resultados	Output	89	104	180	230	280	300	350	350
60. Proporção de laboratórios que atingem ≥ 50% de concordância nos resultados da verificação cruzada da microscopia	Resultado	71%	41%	49%	57%	66%	74%	82%	90%
Objectivo 4. Implementar uma abordagem efectiva de CMSC para assegurar que, pelo menos, 70% das pessoas procuram cuidados de saúde apropriados e atempados, e que, pelo menos, 85% da população utiliza um método de protecção adequado, até 2022									
61. Proporção de crianças menores de cinco anos de idade com febre nas últimas duas semanas e para quem se procurou aconselhamento ou tratamento	Resultado	62.70%	64%	65%	66%	67%	68%	69%	70%
62. Proporção de inquiridos, com idade acima de cinco anos, com febre nas últimas duas semanas e que procurou aconselhamento ou tratamento	Resultado	n.a	n.a	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD
63. Proporção de crianças <5 anos que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida na noite anterior ao inquerito e / ou numa casa pulverizada com PIDOM nos últimos 12 meses	Resultado	53.20%	59%	63%	67%	72%	76%	81%	85%
64. Proporção de crianças <5 anos que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida na noite anterior ao inquerito	Resultado	49.7%	49.7%	56%	61%	67%	73%	79%	85%
65. Proporção de mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida na noite anterior ao inquerito e/ou numa casa pulverizada com PIDOM nos últimos 12 meses	Resultado	57.60%	62%	66%	70%	74%	77%	81%	85%
66. Proporção de mulheres grávidas que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida na noite anterior ao inquerito	Resultado	52.1%	52.1%	58%	63%	69%	74%	80%	85%
67. Proporção da população que usa a rede mosquiteira tratada com insecticida entre os que têm acesso à uma rede mosquiteira tratada com insecticida	Resultado	53.8%	62%	69%	77%	85%	85%	85%	85%
4.1 Avaliar conhecimentos, práticas e comportamentos relativos à malária e o efeito das intervenções de CMSC									
68. Proporção de estudos de CMSC implementados	Processo	n.a	n.a	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4.2 Planificar as intervenções de CMSC eficazmente									
69. Proporção de distritos que receberam o documento da estratégia de SBCC e que tiveram um encontro para a sua disseminação	Processo	n.a	n.a	0%	100%	100%	100%	100%	100%
70. Proporção de províncias com planos anuais operacionais de SBCC que são consistentes com a estratégica nacional de SBCC	Output	n.a	n.a	0%	100%	100%	100%	100%	100%
71. Número de participantes treinados em SBCC e em estratégias de comunicação	Processo	n.a	n.a	0	30	0	30	0	0
4.3 Promover e envolver, a todos os níveis e com, todos os sectores relevantes									
72. Número de eventos comemorativos sobre malária, incluindo lançamento de campanhas sobre redes mosquiteras tratadas com insecticida e PIDOM, realizados a todos os níveis	Processo	n.a	22	22	22	22	22	22	22
73. Número de indivíduos treinados no pacote de mensagens sobre malária	Processo	n.a	n.a	0	565	0	565	0	0

Indicador	Tipo de Indicador	Linha de Base 2015	Linha de Base 2016	Objectivo 2017	Objectivo 2018	Objectivo 2019	Objectivo 2020	Objectivo 2021	Objectivo 2022
4.4 Aumentar a procura, prestação e utilização de serviços de qualidade relativos à malária									
74. Número de panfletos e cartazes distribuídos para as unidades sanitárias e APEs	Processo	n.a	n.a	0	14,400	0	17,500	0	0
75. Número de eventos comunitários relacionados com a divulgação da procura de cuidados para a malária	Processo	n.a	n.a	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD
76. Número de emissões de programas sobre a procura de cuidados para a malária, através das rádios comunitárias	Processo	n.a	n.a	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD
77. Número de pessoas alcançadas por mensagens de educação e informação através dos APEs e unidades sanitárias	Processo	n.a	n.a	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD
78. Número de pessoas alcançadas por mensagens de educação e informação através de visitas domiciliárias	Processo	n.a	n.a	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD
4.5 Reforçar os conhecimentos e influenciar as normas sociais e comportamentos relativamente à prevenção da malária									
79. Proporção de pessoas que se recordam de ter ouvido ou visto mensagens de malária através do canal de comunicação XXX (reportado por cada canal específico de comunicação)	Resultado	n.a	n.a	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD
80. Proporção de população alvo que sabe/ pode explicar como se previne a malária através do uso da PIDOM e/ou RMTLD	Output	n.a	n.a	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD
Objectivo 5. Acelerar os esforços para a eliminação da malária, através da implementação de intervenções epidemiologicamente adequadas, até 2022									
81. Número de distritos com alta transmissão	Impacto	n.a	n.a	81	61	27	21	14	11
82. Número de distritos com transmissão moderada	Impacto	n.a	n.a	67	87	103	99	98	95
83. Número de distritos com baixa transmissão	Impacto	n.a	n.a	7	7	20	27	35	41
84. Número de distritos com transmissão muita baixa	Impacto	n.a	n.a	0	0	5	8	8	8
5.1 Estabelecer sistemas de vigilância epidemiológica activos, efectivos e flexíveis para apoiar a resposta									
85. Proporção de casos de malária confirmados notificados em tempo real, em distritos alvo	Output	n.a	0%	0%	0%	0%	25%	100%	100%
5.2 Harmonizar estratégias amplas de manejo de casos e controlo vectorial em áreas definidas, onde existem compromissos regionais									
86. Proporção de distritos que implementam actividades trans-fronteiriças de malária, de acordo com o plano conjunto acordado	Processo	n.a	0%	20%	40%	60%	80%	100%	100%
5.3 Direcionar intervenções com base nos factores da transmissão, em áreas definidas									
87. Taxa de classificação de casos	Output	n.a	n.a	0%	0%	15%	30%	60%	75%
88. Proporção de focos activos em áreas definidas para eliminação	Outcome	n.a	n.a	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD
89. Taxa de classificação de focos	Output	n.a	n.a	0%	80%	80%	80%	100%	100%
90. A proporção de focos activos para os quais se deu resposta com uma intervenção apropriada, de acordo com a orientação nacional	Output	n.a	n.a	0%	15%	15%	30%	60%	75%
5.4 Assegurar a sustentabilidade financeira dos esforços de eliminação, com base em evidências									
91. Proporção do orçamento prioritário que foi financiado	Output	n.a	28.4%	25.6%	22.8%	19.9%	17.1%	14.2%	11.4%

Indicador	Tipo de Indicador	Linha de Base 2015	Linha de Base 2016	Objectivo 2017	Objectivo 2018	Objectivo 2019	Objectivo 2020	Objectivo 2021	Objectivo 2022
Objectivo 6. Fortalecer o sistema de vigilância de modo a que 100% das unidades sanitárias e distritos notifiquem dados completos, atempados e de qualidade, até 2020									
92. Proporção de distritos que submetem mensalmente os relatórios do SISMA	Output	n.a	94%	95%	96%	97%	98%	99%	100%
93. Completude dos relatórios das unidades sanitárias	Output	n.a	n.a	100%	100%	100%	100%	100%	100%
94. Proporção de distritos que reportam atempadamente ao SISMA	Output	n.a	94%	95%	96%	97%	98%	99%	100%
95. Proporção de distritos que submetem trimestralmente os relatórios de qualidade de dados	Output	n.a	0%	0%	20%	40%	60%	80%	100%
6.1. Melhorar a capacidade de VM&A da malária, a todos os níveis									
96. Proporção dos pontos focais provinciais e distritais da malária treinados em M&A da malária	Processo	n.a	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%
97. Proporção de boletins trimestrais da malária enviados para todas as províncias	Processo	n.a	0%	50%	100%	100%	100%	100%	100%
6.2. Estabelecer um sistema de Garantia da Qualidade dos dados									
98. Proporção de distritos implementando um sistema de garantia da qualidade dos dados	Output	n.a	0%	0%	0%	20%	40%	60%	100%
6.3. Estabelecer um sistema abrangente, integrado de armazenamento de Informação sobre malária (iMISS)									
99. Sistema integrado de Armazenamento de Informação sobre malária estabelecido ao nível central	Processo	n.a	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%
6.4. Estabelecer um sistema e uma estratégia para respostas a surtos, em áreas propensas a epidemias									
100. Proporção de distritos com equipas treinadas para resposta a surtos	Processo	n.a	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%
6.5. Estabelecer um sistema para assegurar que a implementação e a pesquisa operacional são realizadas e que os resultados são utilizados para informar actividades do Programa em tempo real									
101. Número de estudos de pesquisa operacional efectuados com a aprovação do PNCM	Output	n.a	n.a	3	6	3	1	4	1

16 Microplanificação de Actividades

OBJECTIVO 1	FORTALECER AS COMPETÊNCIAS DE GESTÃO DO PROGRAMA A NÍVEL CENTRAL, PROVINCIAL E DISTRITAL, DE MODO A ALCANÇAR OS OBJECTIVOS DO PLANO ESTRATÉGICO, ATÉ 2022																		
	Detalhes		Comentários		Implementador Primário Implementador 1	Implementador 2	Nível	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
								T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	Q1	Q2	Q3	Q4
Intervenção estratégica 1.1	Estabelecer o organograma do PNCM e garantir que pessoal do programa da malária tem as capacidades necessárias para desempenhar as respectivas funções, a todos os níveis																		
Actividade 1.1.1	Rever, actualizar e estender a todos os níveis, a avaliação de necessidades do PNCM, sobre capacidades e recursos necessários																		
	Desenvolver TdR para a avaliação de necessidades do PNCM	Incluir outros recursos e não somente RH (equipamentos, infraestruturas)		Director PNCM			Central												
	Contratar um consultor para realizar a avaliação de necessidades do PNCM	2 meses - Incluindo viagens para as províncias e distritos		Director PNCM			Central												
	Rever e actualizar a avaliação de necessidades do PNCM, a nível central	Consultor		Consultor	Director PNCM		Central												
	Realizar a avaliação de necessidades do PNCM, ao nível das províncias e distritos	Consultor - 15 dias de trabalho de campo		Consultor	Director PNCM		Central												
	Disseminar o relatório dentro do PNCM, MISAU e parceiros	Enviar via email ou outros meios		Director PNCM			Central												
Actividade 1.1.2	Rever e aprovar o organograma, definindo funções e responsabilidades claras																		
	Actualizar o organograma e descrições de tarefas, aos níveis central e provincial	Feito pelo consultor, como parte da avaliação de necessidades do PNCM		Director PNCM	Consultor		Central												
	Promover um encontro para rever as conclusões da avaliação de necessidades e aprovar o organograma do PNCM e as descrições de tarefas, a nível central, provincial e distrital	1 dia de encontro Uma vez por ano Participantes: 15		Director PNCM	Consultor		Central												
	Aprovar o organograma do PNCM e as descrições de tarefas			Director PNCM			Central												
	Disseminar o organograma do PNCM e as descrições de tarefas			Director PNCM			Nacional												
Actividade 1.1.3	Recrutar, realocar e formar para preenchimento de vagas identificadas																		
	Preencher vagas identificadas na avaliação de necessidades do PNCM			Director PNCM			Nacional												
	Participar em cursos de formação de curta duração (todas as áreas temáticas, para vagas específicas identificadas)	Pelo menos 4 formações por ano, 1 pessoa por ano		PNCM			Central												
	Participar em conferências e encontros internacionais (todas as áreas temáticas)	Pelo menos 4 conferências, 1 técnico de nível central por conferência, cada ano		PNCM			Central												
	Desenvolver capacidades no pessoal do PNCM, em metodologias de investigação	Participantes: 10 Frequência: Uma vez durante o PEM Duração: 3 dias		PNCM			Central e provincial												
	Desenvolver capacidades em gestão de programa para as equipas de nível central, provincial e distrital	2 formações durante este PEM (2 anos consecutivos), 100 pessoas em cada formação com participantes dos níveis distrital, provincial e central; 1 semana	Adaptar a formação da OMS	PNCM			Central, provincial e distrital												
Intervenção estratégica 1.2	Assegurar a eficácia da gestão do Programa																		
Actividade 1.2.1	Garantir a planificação integrada e alinhamento de actividades com outros programas e parceiros, a todos os níveis																		
	Criar e disseminar uma pasta global com todos os documentos chave do PNCM	Actualizar a pasta do projecto LINK, incluindo orientações, manuais, políticas, etc. Usar dropbox		PNCM			Central												
	Criar um mecanismo de cooperação com programas relevantes do MISAU e parceiros	1 dia de encontro Uma vez por ano Participantes: 15		PNCM			Central												
Actividade 1.2.2	Desenvolver e gerir planos de trabalho anuais detalhados																		
	Realizar encontros semestrais de revisão (reunião de balanço a nível provincial)	2 vezes por ano - 2 dias de encontro Pontos focais Distritais de malária, ponto focal provincial de malária, Médicos chefes distritais, pontos focais distritais, NED ou SMI		PNCM			Provincial												
	Realizar encontro de Revisão Anual da Malária (reunião de balanço ao nível central)	Uma vez por ano- 3 dias 100 pessoas		PNCM			Central												
	Realizar encontro anual de planificação	Uma vez por ano - 2 dias Na mesma semana da reunião anual, onde se desenvolve o Plano Operacional Anual		PNCM			Provincial												
	Disseminar os Planos Operacionais Anuais	Envoltos as DPSS por email ou em versão impressa; para que os incluem no PES provincial		PNCM			Nacional												

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017				2018				2019				2020				2021			
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4	Q1	Q2	Q3	Q4												
Actividade 1.2.3	Garantir a implementação de actividades do programa																								
	Adquirir 15 computadores para o nível central	Uma vez durante este PEM	Equipa de VM&A		Central																				
	Adquirir um carro para cada província	1 por província	Oficial de aquisições		Provincial																				
	Adquirir um computador para cada província	Uma vez durante este PEM	Equipa de VM&A		Provincial																				
	Adquirir motorizadas para todos os distritos e províncias	1 por distrito + 1 por província	Equipa de VM&A		Provincial e distrital																				
	Adquirir equipamento para teleconferência	Realizar chamadas mensais com as províncias a nível central	Oficial de aquisições		Central																				
	Adquirir um projector para o nível central		Equipa de VM&A		Central																				
	Realizar visitas integradas de supervisão e apoio, de nível central	Duas vezes por ano, a cada província Equipa multidisciplinar de 4 pessoas de nível central (chefes de MC, VM&A, CMSC e GM)	PNCM		Provincial																				
	Realizar visitas integradas de supervisão e apoio, de nível provincial	4 de nível provincial (ponto focal da malária, M&A, Saúde da Comunidade - SESP e médico chefe provincial), 4 vezes por ano, a todos os distritos de todas províncias	PNCM		Distrital																				
	Realizar visitas integradas de supervisão e apoio, de nível distrital	A cada 2 meses, em todas as unidades sanitárias de cada distrito, em cada província; 4 funcionários de nível distrital (ponto focal de malária, médico chefe distrital, farmácia, M&A-NED)	PNCM		US																				
Actividade 1.2.4	Realizar a avaliação do programa (RPM) e avaliar o desempenho em função dos prazos e orçamento, revendo e actualizando a todos os																								
	Contratar um consultor para apoiar a Revisão Intercalar do programa (Revisão de Meio Termo-RMT)	1 mês	PNCM		Central																				
	Realizar uma revisão bibliográfica temática	Feito pelos Grupos Técnicos de Trabalho (GTT)	PNCM	Consultor	Central																				
	Realizar um workshop para finalizar a revisão bibliográfica temática	Encontro de 2 dias - 50 pessoas, incluindo 6 pontos focais provinciais de malária	PNCM	Consultor	Central																				
	Realizar visitas de campo (a Unidades Sanitárias, DDSs e DPSS)	1 semana de visitas para validar a revisão bibliográfica temática 5 especialistas internacionais e + 5 nível central + 3 pessoal provincial do PNCM	PNCM	Consultor	Distrital																				
	Realizar encontros de validação da revisão temática e resultados das visitas de campos	1 semana 50 pessoas (3 dias) 20 pessoas (2 dias)	PNCM	Consultor	Central																				
	Finalizar, imprimir e disseminar o relatório da RMT	250 cópias	PNCM		Central																				
	Realizar a Revisão do Programa da Malária (RPM)		PNCM e parceiros		Nacional																				
Actividade 1.2.5	Assegurar o comprometimento e desempenho da equipa do PNCM																								
	Introduzir Incentivos basados no desempenho (PBI) para melhorar a retenção de pessoal	Fornecer incentivos para horas extras de trabalho	Director PNCM		Central e provincial																				
	Definir critérios para atribuição de prémios anuais	Vai ser feito por um júri Será necessário desenvolver um sistema de avaliação para definir critérios de elegibilidade	Director PNCM		Central e provincial																				
	Atribuir prémios uma vez por ano	Uma vez por ano, durante a reunião anual 2 laptops ou salário mensal adicional	Director PNCM		Central, provincial e distrital																				
Actividade 1.2.6	Realizar a gestão sistemática de riscos, a nível central																								
	Desenvolver directrizes sobre gestão de riscos	Pedir assistência técnica de parceiros Duas vezes durante este PEM	PNCM	Parceiros	Central																				
	Imprimir directrizes sobre gestão de riscos	50 cópias; duas vezes durante este PEM	PNCM		Central																				
	Disseminar directrizes sobre gestão de riscos	Enviar para o nível provincial	PNCM		Provincial																				

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017				2018				2019				2020				2021				2022			
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4												
Intervenção Estratégica 1.3	Estabelecer mecanismos para comunicação e coordenação a todos os níveis, incluindo parceiros																												
Actividade 1.3.1	Definir e fortalecer a função de mecanismos de coordenação efectiva, a todos os níveis																												
	Realizar encontros regulares com parceiros chave a nível central	A cada 2 meses	PNCM		Central																								
	Garantir coordenação com os parceiros durante a reunião provincial bienal		PNCM		Provincial																								
	Realizar uma Reunião Anual do Comité Consultivo Malária (CCM)	15 pessoas, incluindo 5 peritos internacionais Encontro de 1 dia em Maputo	PNCM		Central																								
	Realizar teleconferências ad hoc do CCM		PNCM		Central																								
	Realizar encontros bienais do Comité Técnico Consultivo Malária (CTCM)	Meio dia de reunião Participantes: 20 2 vezes por ano	PNCM		Central																								
	Realizar reuniões ad hoc do CTCM		PNCM		Central																								
Actividade 1.3.2	Revitalizar os Grupos Técnicos de Trabalho (GTT), para todas as áreas do programa																												
	Realizar encontros trimestrais consolidados dos GTTs de Controlo Vectorial	Incluir os membros de todos os GTTs de Controlo Vectorial: entomologia, RMTILDS, PIDOM 4 vezes ao ano; discussão de todas actividades (30 pessoas)	PNCM e parceiros	GTT	Central																								
	Realizar encontros mensais separados dos GTTs de REMILD, PIDOM e Entomologia	Mensalmente- sem custos 15-20 participantes; nível central 3 encontros separados a cada mês (1 para PIDOM, 1 para entomologia, 1 para RMTILD)	PNCM e parceiros	GTT	Central																								
	Realizar encontros mensais do GTT de Manejo de Casos (medicamentos, gravidez, laboratório)	4 vezes por ano - 15 pessoas; nível central	PNCM e parceiros	GTT	Central																								
	Realizar encontros mensais do GTT de Medicamentos	Reunião mensal para analisar o risco e os stocks de artigos de tratamento de malária- material farmacêutico 11 encontros- 20 pessoas	PNCM e parceiros	GTT	Central																								
	Realizar encontros trimestrais do GTT MiP (Malária na Gravidez)	Garantir reuniões regulares 4 vezes ao ano; + de 30 pessoas	PNCM e parceiros	GTT	Central																								
	Realizar encontros trimestrais do GTT VM&A	4 vezes ao ano - 15 pessoas	PNCM e parceiros	GTT	Central																								
	Realizar encontros trimestrais do GTT CMSC	4 vezes ao ano - 20 pessoas	PNCM e parceiros	GTT	Central																								
	Criar e realizar encontros trimestrais do GTT Eliminação	4 vezes ao ano - 10 pessoas	PNCM e parceiros	GTT	Central																								
Actividade 1.3.3	Desenvolver e gerir um Plano de Gestão de Intervenientes & um Plano de Comunicação, interna e externa																												
1.3.3.1	Comunicações internas																												
	Falar com os pontos focais provinciais para discutir actividades do PNCM	Uma vez por mês	Director PNCM e Equipa VM&A	Pontos Focais provinciais Malária	Provincial																								
	Adquirir 4 aparelhos com acesso a internet para todos os gabinetes do PNCM e 1 telefone, para o nível central	4 aparelhos	Equipa de VM&A		Central																								
	Adquirir mensalmente pacotes de internet para o PNCM, a nível central		PNCM		Central																								
1.3.3.2	Comunicações externas																												
	Desenvolver um plano de comunicação externa	Com partes interessadas . Uma vez durante este PEM	Director PNCM		Central																								
	Desenvolver um Plano de Gestão de Intervenientes	Contratar um consultor por 2 semanas; incluir informação sobre frequência de encontros, dados a serem reportados pelos parceiros, divisão da AT, etc	Director PNCM		Central																								
Actividade 1.3.4	Engajar, a nível central, os institutos de formação inicial e contínua, para a inclusão de módulos chave da malária, sobre as melhores práticas																												
	Partilhar cópias de todos os manuais e guiões actualizados	Incluir manuais e guiões de manejo de casos, VM&A e CMSC	Director PNCM		Central																								
	Realizar um encontro ao nível central com o departamento de Formação Contínua e Universidades de Ciências da Saúde	Propor a introdução dos manuais e materiais de formação no currículum dos seus cursos	Director PNCM		Central																								
Actividade 1.3.5	Advocar junto ao MISAU para a criação de um mecanismo legal para a realização de inspecções de malária, nas unidades sanitárias privadas																												
	Realizar um encontro com o Departamento de Medicina Privada do MISAU	Reunião ao nível central	Director PNCM		Central																								

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017		2018		2019		2020		2021		2022			
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	Q1	Q2
Intervenção Estratégica 1.4	Estabelecer parcerias efectivas e responsáveis para assegurar recursos adequados e seu uso apropriado																		
Actividade 1.4.1	Identificar lacunas / necessidade de recursos, a todos os níveis de gestão				Central														
	Calcular os custos anuais de cada área programática, durante o encontro de planificação	Usar a tabela de custos do PEM, actualizando os custos unitários e quantidades	PNCM		Central														
	Realizar a análise das lacunas de recursos, para cada área temática	Realizar a análise das lacunas baseado nos custos revistos do PEM, efectuados no encontro de planificação	PNCM		Central														
	Actualizar os custos do PEM durante a Revisão de Médio Prazo (RMP)	Requer AT dos parceiros	PNCM	Consultor	Central														
Actividade 1.4.2	Definir e implementar estratégias e abordagens apropriadas de advocacia, parcerias e angariação de fundos																		
	Desenvolver um plano de advocacia	Requer AT dos parceiros. Uma vez durante este PEM	PNCM		Central														
	Actualizar o mapeamento de potenciais parceiros nacionais e internacionais	Anualmente	Director PNCM		Central														
	Realizar eventos de advocacia (dias da Malária, lançamento de campanhas de massas, datas comemorativas, etc)	Detalhes sob objectivo 4- CMSC	Equipa de CMSC		Central														
	Lançar e disseminar o PEM, incluindo as lacunas encontradas na análise financeira, para se fazer a angariação de fundos junto de todos os parceiros	Lançar e disseminar durante o encontro anual de malária	Director PNCM		Nacional														
	Colaborar com parceiros regionais para mobilizar para um contínuo financiamento das iniciativas/partnerias transfronteiriças		PNCM		Nacional														
Actividade 1.4.3	Monitorar e adaptar as abordagens de advocacia, parcerias e angariação de fundos																		
	Realizar reuniões para analisar as abordagens de advocacia, parceria e angariação de fundos		PNCM e parceiros		Central														
Actividade 1.4.4	Assegurar o uso e reporte apropriados, efectivos e atempados dos recursos recebidos, conforme acordado, ao nível central																		
	Criar um modelo para rastrear todos os fundos recebidos dos parceiros, e seu uso		Oficial Administrativo		Central														
	Encontros regulares com parceiros para rever o orçamento	2 vezes por ano	PNCM e parceiros		Central														
Intervenção Estratégica 1.5	Assegurar a coordenação e comunicação efectivas na Gestão de Aquisições e Fornecimentos, a todos os níveis																		
Actividade 1.5.1	Definir, ao nível central, as necessidades de coordenação/comunicação																		
	Participar na elaboração de concursos e escolhas de fornecedores		UGEA	PNCM	Central														
	Enviar documentação oficial às províncias e distritos, uma vez disponíveis os produtos	Para todos bens Sem custos	PNCM		Central														
Actividade 1.5.2	Implementar abordagens apropriadas para responder às necessidades identificadas																		
	Desenvolver um plano anual para as actividades de aquisição	Conselheiro Logístico e chefes de unidades do PNCM. A quantificação do trabalho é feita como parte dos GTTs e outras reuniões	Conselheiro Logístico		Central														
	Desenvolvimento/revisão das especificações dos produtos a ser adquiridos	Conselheiro Logístico e chefes de unidades do PNCM.	Conselheiro Logístico		Central														
Actividade 1.5.3	Desenvolver, ao nível central, instrumentos para gerir actualizações de inventários, em tempo real																		
	Incluir uma secção de gestão de stocks como parte da iMISS		Equipa de VM&A		Central														
	Fazer seguimento dos produtos distribuídos a todos os níveis	Usando a iMISS	Assessor Logístico		Central														
	Rastrear os inventários a todos os níveis	Usando a iMISS	Assessor Logístico		Central														
Actividade 1.5.4	Monitorar e controlar as actividades do PSM																		
	Fazer visitas de monitoria e controlo GAF, às províncias e distritos	3 visitas por ano, 2 pessoal ao nível cenícias, 5 dias	Director PNCM		Provincial e distrital														
	Desenvolver e disseminar os relatórios sobre actividades de monitoria e controlo de GAF	2 por ano	Director PNCM		Central														
Actividade 1.5.5	Identificar e alocar, a todos os níveis, armazéns para os produtos de controlo vectorial																		
	Alocar contentores para cada província	Alocar 130 contentores comprados com o apoio do FG NFM 2015-2017, 8 dos quais são para os ILEPs	PNCM		Nacional														
	Efectuar a avaliação de necessidades, a todos os níveis, para o armazenamento de produtos do controlo vectorial	Nível Central	PNCM	Parceiros	Central														
	Partilhar os resultados das avaliações com todas as províncias	Via email	PNCM		Provincial														
	Avaliar as necessidades de custos e identificar os locais para aquisição e alocação de novos contentores, se necessário	De acordo com os resultados da avaliação	PNCM	Parceiros	Central														

OBJECTIVO 2	DISPONIBILIZAR PELO MENOS 85% DE COBERTURA DA POPULAÇÃO COM, NO MÍNIMO, UMA INTERVENÇÃO DE CONTROLO VECTORIAL EM TODOS OS DISTRITOS DO PAÍS, ATÉ 2022																																												
	Detalhes		Comentários		Implementador Primário		Nível	2017				2018				2019				2020				2021				2022																	
Intervenção Estratégica 2.1	Implementar campanhas de distribuição em massa de REMILD, para alcançar a cobertura universal																T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4													
Actividade 2.1.1	Coординar, apropriadamente, para assegurar comunicações efectivas em apoio às campanhas de distribuição em massa de REMILD																																												
	Encontro de engajamento a nível provincial			Ponto Focal Provincial do PNCM			Provincial																																						
	Encontro de engajamento a nível distrital			Equipa distrital do PNCM			Distrital																																						
	Produzir informação/relatórios de todas as actividades realizadas diária/ mensalmente e enviá-las para os governadores provinciais			DDS			Distrital																																						
	Distribuir material de mobilização durante a fase de distribuição			PNCM Provincial e PNCM distrital			Comunitário																																						
	Encontro de mobilização pós-campanha			Equipa distrital do PNCM			Distrital																																						
Actividade 2.1.2	Supervisionar actividades de monitoria das campanhas de distribuição em massa de REMILD																																												
	Realizar visitas de supervisão durante o Censo dos Agregados Familiares	Visitas específicas de supervisão, a todos os níveis, separadas das visitas de supervisão integrada: de nível central para provincial e, de nível provincial para distrital	PNCM			Distrital																																							
	Realizar visitas de supervisão durante a distribuição das REMILD		PNCM			Distrital																																							
	Realizar visitas de supervisão pós-campanha		PNCM			Distrital																																							
Actividade 2.1.3	Planificar e implementar as campanhas de distribuição em massa de REMILD																																												
2.1.3.1	Realizar a quantificação nacional, aquisição e entrega das REMILD, ao nível distrital																																												
	Enviar dados do anterior Censo dos Agregados Familiares para análise ao nível central		Ponto Focal Provincial do PNCM			Provincial																																							
	Realizar análise sobre população total planificada para a distribuição das REMILD, usando dados do Censo Nacional + Censo dos Agregados Familiares		GTT REMILD	Instituto Nacional de Estatística	Provincial																																								
	Usar o software do FG para quantificar o número de REMILD necessárias		PNCM FG Unidade de Procurement		Central																																								
	Selecionar os fornecedores de REMILD e realizar a aquisição	Seleção e aquisição feitos pela Unidade de Procurement do FG	Unidade de Procurement do FG, através do PPM		Central																																								
	Chegada das REMILD aos pontos regionais de entrega	3 diferentes pontos de entrega: em Maputo, Beira, Nacala; um armazém governamental em cada região	PNCM Equipa Controlo Vectorial		Regional																																								
	Entrega e armazenamento, ao nível distrital	sem custos de transporte; o contrato com o fornecedor de REMILD inclui a entrega até ao nível distrital	PNCM Equipa Controlo Vectorial		Regional																																								
	Efectuar testes de controlo de qualidade das REMILD, no ponto de entrada	Enviar para África Sul ou outro país com certificação laboratorial	PNCM Equipa Controlo Vectorial		Central																																								
	Transporte e armazenamento das REMILD, ao nível provincial		Sub Recipientes do FG		Provincial																																								
2.1.3.2	Implementar as campanhas de distribuição em massa de REMILD																		Actividades aos níveis provincial e distrital																										
	Encontro Provincial de microplanificação e formação em implementação	O encontro visa rever o calendário e calcular o tempo e RH aproximados necessários para completar o censo dos agregados familiares + orçamento de nível distrital + estimativas dos números necessários de REMILD por posto administrativos e localidades + estimativas das necessidades de armazéns satélites	PNCM Provincial e PNCM distrital	PNCM Central	Provincial																																								
	Validar os resultados do encontro de microplanificação e desenhar o plano de implementação	Validar o número final de equipas, número de carros, número de barcos necessários. Ajustar o microplano com base nos resultados do censo dos Agregados Familiares (2/3 semanas)	Ponto Focal Provincial do PNCM		Provincial																																								
	Contratar inquiridores	Inquiridores são contratados na comunidade	Ponto Focal Provincial do PNCM		Comunitário																																								
	ToT distrital para inquiridores	2 dias Número: ≈ 48.000 inquiridores			Distrital																																								
	Formação de inquiridores	Na metodologia do Censo dos Agregados Familiares. Número de inquiridores depende da população. Formadores irão para as comunidades Número: ≈48.000 inquiridores Duração: 2 dias	Ponto Focal Provincial do PNCM		Comunitário																																								

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017				2018				2019				2020				2021			
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4																
	Realizar o Censo dos Agregados Familiares, ao nível comunitário	Tempo de registo depende do tamanho da população Cerca de 7 dias por distrito	Ponto Focal Provincial do PNCM		Comunitário																				
	Formar analistas de dados, aos níveis provincial e distrital	Duração: 2 dias Número: 1 por distrito	Ponto Focal Provincial do PNCM		Provincial e distrital																				
	Limpar os dados do inquérito, analisar os dados e comparar os resultados do inquérito da população e os dados do censo	Analistas de dados conduzem a análise. Formulários enviados ao nível distrital onde a análise é feita. Leva 7-8 dias para completar.	Analista Distrital de dados	Ponto Focal Provincial do PNCM	Distrital																				
	Reajustar o plano baseado nos resultados do Censo dos Agregados Familiares / corrigir o microplano	2 dias para o reajuste do plano	Ponto Focal Provincial do PNCM		Provincial																				
	Enviar os resultados das análises efectuadas com o PNCM, para validação	A análise é efectuada ao nível distrital com o apoio da província (validação de dados, não reunião). De uma maneira geral, o processo do censo leva 1 mês	Ponto Focal Provincial do PNCM		Provincial																				
	Escrever o plano de distribuição	Usando os resultados do microplano + desenho do calendário de encontros	Ponto Focal Provincial do PNCM		Provincial																				
	Treinar os fiéis dos armazéns satélite	7 participantes por distrito Duração: 1 dia	Ponto Focal Provincial do PNCM		Provincial																				
	Transporte das REMILD para os armazéns satélite	Do nível distrital para o nível do posto administrativo			Distrital																				
	Transportar REMILD para os pontos de distribuição	Dos armazéns satélite para cada ponto de distribuição; feito no dia de distribuição			Distrital																				
	Treinar as equipas de distribuição de RMTILD	Participantes: Todos implementadores - fiéis de armazéns, médicos chefe, etc. 7 pessoas por distrito. Número: depende do tamanho da província, aproximadamente 42 pessoas num evento de treino. Duração: 4 dias de treino	Ponto Focal Provincial do PNCM		Comunitário																				
	Distribuição de REMILD nos pontos comunitários de distribuição	Duração: distribuição leva 5 dias	Equipa distrital do PNCM		Comunitário																				
	Devolução das sobras de REMILD	Para os armazéns provinciais	Equipa distrital do PNCM		Distrital																				
	Encontro distrital de análise pós-campanha	1 DPS + 3 SR + participantes da DDS (analista de dados + supervisores das equipas de distribuição, líderes das equipas, etc.)			Distrital																				
	Encontro provincial de análise pós-campanha	Pessoal da DPS (10) + Pessoal da DDS (3 por distrito)			Provincial																				
	Encontro nacional de análise pós-campanha	2 dias; nível central (10) + parceiros (7) + 4 pessoas de cada província (3 de cada DPS + 1 ponto focal do melhor distrito)			Central																				
Intervenção Estratégica 2.2	Implementar a distribuição contínua de REMILD, para sustentar a cobertura universal																								
Actividade 2.2.1	Rever a actual distribuição de rotina de REMILD, através das CPN																								
	Elaborar TdR para avaliar a distribuição das REMILD através das CPN	Necessário incluir uma avaliação e recomendações sobre quais as melhores opções para transporte e entrega às unidades sanitárias	PNCM		Central																				
	Contratar consultor para realizar a avaliação da distribuição de RMTILD através das CPN		PNCM		Central																				
	Realizar a avaliação da distribuição de REMILD através das CPN	Por 2 meses, incluindo visitas de campo a 3 províncias (1 por região) Uma vez durante este PEM	Consultor		Provincial																				
	Elaboração do relatório	Resultado da Consultoria	Consultor		Central																				
	Realizar um encontro para disseminação do relatório		PNCM	Consultor	Central																				
	Usar os achados da avaliação para desenvolver um plano de ação para melhorar a eficácia da distribuição nas CPN		PNCN+Parceiros	GTT+ parceiros	Central																				

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017		2018		2019		2020		2021		2022		
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1
Actividade 2.2.2	Desenvolver, implementar e monitorar estratégias para melhorar a eficiência das distribuições																	
	Calcular o número de mulheres grávidas alvo nas CPN		Departamento de SMI	PNCN Equipa de VM&A	Central													
	Realizar encontro entre o SMI e o PNCM para discutir a distribuição de REMILD nas CPN	1 dia, encontro a nível central	CMAM / PCNCM		Central													
	Adquirir as REMILD para a distribuição de rotina nas CPN	Aquisição e envio das REMILD para nível provincial efectuado pelo PMV/PSM. O processo leva 1 ano. PNCM envia as quantidades necessárias a serem procuradas pelo PMV/PSM, que depois adquire baseado no orçamento disponível	PMV/PSM		Central													
	Chegada das REMILD aos armazéns regionais	Em Nacala, Beira e Maputo. Actualmente apoiado pelo PMV/PSM	PMV/PSM		Regional													
	Efectuar testes de controlo de qualidade das REMILD para distribuição rotineira nas CPN, no ponto de entrada	Enviar para África Sul ou outro país com certificação laboratorial			Central													
	Elaborar TdR para terciarizar a distribuição de REMILD, da província para o nível de unidade sanitária	Através da contratação de serviços	PNCM Equipa Controlo Vectorial		Central													
	Transporte de REMILD para o nível provincial	PMV/PSM assegura trimestralmente o transporte para todas as províncias. Há desafios no transporte rodoviário sendo que se deve considerar o transporte marítimo	Companhia contratada/Contratante e parceiros		Provincial													
	Transporte de REMILD para o nível distrital	Em Cabo Delgado, Nampula e Zambézia, o PMV/PSM assegura mensalmente este transporte. Em outras províncias, as DPS asseguram o transporte até cada distrito	Companhia contratada/Contratante		Distrital													
	Transporte de REMILD para as unidades sanitárias	Em Cabo Delgado, Nampula e Zambézia, o PMV/PSM assegura este transporte	Companhia contratada/Contratante		US													
	Distribuir REMILD ao nível da Unidade Sanitária	Cada unidade sanitária gera o número de REMILD baseado no seu stock. Quando há ruptura de stock, solicitam REMILD adicionais ao ponto focal ao nível de distrito	DDS		US													
	Participação do nível central em visitas integradas de supervisão	2 pessoas do nível central, por cada província, duas vezes ao ano	PNCM Equipa Controlo Vectorial		Central													
2.2.2.1	Implementar o sistema de gestão electrónica de REMILD	GTT CV + parceiros (PMV/PSM); Relatório electrónico de distribuição de REMILD do distrito para a província e da província para o nível central	PNCM Equipa Controlo Vectorial	GTT CV + parceiros	Central, Provincial e Distrital													
	Rever e actualizar a base de dados das REMILD para as CPN																	
	Formação na base de dados electrónica para gestão de stock das REMILD		Chemonics	PNCM	Central e Provincial													
	Implementar a base de dados electrónica para gestão de stock das REMILD				Nacional													
Actividade 2.2.3	Testar e, eventualmente, implementar um mecanismo de distribuição de REMILD através das escolas																	
	Realizar uma avaliação de linha de base		PMI	PNCM	Zambézia													
	Realizar a primeira ronda de distribuição em escolas		PMI		Zambézia													
	Realizar a avaliação do 1º ano- avaliação de meio termo		PMI		Zambézia													
	Realizar a segunda ronda de distribuição em escolas		PMI		Zambézia													
	Realizar a avaliação do 2º ano 2- avaliação final		PMI		Zambézia													
Intervenção Estratégica 2.3	Implementar a Pulverização Intra Domiciliária (PIDOM)																	
Actividade 2.3.1	Planificar e determinar os custos para a PIDOM																	
	Efectuar a enumeração remota dos distritos alvo da PIDOM		Parceiros	PNCM	Central													
	Usar os resultados da enumeração remota para quantificar os recursos humanos, insecticidas e outras necessidades da PIDOM e, estimar a população coberta		PNCM	Parceiros	Central													
	Defender a revisão dos subsídios dos rociadores	De forma a motivá-los para uma implementação de melhor qualidade da PIDOM	PNCM	Administração e Finanças	Central													
	Analizar os resultados dos estudos de resistência e decidir sobre os distritos alvo	30 distritos alvo anual da PIDOM para propósitos de quantificação de inseticidas; decidir numa base anual e de acordo com os resultados dos estudos de resistência e outros critérios	PNCM Equipa Controlo Vectorial		Central													

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017				2018				2019				2020				2021				
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4																	
	Realizar a quantificação de insecticida	A quantificação começa 1 ano antes. 8-9 meses antes da ordem e recepção do insecticida. Prever o insecticida com base no ano anterior. Feito no final da PIDOM, com base no inventário e alvos para o ano seguinte	PNCM Unidade de Procuremente do FG		Central																					
	Realizar a quantificação de EPI	EPI- Equipamento de Protecção Individual	PNCM Equipa Controlo Vectorial PNCM Unidade de Aquisições		Central																					
	Adquirir o insecticida				Central																					
	Aqduirir o EPI	Aquisição feita pelo ponto focal da Unidade de Controlo Vectorial do PNCM, através da UGEA	PNCM Unidade de Aquisições		Central																					
	Adquirir outros equipamentos da PIDOM	Equipamentos da PIDOM inclui: bombas de pulverização, baldes, conchas, lençóis, panos limpeza, etc. Adquirido simultaneamente com o EPI	PNCM Unidade de Aquisições	NMCP Vector Control Unit	Central																					
	Adquirir peças de manutenção da PIDOM	As peças de manutenção das bombas devem ser adquiridas individualmente e não como parte dum kit completo de manutenção (porque há várias peças do kit que nunca se usam e outras que se usam mais frequentemente)	PNCM Unidade de Aquisições	NMCP Vector Control Unit	Central																					
	Efectuar testes de controlo de qualidade do insecticida adquirido, no ponto de entrada		PNCM Unidade de Aquisições		Central																					
	Alocar e distribuir o insecticida adquirido	Insecticida é descarregado nos três portos regionais e daí transportado pelo fornecedor (preço DDP) para as províncias, por camião A distribuição das províncias para os distritos é somente efectuada depois de conhecidos os resultados dos estudos de susceptibilidade (quando feita a decisão em que distritos a pulverização deve ser feita)	PNCM Equipa Controlo Vectorial		Central																					
	Alocar e distribuir o EPI adquirido	EPI é entregue em Maputo, separadamente dos insecticidas	PNCM Equipa Controlo Vectorial		Central																					
	Alocar e distribuir o equipamento & materiais de manutenção da PIDOM		PNCM Equipa Controlo Vectorial		Central																					
	Construir o centro regional de formação em Nampula	O objectivo é ter um por região. Criar um na região Norte (Nampula)	PNCM																							
	Melhorar o centro regional de formação na Zambézia	O objectivo é ter um por região. Melhorar o da região central (Zambézia)	PNCM	Abt	Zambézia																					
	Melhorar o centro regional de formação em Maputo	O objectivo é ter um por região. Manter o da região centro(Maputo- Namaacha)	Goodbye Malaria	NMCP	Maputo - Namaacha																					
	Construir paredes para formações provinciais	10 paredes por província	PNCM		Provincial																					
Actividade 2.3.2	Realizar a PIDOM em áreas alvo																									
	Avaliar as necessidades de actualização dos materiais de formação e POPs		GTT PIDOM		Central																					
	imprimir os materiais de formação actualizados e dissiminar pelos supervisores		GTT PIDOM		Central																					
	Realizar o TOT de nível provincial	Formar os pontos focais distritais, supervisores, co-supervisores e fiéis de armazém	Ponto Focal Provincial do PNCM		Provincial																					
	Contratar rociadores		Ponto Focal Provincial do PNCM		Distrital																					
	Realizar a formação distrital, em cascata	Formação de rociadores	Equipa distrital do PNCM		Distrital																					
	Alugar camiões para transportar os rociadores, equipamento e insecticidas para os distritos	Os veículos serão usados para transportar os produtos de PIDOM mas também para supervisão e transporte de materiais de IEC/CMC	PNCM		Distrital																					
	Alugar carro para supervisão a nível provincial		PNCM		Provincial																					
Actividade 2.3.3	Coordenar, para analisar e assegurar, comunicações efectivas na PIDOM																									
	Realizar encontros para sensibilização comunitária, ao nível distrital	Antes da campanha PIDOM 1 reunião de engajamento com líderes comunitários, para sensibilizar as comunidades através dos APES, governadores, administradores, líderes locais, chefes, etc. e, identificar equipas de mobilização	Equipa Distrital do PNCM		Comunitário																					
	Realizar encontro provincial de coordenação da PIDOM		Ponto Focal Provincial do PNCM		Provincial																					
	Realizar encontro distrital de coordenação da PIDOM		Equipa distrital do PNCM		Distrital																					
	Distribuir material de mobilização durante a implementação		Equipa distrital do PNCM		Comunitário																					

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017				2018				2019				2020				2021			
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4																
Actividade 2.3.4	Monitorar a PIDOM e, se necessário, fazer ajustamentos				Provincial																				
	Realizar visitas de supervisão, de nível central, às províncias	Visitas específicas de supervisão, independentes da supervisão integrada	PNCM Equipa Controlo Vectorial		Distrital																				
	Realizar visitas de supervisão, de nível provincial, aos distritos	Visitas específicas de supervisão, independentes da supervisão integrada	Ponto Focal Provincial do PNCM		Comunitário																				
	Realizar visitas de supervisão, de nível distrital, às comunidades	Parte das actividades diárias de rotina da PIDOM	Equipa distrital do PNCM		Central																				
	Realizar encontro de revisão de dados da PIDOM, a nível central	Reunião de balanço no final da campanha da PIDOM, para analisar o desempenho e partilhar as lições aprendidas	PNCM Equipa Controlo Vectorial		Provincial																				
	Realizar encontro de revisão de dados da PIDOM, a nível provincial	Reunião de balanço no final da campanha da PIDOM, para analisar o desempenho e partilhar as lições aprendidas	Ponto Focal Provincial do PNCM		Distrital																				
	Realizar encontro de revisão de dados da PIDOM, a nível distrital	Reunião de balanço no final da campanha da PIDOM, para analisar o desempenho e partilhar as lições aprendidas	Equipa distrital do PNCM																						
Intervenção Estratégica 2.4	Melhorar a cobertura do TIP para alcançar todas mulheres grávidas elegíveis, nas CPN																								
Actividade 2.4.1	Desenvolver e testar/implementar abordagens para melhorar o desempenho da MnG																								
	Providenciar TIP a todas mulheres grávidas elegíveis, nas CPN	Pelo menos a 80% das mulheres grávidas	PNCM		US																				
	Assegurar formação específica em MnG, aos trabalhadores de saúde	Como parte da formação em manejo de casos + formação em SMI, incluindo os novos padrões de TIP, gestão de stocks, Malária na Gravidez (MnG) e cuidados aos pacientes	PNCM	SMI	Central																				
	Desenvolver, testar e finalizar a ferramenta para calcular a idade gestacional	Com apoio do PMI	PNCM	Parceiros	US																				
	Realizar actividades internas de supervisão nas US	Feitas rotineiramente	PNCM	SMI	Provincial, distrito e US																				
	Realizar visitas anuais específicas de supervisão em TIP	Visitas do nível central a US seleccionadas: 3 províncias, 1 por região, 2 distritos por província; pessoal do nível central: Ponto focal de MC + SMI	PNCM	SMI	Provincial, distrito e US																				
Intervenção Estratégica 2.5	Assegurar a gestão ambiental apropriada dos resíduos do controlo vectorial																								
Actividade 2.5.1	Desenvolver orientações para a gestão de resíduos																								
	Efectuar uma avaliação das práticas actuais de gestão de resíduos e desenvolver orientações para gestão de resíduos	Com AT dos parceiros; Incluir uma reunião entre PNCM, Parceiros e companhias do sector privado	Consultor		Central																				
	Realizar encontro de nível central para ter comentários finais e rever a proposta das orientações	Provincial, empresas privadas + departamentos MISAU + MITADER. Como parte da reunião de balanço da PIDOM, de nível central de balanço (no fim da campanha)	GTT Controlo Vectorial	Consultor	Central																				
	Finalizar as orientações sobre gestão de resíduos		Consultor		Central																				
	Imprimir e Disseminar as orientações de gestão de resíduos	PNCM Equipa Controlo Vectorial		Central																					
Actividade 2.5.2	Planificação e Custos																								
	Planificar e orçamentar as actividades de gestão de resíduos, como parte da microplanificação de actividades das campanhas de REMILD e PIDOM		PNCM Equipa Controlo Vectorial		Central																				
	Apoiar a mobilização de recursos para a gestão de resíduos		PNCM Equipa Controlo Vectorial		Central																				
Actividade 2.5.3	Implementar actividades de gestão de resíduos																								
	Contratar empresa para construir aterros para gestão de resíduos de insecticidas/ Produtos da PIDOM	Estabelecer aterros em todos os distritos onde a PIDOM é implementada	Contratado		Distrital																				
	Lavar e transportar as embalagens de inseticidas para empresa de reciclagem Reciclagem de bombas e EPI antigo		PNCM, DPS		Distrital																				
	Reciclagem de REMILD antigas	Inclui, sob mensagens de CMSC, reciclar as antigas REMILD, REMILD não serão recicladas mas mantidas nas comunidades e podem ser usadas para outras necessidades das famílias	PNCM Equipa de CMSC		Distrital																				
Actividade 2.5.4	Coordena,r para assegurar, comunicação efectiva em apoio às actividades de gestão de resíduos																								
	Realizar sensibilização sobre gestão de resíduos de inseticidas/ Produtos da PIDOM		PNCM Equipa de Promoção de Saúde	PNCM Unidade de Controlo Vectorial	Distrital																				
	Desenvolver materiais de comunicação para gestão de resíduos		PNCM Equipa de Promoção de Saúde		Central																				
	Produzir ou adquirir materiais de comunicação para gestão de resíduos	Para líderes comunitários e religiosos, APEs, etc.	PNCM Equipa de Promoção de Saúde		Central																				
	Distribuir materiais de comunicação para gestão de resíduos		PNCM Equipa de Promoção de Saúde	PNCM Unidade de Controlo Vectorial	Comunitário																				
Actividade 2.5.5	Monitorar e controlar as actividades de gestão de resíduos																								
	Realizar visitas de supervisão das actividades de gestão de resíduos	Durante as visitas rotineiras de supervisão REMILD/PIDOM, a todos os níveis	PNCM Unidade de Controlo Vectorial, Equipas provinciais e distritais		Nacional																				

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017				2018				2019				2020				2021				2022			
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4																				
Intervenção Estratégica 2.6	Realizar a monitoria e avaliação entomológica																												
Actividade 2.6.1	Estabelecer, equipar e/ou melhorar os Insectários e Laboratórios Entomológicos Provinciais (ILEP/PIEL)																												
	Estabelecer e equipar 11 Insectários e Laboratórios Entomológicos Provinciais (ILEP)	8 novos contentores adquiridos com o apoio da subvenção do FG (NFM 2015-2017), serão colocados em Maputo Província, Gaza, Inhambane, Sofala, Manica, Tete, Nampula e Niassa e adaptados para serem insectário e laboratório básico entomológico. 1 contentor adicional será adquirido para Cabo Delgado (para substituir o existente)	PNCM Equipa Controlo Vectorial	GTT Entomologia + Parceiros	Provincial																								
	Manter os Insectários e Laboratórios Entomológicos (ILEP)		PNCM Equipa Controlo Vectorial	GTT Entomologia + Parceiros	Provincial																								
Actividade 2.6.2	Contratar e formar pessoal dos ILEP																												
	Recrutar, para cada província, um chefe de ILEP + 1 assistente de campo	Nivel: médio e básico	DPS	PNCM Unidade de Controlo Vectorial	Provincial																								
	Realizar formação básica em entomologia	Formação regional (3): Zambézia, Inhambane, Cabo Delgado, bienal, para todo o pessoal do ILEP, por duas semanas	PNCM Equipa Controlo Vectorial		Central																								
	Realizar formação mais avançada em entomologia	Específica para estudos entomológicos, técnicas inovativas, etc. Uma vez durante este PEM os chefes dos ILEPs e pessoal sénior do nível central, durante 2 semanas	PNCM Equipa Controlo Vectorial		Central																								
Actividade 2.6.3	Desenvolver instrumentos para monitoria e avaliação vectorial																												
	Rever as orientações sobre vigilância vectorial	Será feita todos os anos pelo GTT	GTT Entomologia		Central																								
	Imprimir suplementos às orientações	Suplementos anuais, conforme se registam mudanças, disseminadas por email	PNCM Equipa Controlo Vectorial		Central																								
Actividade 2.6.4	Implementar a monitoria de actividades de resistência a insecticidas, para informar decisões programáticas																												
	Colheita de amostras de campo, para as actividades de resistência		PNCM		Provincial																								
	Enviar as amostras dos ILEPs para o LNRM do INS		PNCM		Provincial																								
	Processar as amostras no LNRM do INS	INS			Central																								
	Análise e disseminação de dados sobre susceptibilidade do vetor	Durante os encontros do GTT e a disseminação durante a reunião nacional anual	INS		Central																								
	Elaborar perfis sobre a distribuição vectorial no país e de resistência ao insecticida		PNCM + Parceiros		Central																								
Actividade 2.6.5	Implementar actividades rotineiras de densidade e comportamento vectorial & outras actividades de monitoria entomológica																												
	Efectuar visitas de supervisão entomológica, de nível central	Visitas de supervisão específicas para entomologia, separadas das visitas de supervisão integradas; anual para todas as províncias	PNCM Equipa Controlo Vectorial		Central																								
	Monitorar mensalmente a densidade dos mosquitos	Para ser realizado em todas as províncias	PNCM		Provincial																								
	Monitorar o comportamento do mosquito	Para ser realizado durante as visitas de supervisão entomológica de nível central, em alguns locais seleccionados	PNCM		Central																								
	Avaliação anual do efeito residual do insecticida usado na PIDOM (Bio-ensaios de cone da OMS)	7 meses depois da PIDOM ter sido realizada; em todos os distritos pulverizados	PNCM Equipa Controlo Vectorial		Provincial																								
Actividade 2.6.6	Realizar a avaliação de um novo quadro de trabalho para a vigilância entomológica																												
	Implementar novo quadro de trabalho para a vigilância entomológica		UCSF	CISM	Maputo e Inhambane																								
	Avaliar o custo-eficácia do novo quadro de trabalho para a vigilância entomológica	Depois de 1-2 anos de colheita de dados através de actividades piloto	UCSF	CISM	Central																								
	Fazer recomendações sobre adopção do novo quadro de trabalho para a vigilância entomológica	Adopção significaria que a vigilância entomológica segue o novo quadro de trabalho	UCSF	CISM	Central																								

OBJECTIVO 3	TESTAR 100% DOS CASOS SUSPEITOS DE MALÁRIA E TRATAR 100% DOS CASOS CONFIRMADOS DE MALÁRIA, AO NÍVEL DAS UNIDADES SANITÁRIAS E A NÍVEL COMUNITÁRIO, DE ACORDO COM AS DIRETRIZES NACIONAIS, ATÉ 2022															2017			2018			2019			2020			2021			2022				
	Detalhes		Comentários		Implementador Primário		Nível	T1			T2			T3			T4			T1			T2			T3			T4						
	Implementador	Implementador	T1	T2	T3	T4		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4				
Intervenção Estratégica 3.1	Assegurar o manejo adequado de casos, nas unidades sanitárias e nas comunidades																																		
Actividade 3.1.1	Formação de trabalhadores de saúde, APEs, PMT e pessoal do sector privado, em manejo de casos de malária																																		
3.1.1.1	<i>Formação de trabalhadores de saúde</i>																																		
	Finalizar os POPs e as orientações nacionais de manejo de casos de malária		GTT Manejo de casos			Central																													
	Actualizar os manuais e materiais de formação em manejo de casos	Duas vezes durante este PEM	PNCM Equipa de Manejo de Casos	Parceiros	Central																														
	Imprimir e distribuir as orientações nacionais de manejo de casos de malária	Número: 7500; Duas vezes durante este PEM	PNCM Equipa de Manejo de Casos	Parceiros	Central																														
	Imprimir e distribuir os POPs	4 POPs: uso de AS injectável; MnG, procedimentos dos TDR e práticas de manejo de casos; 5 por unidade sanitária; 2 vezes nos próximos 5 anos, Cópias laminadas - formato A3, coloridos	PNCM Equipa de Manejo de Casos	Parceiros	Central																														
	Imprimir o manual de TOT	Duas vezes durante este PEM; 30 cópias	PNCM Equipa de Manejo de Casos	Parceiros	Central																														
	Imprimir manual de participantes	Duas vezes durante este PEM; 14.500 cópias	PNCM Equipa de Manejo de Casos	Parceiros	Central																														
	Realizar o TOT de nível central, em manejo de casos de malária	Duas vezes durante este PEM; 22 formandos provinciais por 4 dias	PNCM Equipa de Manejo de Casos	Parceiros	Central																														
	Realizar a formação em cascata de nível provincial, em manejo de casos de malária	5 dias; 25 pessoas por província; Duas vezes durante este PEM	PNCM Equipa de Manejo de Casos	Parceiros	Central																														
	Realizar a formação em cascata de nível distrital, em manejo de casos de malária	14.500 trabalhadores de saúde, incluindo os médicos chefe distritais, pontos focais da malária, novos contratados, pessoal de laboratório e farmácia, por 4 dias; Duas vezes durante este PEM	PNCM Equipa de Manejo de Casos	Parceiros	Distrital																														
3.1.1.2	<i>Formação de trabalhadores comunitários de saúde (APEs)</i>																																		
	Apoiar a formação inicial de APEs, em manejo de casos de malária		Programa de APEs	PNCM Equipa de Manejo de Casos	Comunitário																														
	Realizar encontros de coordenação com o programa de APEs, antes da formação de reciclagem	nível central, 1/2 dia	PNCM		Central																														
	Rever e actualizar o material de formação de APEs	Adicionar POP para artesunato rectal	PNCM Equipa de Manejo de Casos		Central																														
	Imprimir material de formação de APEs		PNCM Equipa de Manejo de Casos		Central																														
	Realizar treino de actualização de APEs em manejo de casos de malária	Inclui M&A e componente de CMSC Actualizar os actuais 3500, uma vez durante este PEN, faseado em 3 anos	Programa de APEs	PNCM Equipa de Manejo de Casos	Distrital																														
3.1.1.3	<i>Formação de Praticantes de Medicina Tradicional (PMT)</i>																																		
	Formar PMT em manejo de casos de malária	1050 PMT a serem formados uma vez durante este PEM, em 7 províncias; Nível provincial; 5 dias de treino	IMT	PNCM Equipa de Manejo de Casos	Provincial																														
3.1.1.4	<i>Formação de trabalhadores do sector privado</i>																																		
	Criar um plano nacional de formação do pessoal do sector privado, em manejo de casos de malária		PNCM Equipa de Manejo de Casos		Central																														
	Convidar o pessoal do sector privado para a formação TOT de nível central, em manejo de casos		PNCM Equipa de Manejo de Casos		Central																														
	Realizar a formação em cascata regional para pessoal do sector privado	Treino Regional (3 no total); por 1 dia	Sector Privado		Regional																														

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017			2018			2019			2020			2021			2022			
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			
Actividade 3.1.2 Realizar supervisão formativa / formação em serviço																								
3.1.2.1 Supervisão ao nível da unidade sanitária																								
	Participar na supervisão integrada de apoio, de nível central	Duas vezes ao ano, para todas províncias Equipa multidisciplinar 4 pessoas de nível central (chefes de MC, SM&A, CMSC e GP)	PNCM		Provincial																			
	Participar na supervisão integrada de apoio, de nível provincial	4 pessoas do nível provincial (ponto focal da malária, M&EA, Saúde comunitária - SESP e médico chefe provincial); 4 vezes ao ano para todos distritos de todas províncias	PNCM		Distrital																			
	Participar na supervisão integrada de apoio, de nível distrital	Bi-mensual para todas as US de todos os distritos em cada província; 4 pessoas do nível distrital (ponto focal da malária, médico chefe distrital, farmácia)	PNCM		US																			
	Realizar formações de serviço ad hoc, ao nível da US	Para US identificadas como não estando a desempenhar as orientações nacionais	PNCM		US																			
3.1.2.2 Mentoria e supervisão de APEs e PMT																								
	Formação de trabalhadores das US em supervisão de APEs	Treino ao nível distrital; A cada 2 anos	PNCM		Distrital																			
	Apoio semestral à supervisão de APEs, pelas unidades sanitárias, ao nível distrital	Apoio em per diem, duas vezes ao ano, para todos os supervisores dos APEs das unidades sanitárias	PNCM	Programa de APEs	US																			
	Apoio anual às visitas de supervisão de nível central	Em coordenação com o programa de APEs	PNCM	Programa de APEs	Provincial																			
	Realizar visitas de supervisão aos PMT	4 distritos por província; 7 províncias, 90 PMT em cada província; nível central (PNCM + IMT) e pontos focais provinciais de IMT	IMT	PNCM Equipa de Manejo de Casos	Provincial e Distrital																			
Actividade 3.1.3 Assegurar o tratamento apropriado da malária grave, usando artesunato injectável																								
	Participar nas visitas de supervisão	Será feito como parte das visitas integradas de supervisão dos níveis central e provincial	PNCM		Provincial , Distrital e US																			
	Providenciar formação em serviço	Será feito como parte das formações em serviço rotineiras	PNCM		Provincial , Distrital e US																			
Actividade 3.1.4 Realizar periodicamente auditorias sobre Tratamento da Malária e Mortalidade																								
3.1.4.1 Auditorias ao Tratamento da Malária																								
	Imprimir listas de verificação para as auditorias ao tratamento		PNCM	Parceiros	Central																			
	Realizar auditorias ao tratamento da malária, anualmente, ao nível das unidades sanitárias	A ser realizada por uma equipa externa, em 1 província (2 distritos em cada) em cada região (3)	PNCM	Parceiros	Central																			
	Escrever e disseminar o relatório	15 cópias por US, em média	PNCM	Parceiros	Central																			
3.1.4.2 Auditorias de Mortalidade por Malária																								
	Desenvolver TdR para orientar as auditorias de mortalidade por malária		GTT Manejo de casos		Central																			
	Desenvolver instrumentos para implementar auditorias de mortalidade por malária		GTT Manejo de casos		Central																			
	Rever os instrumentos de auditoria de Mortalidade		GTT Manejo de casos		Central																			
	Imprimir e disseminar os instrumentos de auditoria de mortalidade	2000 cópias	PNCM Equipa de Manejo de Casos		Central																			
	Formar equipa externa em auditorias de mortalidade	Equipa externa irá conduzir as auditorias sobre mortalidade 6 pessoas- 2 PNCM + 4 TBD; 3 dias de formação a nível central	PNCM Equipa de Manejo de Casos		Central																			
	Realizar, semestralmente, auditorias de mortalidade nas US	Duas vezes ao ano, em 3 distritos de 6 províncias	PNCM	Parceiros	Central																			

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017				2018				2019				2020				2021			
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4																
Actividade 3.1.5	Reforçar o sistema de farmacovigilância																								
	Imprimir e distribuir, a todas as US, os formulários de farmacovigilância	5000 cópias; Duas vezes durante este PEM	Departamento de Farmácia		Central																				
	Assegurar que os formulários estão completa e adequadamente preenchidos	Através das formações e de visitas de supervisão	Departamento de Farmácia		US																				
	Recolher os formulários, analisar os dados e escrever o relatório		Departamento de Farmácia		US																				
Actividade 3.1.6	Implementar o algoritmo de manejo de casos de febre																								
	Liderar a coordenação com o INS e outros intervenientes, para a finalização, formação e implementação do algoritmo de manejo de casos de febre		PNCM	INS	Central																				
	Disseminar a proposta do algoritmo e receber comentários das províncias	GTT Manejo de Casos Via email	PNCM	INS	Central																				
	Realizar encontro para rever a proposta e acordar sobre a versão final do algoritmo a ser implementado	Participantes: 1 pessoa por província + pessoal a nível central (19); por dois dias	PNCM	INS	Central																				
	Imprimir o algoritmo	1 por unidade sanitária (2000 copies); Duas vezes durante este PEM	PNCM	INS	Central																				
	Realizar a formação distrital no algoritmo do manejo de casos de febre	2 dias de treino a todos os médicos chefe dos distritos e eles irão disseminar a todos os trabalhadores de saúde, através das visitas integradas de supervisão	PNCM	INS	Provincial																				
	Disseminação do algoritmo do manejo de casos de febre a todos os trabalhadores de saúde	Feito através das visitas integradas de supervisão a nível distrital																							
	Realizar encontro para rever e adaptar o algoritmo	Baseado nos dados recebidos do sistema de vigilância; 30 participantes; A cada 2 anos: 2019, 2021	PNCM	INS	Central																				
	Realizar as visitas de supervisão para monitorar a implementação do algoritmo do manejo de casos de febre	Ao mesmo tempo que as visitas integradas de supervisão do nível central e provincial	PNCM	INS	Provincial, distrital e US																				
	Analisar e disseminar casos de febre relacionados com dados do sistema de vigilância	A ser conduzida pelo INS e GTT MC	PNCM	INS	Central																				
Actividade 3.1.7	Estabelecer um mecanismo de coordenação para melhorar a colaboração com o Programa de APEs																								
	Realizar um encontro anual nacional de balanço	Participantes: 1 ponto focal de APE e 1 ponto focal da malária por província + 15 pessoas do nível central (PNCM + APE)	PNCM	Programa de APEs	Nacional																				
	Realizar reuniões trimestrais de coordenação, a nível central	Entre o programa de APEs, CMAM e PNCM Para partilhar dados, coordenar formações, alinhar actividades; 15 pessoas	PNCM	Programa de APEs CMAM	Central																				
	Realizar reuniões de coordenação provincial, mensalmente	Participantes: Ponto Focal distrital da malária, ponto focal distrital para APEs, farmácia	PNCM	Programa de APEs	Provincial																				
Actividade 3.1.8	Advogar pela distribuição racional de APEs, para optimizar os recursos existentes e melhorar o acesso aos cuidados de saúde																								
	Realizar reunião a nível central para rever a distribuição de APEs adicionais	Entre PNCM, programa de APEs e seus parceiros	PNCM/ Programa de APEs	Parceiros	Central																				
	Apoiar a alocação de APEs adicionais	Realçar a colocação de APEs para garantir maior impacto sobre o peso da malária	PNCM	Parceiros	Central																				

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017				2018				2019				2020				2021				2022			
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4																				
Intervenção Estratégica 3.2	Assegurar que todos os produtos necessários para o manejo de casos estejam disponíveis em todos os pontos de prestação de serviço																												
Actividade 3.2.1	Implementar o plano de logística para uma previsão adequada, quantificação rigorosa, aquisição (TDRs, medicamentos) e distribuição atempada.																												
	Colecta e análise de dados para as previsões e quantificação	PNCM coordena o grupo, CMAM é responsável por fornecer os dados. DNAM, DCL e parceiros apoiam o processo de quantificação. O processo leva cerca de 2 semanas e inclui os encontros abaixo mencionados	PNCM e CMAM	DNAM, DCL + parceiros	Central																								
	Reunião para rever os resultados da análise de dados	Discussão sobre pressupostos (25 pessoas); 1 dia	PM/ PSM	PNCM, CMAM	Central																								
	Realizar reunião para o exercício de quantificação	Exercício de quantificação (15 pessoas); 1 semana	PM/ PSM	PNCM, CMAM	Central																								
	Realizar reunião para apresentar resultados do exercício de quantificação	Apresentação dos resultados e alcançar um acordo final (20 pessoas); 1 dia	PM/ PSM		Central																								
	Actualizar o plano anual de abastecimento	Usando os resultados do exercício de quantificação	PM/ PSM		Central																								
	Realizar reunião para análise de lacunas	1/2 dia de reunião (20 pessoas)	PM/ PSM	PNCM, CMAM	Central																								
	Aquisição de produtos para manejo de casos de malária	TDRs, ACTs, SP, QNN, ASAQ	PMI-PSM FGATM/ PNCM/ CMAM		Central																								
	Aquisição de consumíveis de laboratório		FG	PNCM, CMAM	Central																								
	Entrega dos produtos ao armazém de nível central		PMI-PSM FGATM/ PNCM/ CMAM		Central																								
	Definir as quantidades dos kits dos APEs (push system) e dos kits das US (pull system)		PM/ PSM		Central																								
	Preparar os kits dos APEs - Contratar equipa para preparar os kits		PM/ PSM	APE Program	Central																								
	Preparar os Kits dos APEs - Adquirir as caixas		PM/ PSM	APE Program	Central																								
	Entregar dos produtos ao nível provincial		PM/ PSM		Provincial																								
	Aquisição/ aluguer de viaturas para transporte dos produtos	Custos captados no Objectivo 1	PNCM		Distrital																								
	Distribuir os produtos do nível provincial para o distrital		DPC		Distrital																								
	Distribuir os produtos do nível distrital para a unidade sanitária		DPC		US																								
Actividade 3.2.2	Monitorar os processos de logística para todos os produtos de manejo de casos de malária																												
	Realizar análises regulares de dados de SIMAM	Em colaboração com CMAM; realizar durante os encontros mensais do GTT Medicamentos	GTT Manejo de Casos		Central																								
	Apoiar os processos de aquisição de todos os produtos	Em colaboração com a unidade do FG e o UGEA	PNCM		Central																								
Actividade 3.2.3	Implementar uma gestão eficiente de stocks para os produtos de manejo de casos de malária																												
	Assegurar reservas de formulários de registo, diários e mensais, de consumo dos produtos de manejo de casos de malária	Formulários de registo diário de consumo Formulários mensais de resumo (para os distritos, APEs e US)	CMAM	Equipa de Manejo de Casos do PNCM	Central																								
	Formar técnicos provinciais e distritais, sobre a cadeia de abastecimento e gestão de stocks	5 dias; 1 treino por província; duas vezes durante este PEM	PNCM Equipa de Manejo de Casos	CMAM	Provincial																								

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017				2018				2019				2020				2021					
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4																		
Intervenção Estratégica 3.3	Melhorar a garantia de qualidade & o controlo da qualidade do diagnóstico da malária																										
Actividade 3.3.1	Estabelecer uma estrutura para melhorar a coordenação entre PNCM, CMAM, INS e DCL																										
	Realizar reunião anual, de nível central, para desenhar o Plano de Ação	Para planificar actividades e estratégias com representantes de outros departamentos do MISAU, partilhar planos e assegurar participação; 3 dias; 100 participantes, incluindo 3 representantes por distrito + sector privado	PNCM	Representantes Provinciais e Distritais	Central																						
	Desenvolver e disseminar relatório		GTT Manejo de casos		Central																						
	Realizar reunião anual de coordenação, a nível provincial	Participantes: farmácia provincial, ponto focal provincial da malária, laboratórios distritais, médicos chefe distritais + parceiros + sector privado; 2 dias	PNCM	CMAM, INS e Departamento de Laboratórios e Sector Privado	Central																						
	Desenvolver e disseminar relatórios		PNCM	CMAM, INS e Departamento de Laboratórios e Sector Privado	Central																						
	Criar Grupos de Trabalho Provinciais para a Qualidade de Diagnóstico da Malária	Para implementar e coordenar actividades de Garantia de Qualidade do diagnóstico da malária; reunir regularmente, sempre que necessário; Composto por: supervisor provincial de laboratórios, ponto focal provincial para diagnóstico da malária, ponto focal provincial do INS, responsável provincial da saúde na comunidade, grupo técnico provincial para diagnóstico da malária	DPS		Provincial																						
	Realizar reuniões anuais, ao nível do distrito	Reunião com pontos focais distritais da malária, representantes distritais dos laboratórios, parceiros e sector privado; 1 dia em cada distrito	Pontos Focais Distritais	Departamento de Laboratórios Sector Privado	Distrital																						
	Desenvolver e Disseminar Relatório		Pontos Focais Distritais		Distrital																						
Actividade 3.3.2	Finalizar documentos orientadores para estabelecer um sistema de Garantia de Qualidade do Diagnóstico da Malária																										
3.3.2.1	Rever e disseminar as Normas de Garantia de Qualidade do Diagnóstico da Malária																										
	Realizar uma revisão externa das Normas de Garantia de Qualidade (GQ)	Assessor/mentor do MISAU para rever as normas, bem como OMS + AT dos parceiros	Consultor		Central																						
	Realizar encontro para discutir a versão revista das Normas de GQ	Participantes de nível central: INS + PNCM + DCL 20 pax; parceiros: 5 pax; Nível provincial: 2 pax de cada lugar (supervisor lab+ gestor de qualidade); Nampula, Sofala, Zambézia, Inhambane, Maputo província + 1 pessoa do Hospital Central Maputo	PNCM		Central																						
	Finalizar as Normas de GQ		INS + GTT MC		Central																						
	Apresentar a versão final das Normas de GQ	Durante a reunião anual da malária	INS		Central																						
	Imprimir e Disseminar as Normas de GQ	Total de 1500 cópias (30 páginas cada) Normas de GQ serão distribuídas aos técnicos de laboratório durante os treinos de diagnóstico da malária	PNCM Equipa de Manejo de Casos		Central																						
3.3.2.2	Desenvolver um Manual para a Garantia de Qualidade do Diagnóstico da Malária																										
	Criar uma proposta de Manual GQ		GTT Manejo de Casos	Equipa de Manejo de Casos do PNCM	Central																						
	Realizar uma reunião do GTT para discutir a versão final do Manual GQ		GTT Manejo de Casos	Equipa de Manejo de Casos do PNCM	Central																						
	Imprimir e Disseminar o Manual GQ	1 para cada laboratório (400) Distribuído durante as formações de diagnóstico da malária	PNCM Equipa de Manejo de Casos		Central																						

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017				2018				2019				2020				2021				2022				
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4																					
Actividade 3.3.3	Estabelecer e implementar o sistema de Garantia de Qualidade de Diagnóstico da Malária, a todos os níveis do sistema de saúde																													
3.3.3.1	AEQ- Painéis de Proficiência para Microscopia																													
	1. Estabelecer e manter um banco de lâminas, ao nível central	Estabelecer um banco de lâminas no LNRM do INS, que possa ser usado como fonte de lâminas de alta qualidade e bem caracterizado, para formação e supervisão																												
	Adquirir consumíveis para a colheita de amostra de sangue, para lâminas e papel filtro		INS LNRM		Central																									
	Colheita semestral de lâminas de sangue nas províncias		INS LNRM	Equipa de Manjo de Casos	Nacional																									
	2. Envio das lâminas para os laboratórios que participam na AEQ, em todas as províncias																													
	Aquisição de consumíveis necessários para o envio das lâminas		INS LNRM		Central																									
	Envio de lâminas para todos os laboratórios provinciais	Via Skynet, para cada província onde cada ponto focal os envia para os laboratórios ao nível distrital	INS LNRM		Central																									
	Envio dos relatórios dos painéis de proficiência para o LNRM do INS	Relatórios de cada laboratório são recolhidos pelo ponto focal provincial e enviados via Skynet para o LNRM do INS	INS LNRM		Todos os laboratórios envolvidos																									
3.3.3.2	AEQ- Paineis de Proficiência para os TDRs																													
	Aquisição de consumíveis para a colheita e processamento de amostras de sangue		INS LNRM		Central																									
	Colheita de amostras de sangue inteiro em 3 Unidades Sanitárias em Maputo Cidade	Duas vezes por ano, em Março e Setembro, no HCM, Polana Caniço e Albazine	INS LNRM		3 US em Maputo Cidade																									
	Producir e enviar diluições para os laboratórios	Enviar conjuntamente com as lâminas de AEQ Microscopia	INS LNRM		Todos os laboratórios envolvidos																									
3.3.3.3	Microscopia- verificação cruzada (cross checking)																													
	Enviar os slides para o LNRM do INS	3 vezes ao ano: Março, Junho e Setembro Gestor de Qualidade Provincial recebe as lâminas e envia para o LNRM via Skynet	INS LNRM		Todos os laboratórios envolvidos																									
	Leitura das lâminas		INS LNRM		Central																									
	Envio dos relatórios aos laboratórios		INS LNRM		Central																									
3.3.3.4	CQ- Testagem de lotes de TDRs																													
	Colheita de lotes do armazém central e transporte para o INS	3 vezes por ano 30 lotes seleccionados em média, por cada ano	PNCM Equipa de Manejo de Casos		Central																									
	Efectuar o teste pós-embarque dos TDRs	CMAM recebe os TDRs, o LNRM efectua a testagem do lote	INS	CMAM	Central																									
	Validação do lote e criação do relatório pós testagem	O relatório é enviado do INS LNRM para o PNCM e CMAM, via email. Se tudo estiver ok, o lote é enviado à US pelo CMAM através do canal normal do sistema de abastecimento	INS	CMAM	Central																									
3.3.3.5	Acreditação Microscópica																													
AECMM	AECMM - Avaliação Externa das Competências dos Microscopistas de Malária	Participantes: técnicos de laboratório ao nível central, incluindo técnicos do LNRM; 2 treinos por ano; 20 participantes em cada treino; 3 semanas de treino	OMS	Equipa de manejo de Casos PNCM	Central e Grupo principal de microscopistas																									
Treino AEQ	Reciclagem de todos os técnicos de laboratório do LNRM, em AEQ	Reciclagem de 5 pessoas do LNRM em técnicas do AEQ, no NICD da África do Sul; 5 dias de treino em 2018 e 2020	Parceiros / Outra organização	Equipa de manejo de Casos PNCM	Central e Grupo principal de microscopistas																									

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017		2018		2019		2020		2021		2022			
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2
3.3.3.6	Realizar a formação de técnicos de laboratório em Diagnóstico da Malária				Central														
	Actualizar/rever manual de formação para diagnóstico laboratorial da malária		INS + GTT MC		Central														
	Imprimir materiais de formação	2000 cópias	PNCM Equipa de Manejo de Casos		Central														
	Realizar ToT para diagnóstico laboratorial da malária		INS + GTT MC		Central														
	Formar todos os técnicos de laboratório no diagnóstico laboratorial da malária	O treino será repetido em 2019 e 2021 sendo que todos os técnicos de laboratório serão treinados duas vezes durante este PEM	PNCM + IRS LNRN		Nacional														
Actividade 3.3.4 Monitorar a implementação do sistema de Garantia da Qualidade do Diagnóstico da Malária																			
	Realizar visitas de supervisão de nível central	Visitas específicas de supervisão, separadas das integradas; Anualmente, 2 pessoas do nível central, para todas as províncias	PNCM		Central														
	Realizar visitas de supervisão de nível provincial	Visitas específicas de supervisão, separadas das integradas Trimestralmente, 3 pessoas do nível provincial para distritos seleccionados, em todas as províncias	DPS		Provincial														
Actividade 3.3.5 Reforçar a capacidade de microscopia, a nível provincial e distrital																			
	Actualizar e disseminar as orientações sobre critérios de uso de TDRs e microscopia, ao nível da Unidade Sanitária		GTT Manejo de Casos		Central														
	Imprimir e disseminar material de apoio à microscopia para todos os laboratórios	400 cópias laminadas, impressas duas vezes durante este PEM	PNCM Equipa de Manejo de Casos		Central														
	Realizar avaliação das necessidade em microscopia, ao nível da unidade Sanitária/ Distrito	Avaliar se há necessidade de microscópios/ microscopistas adicionais, usando o pessoal de laboratório existente, incluindo visitas de nível central às unidades sanitárias; avaliações efectuadas durante as actividades de rotina	PNCM Equipa de Manejo de Casos		Nacional														
	Adquirir microscópios adicionais e kits de manutenção de microscópios	Baseado nos resultados da avaliação de necessidades	PNCM Equipa de Manejo de Casos																
	Formar todos os técnicos de laboratórios em manutenção de microscópios	Formação em manutenção será incluída na formação dos técnicos de laboratório em diagnóstico laboratorial da malária	DCL	PNCM Equipa de Manejo de Casos	Baseado nos resultados da avaliação de necessidades														
	Implementar plano de manutenção de microscópios, a nível nacional	Plano de manutenção de microscópios a ser desenvolvido pela DCL	DCL	PNCM Equipa de Manejo de Casos	Nacional														

OBJECTIVO 4	IMPLEMENTAR UMA ABORDAGEM EFECTIVA DE CMSC PARA ASSEGURAR QUE, PELO MENOS, 70% DAS PESSOAS PROCURAM CUIDADOS DE SAÚDE APROPRIADOS E ATEMPADOS, E QUE, PELO MENOS, 85% DA POPULAÇÃO UTILIZA UM MÉTODO APROPRIADO DE PROTECÇÃO, ATÉ 2022																													
	Detalhes		Comentários		Implementador Primário		Nível	2017				2018				2019				2020				2021				2022		
Intervenção Estratégica 4.1	Avaliar conhecimentos, práticas e comportamentos relativos à malária e o efeito das intervenções de CMSC																													
Actividade 4.1.1	Realizar uma avaliação nacional, compreensiva, de CMSC																													
	Realizar um mapeamento de novos intervenientes na área de CMSC	e.g. cientistas sociais, profissionais de comunicação, sector privado, e instituições de pesquisa; Duas vezes durante este PEM	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Central																										
	Desenvolver Memorandos de Entendimento com novos intervenientes na área de CMSC		PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Central																										
	Convidar novos intervenientes de CMSC identificados para os encontros do GTT de CMSC	5 instituições CISM/ INS/ Faculdade de Artes/ Instituições de Pesquisa na Beira, Zambézia e Cabo Delgado; número final estará disponível depois do mapeamento	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	CISM/ INS/ Faculdade de Artes/ Instituições de Pesquisa na Beira, Zambézia e Cabo Delgado	Central																									
	Realizar uma avaliação nacional sobre CMSC	Contratar um consultor por 3 meses; mapear todos os parceiros de CMSC e todos os canais de comunicação existentes para compilar e analisar as melhores práticas ao nível nacional, pesquisas existentes e lições aprendidas.	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Central																										
	Realizar uma revisão da literatura de estudos e pesquisas existentes na área de CMSC	Incluir relatórios de parceiros	Consultor	Central																										
	Realizar uma avaliação de campo sobre intervenções de CMSC existentes	Incluir informação sobre parceiros implementando CMSC, dados colhidos, fluxo de dados reportados e eventuais oportunidades de reportar através do IMISS	Consultor / PNCM	Provincial																										
	Criar um repositório central de todas as publicações relevantes de CMSC		Consultor	Central																										
	Ter um encontro do GTT CMSC para partilhar a proposta de relatório e receber feedback		Consultor	Central																										
	Finalizar e disseminar o relatório		Consultor	Central																										
Actividade 4.1.2	Coordenar para a inclusão de indicadores padronizados de CMSC, nos inquéritos nacionais																													
	Definir indicadores padronizados de CMSC	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	PNCM Equipa de M&A	Central																										
	Realizar um encontro para apresentar os indicadores de CMSC padronizados e ter feedback	PNCM + INS + INE	PNCM Equipa de M&A	Central																										
	Participar nos encontros de planificação dos inquéritos nacionais	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	PNCM Equipa de M&A	Central																										
	Participar no TOT das equipas dos inquéritos nacionais	Para providenciar detalhes dos indicadores	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	PNCM Equipa de M&A	Central																									
	Apoiar / Participar na análise dos indicadores colectados nas pesquisas nacionais	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	PNCM Equipa de M&A	Central																										
Actividade 4.1.3	Coordenar a inclusão de indicadores padronizados de CMSC nos planos de trabalho dos parceiros da malária, pesquisas de linha de base e relatórios																													
	Realizar um encontro para apresentar os indicadores padronizados de CMSC e ter feedback	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Parceiros	Central																										
	Solicitar planos de trabalho e relatórios dos parceiros, específicos de CMSC	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Parceiros	Central																										
	Assegurar a inclusão de CMSC e o uso de indicadores padronizados definidos de CMSC, nas avaliações dos parceiros	Receber e rever os protocolos de avaliação	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	PNCM Equipa de M&A Parceiros	Central																									
Actividade 4.1.4	Determinar uma agenda de pesquisa priorizada para CMSC																													
	Utilizar os resultados da avaliação de CMSC para identificar as lacunas de pesquisas	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Central																											
	Desenvolver e partilhar uma agenda específica de pesquisa de CMSC	GTT CMSC	Central																											
	Assegurar parcerias colaborativas com o INS e outras instituições de pesquisa e de ensino superior	GTT CMSC	INS	Central																										
	Coordenar a pesquisa a realizar	Efectuar durante os GTT de CMSC	GTT CMSC	INS / Parceiros / Institutos de Pesquisa / PNCM	Central																									
Actividade 4.1.5	Planificar e implementar a agenda de pesquisa em CMSC priorizada																													
	Apoiar a planificação e implementação da agenda de pesquisa em CMSC	Especialmente o inquérito MIS/KAP, Estudo das Normas de Género, estudo PIDOM, estudo do uso de RMTILDS, etc.	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	PNCM Equipa de M&A	Central																									
	Assegurar que os resultados das pesquisas em CMSC são partilhados e usados para adaptar as abordagens de CMSC, conforme necessário	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	PNCM Equipa de M&A	Central																										

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017				2018				2019				2020				2021			
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4																
Intervenção estratégicas 4.2	Planificar as intervenções de CMSC eficazmente																								
Actividade 4.2.1	Rever e actualizar a actual estratégia nacional de CMSC																								
	Desenvolver ToR para rever e actualizar a estratégia de CMSC	Com AT de parceiros; Uma vez durante este PEM	PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Central																				
	Realizar encontros separados com cada parceiro, a nível central		Consultor	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Central																				
	Engajar as províncias na discussão da estratégia de CMSC e ter feedback	Incluir visitas de consulta a 3 províncias	Consultor	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Provincial																				
	Redigir e partilhar a estratégia de CMSC revista		Consultor	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Central																				
	Receber feedback dos parceiros e do PNCM e actualizar a estratégia de CMSC		Consultor	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Central																				
	Realizar uma reunião ao nível central para engajar parceiros e províncias	Para discutir a estratégia revista; 2 dias; 30 participantes	Consultor	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Central																				
	Finalizar e traduzir a estratégia de CMSC		Consultor	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Central																				
	Imprimir a estratégia de CMSC revista	500 cópias	PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Central																				
	Realizar ToT ao nível central sobre a estratégia de CMSC	5 dias; 30 pessoas das províncias; duas vezes durante este PEM	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Parceiros	Provincial																				
Actividade 4.2.2	Orcamentar a estratégia nacional actualizada de CMSC e mobilizar os recursos necessários																								
	Orçamentar a estratégia de CMSC	Com AT de parceiros	PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Central																				
	Realizar a análise de lacunas	Com AT de parceiros	PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Central																				
	Mobilizar recursos para a implementação da estratégia de CMSC		PNCM Unidade de Promoção de Saúde	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Central																				
Actividade 4.2.3	Desenvolver planos operacionais anuais de CMSC, que são consistentes com a estratégia actualizada nacional de CMSC																								
	Compilar os planos de trabalho dos parceiros e harmonizá-los com as estratégias nacionais de malária e de CMSC		PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Central																				
	Desenvolver um plano de trabalho de actividades de CMSC, ao nível nacional	Incluir calendário, frequência de intervenções, etc	PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Central																				
	Disseminar o plano de trabalho nacional para as províncias e distritos	Através de email	PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Central																				
	Desenvolver planos anuais de trabalho de CMSC, em cada província	Feitos durante os encontros provinciais de planificação	DPS	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Provincial																				
	Desenvolver planos anuais de trabalho de CMSC, em cada distrito	Feitos durante os encontros distritais de planificação	DDS	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Distrital																				
Actividade 4.2.4	Realizar encontros regulares de coordenação de CMSC, aos níveis central e provincial																								
	Realizar reuniões de coordenação ao nível central, mensalmente		GTT CMSC		Central																				
	Estabelecer e realizar reuniões do GTT CMSC, em todas as províncias, trimestralmente	Liderados pelos pontos focais provinciais da malária ou pelo ponto focal da saúde na comunidade	Ponto Focal Provincial da Malária/ Ponto Focal da Saúde na Comunidade	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Provincial																				
Actividade 4.2.5	Reforçar a capacidade de planificação, supervisão, monitoria e avaliação das actividades de CMSC																								
	Desenvolver materiais de formação em M&A de CMSC		GTT CMSC		Central																				
	Disseminar materiais de formação em M&A de CMSC	Durante o treino em M&A (actividade 6.1.2)	PNCM Equipa de VM&A	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Central																				
	Rever e imprimir material de formação em CMSC	Material de CMSC a ser usado ao nível da US: manejo de casos, TIP, Controlo Vectorial, etc.; 30 cópias; Duas vezes durante este PEM	GTT CMSC		Central																				
	Realizar formação em CMSC	Participantes: 30 participantes (oficiais de comunicação e gestores, incluindo 11 DEPROS do pessoal provincial + 11 pontos focais da malária); cada 2 anos; por 5 dias	PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Central																				
	Realizar treino para supervisores de CMSC	Participantes: 30 participantes (oficiais de comunicação e gestores, incluindo 11 DEPROS do pessoal provincial + 11 pontos focais da malária); Uma vez durante este PEM	PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Central																				

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017				2018				2019				2020				2021			
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4																
Intervenção Estratégica 4.3	Promover e envolver, a todos os níveis e com, todos os sectores relevantes																								
Actividade 4.3.1	Engajar com outros sectores governamentais																								
	Realizar, ao nível central, encontros de engajamento com intervenientes	Reunião de 0,5 dia para 15 pessoas (incluindo representantes de outros ministérios); 2 encontros por cada ano	PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Central																				
	Realizar, ao nível provincial, encontros de engajamento com intervenientes	Reunião de 0,5 dia para 15 pessoas (incluindo representantes de outros ministérios); 2 encontros por cada ano	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Equipa Provincial	Provincial																				
	Convidar outros sectores governamentais relevantes para os encontros do GTT CMSC		PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Central																				
	Reunião Anual com o Ministério da Educação	Para coordenar a inclusão de mensagens sobre malária e envolvimento em eventos comemorativos, dramas, etc; reunião de 0,5 dia com 10 pessoas	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Ministério de Educação	Central																				
Actividade 4.3.2	Engajar o Sector Privado																								
	Realizar o mapeamento empresas privadas que apoiam actividades de malária		GTT CMSC		Central																				
	Desenvolver um plano para o engajamento do sector privado		GTT CMSC		Central																				
	Realizar encontros de engajamento ao nível central	Reunião 0,5 dia com 5 pessoas; 5 reuniões em cada ano	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	GTT CMSC Sector Privado	Central																				
	Realizar encontros de engajamento ao nível provincial	A começar em 2019; Reunião 0,5 dia com 5 pessoas; 4 reuniões em cada ano	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Equipa Provincial Sector Privado	Provincial																				
	Convidar representantes relevantes do sector privado para as reuniões do GTT CMSC		GTT CMSC		Central																				
Actividade 4.3.3	Celebrar eventos comemorativos da malária, a todos os níveis																								
	Comemoração Anual do Dia Mundial da Malária, ao nível central	Comemoração central num local diferente em cada ano	GTT CMSC	Nível distrital	Distrital																				
	Comemoração Anual do Dia Mundial da Malária, ao nível provincial	Em cada província	GTT CMSC	Equipa Provincial	Provincial																				
	Participar no evento anual do Dia da Malária da SADC, no país hospedeiro das comemorações		PNCM		País vizinho																				
	Evento anual do Dia da Malária da SADC, ao nível central		PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Equipa Distrital	Distrital																				
	Evento anual do Dia da Malária da SADC, ao nível provincial		PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Equipa Provincial	Provincial																				
	Lançamento da campanha anual da PIDOM	Uma em cada distrito alvo da PIDOM	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Equipa Distrital	Distrital																				
	Lançamento da campanha massiva de distribuição de REMILD		PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Equipa Provincial + Equipa distrital	Provincial																				
Actividade 4.3.4	Engajamento de líderes de opinião, do nível comunitário ao nível central																								
	Identificar líderes de opinião influentes ao longo do país	Nomeadamente, líderes comunitários e religiosos, jornalistas, políticos, etc. Incluindo critérios para a selecção de líderes de opinião e definição de perfis	GTT CMSC		Central																				
	Desenvolver materiais de CMSC para os líderes de opinião		GTT CMSC		Central																				
	Produzir, adquirir e disseminar materiais de CMSC para os líderes de opinião	P.e.: folhetos informáticos sobre a malária 250 folhetos A4, 2 páginas	PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Central																				
	Realizar formação de jornalistas em CMSC, a nível provincial		PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Provincial																				
	Realizar formação de líderes de opinião em CMSC, a nível provincial		PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Provincial																				
Actividade 4.3.5	Assegurar disseminação, consistência e de qualidade, visibilidade e partilha da resposta nacional à malária																								
	Desenvolver material de advocacy realçando as intervenções da malária		PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Central																				
	Imprimir material de Advocacia	Número de cópias: 100	PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Central																				
	Disseminar o material de advocacy		PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Central																				
	Desenvolver um modelo para os relatórios de CMSC, ao nível provincial		PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Parceiros	Central																				
	Participar nas reuniões anuais do RBM		PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Central																				
	Realizar chamadas telefónicas de coordenação de CMSC, mensalmente		PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Nacional																				
	Reunião anual de coordenação de CMSC ao nível central	2 dias de reunião, incluindo parceiros Número de participantes: 40 (22 das províncias: ponto focal da malária + SESPs)	PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Nacional																				
Actividade 4.3.6	Supervisar e monitorizar actividades de advocacy, assegurando qualidade, feedback e melhoria contínua																								
	Participar nas visitas de supervisão integrada de nível central	Custos incluídos sob objectivo 1. Gestão do Programa.	PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Provincial e distrital																				
	Participar nas visitas de supervisão integrada de nível provincial	Custos incluídos sob objectivo 1. Gestão do Programa.	PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Provincial e distrital																				
	Participar nas visitas de supervisão integrada de nível distrital	Custos incluídos sob objectivo 1. Gestão do Programa.	PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Provincial e distrital																				

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017		2018		2019		2020		2021		2022		
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1
Intervenção Estratégica 4.4	Aumentar a procura, prestação e utilização de serviços de qualidade relativos à malária																	
Actividade 4.4.1	Desenvolver materiais e conteúdos de Comunicação Interpessoal e de Aconselhamento (CIPA), para os trabalhadores de saúde																	
	Actualizar o manual de CIPA do DEPROS e desenvolver um manual de CIPA do PNCM		PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC		Central													
	Imprimir e disseminar o manual de CIPA do PNCM	Cópias: 100	PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Central													
	Actualizar ou desenvolver materiais de CMSC a serem usados nas Unidades Sanitárias	Álbuns seriados para as palestras de educação em saúde, realizadas pelos trabalhadores de saúde nas unidades sanitárias, incluindo tópicos como prevenção da malária na gravidez e manejo de casos Calendários de mesa A5 com mensagens específicas de TIP e manejo de casos	PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC		Central													
	Imprimir materiais para as Unidades Sanitárias, para pré testagem	Desenvolvimento de materiais, impressão e disseminação incluído no Manejo de Casos; 10 cópias de cada	PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC	PNCM Equipa Manejo de Casos	Central													
	Pré Testagem em 3 diferentes regiões sócio-culturais		PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC	PNCM Equipa Manejo de Casos	Provincial													
	Realizar um encontro para rever os resultados das actividades de pré testagem		PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC	PNCM Equipa Manejo de Casos	Central													
	Actualizar/ rever a abordagem e os materiais baseado no feedback da reunião de revisão		PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC		Central													
	Coordinar com o DEPROS para assegurar aprovação atempada dos materiais desenvolvidos		PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC	DEPROS	Central													
	Imprimir os Álbuns Seriados para as Unidades Sanitárias	3 por unidade sanitária; Duas vezes durante este PEM	PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Central													
	Imprimir o calendário de secretária sobre o TIP	A ser usado pelos trabalhadores de saúde durante a CPN, nas unidades sanitárias; 2 por unidade sanitária (cada 2 anos) Calendário de secretária A5 com mensagens de CMSC, múltiplas páginas	PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Central													
	Imprimir um calendário de secretária para manejo de casos	Para ser usado pelos trabalhadores de saúde nas consultas externas, nas Unidades Sanitárias; 5 por unidade sanitária (cada 2 anos) Calendário de secretária A5 com mensagens de CMSC, múltiplas páginas	PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Central													
Actividade 4.4.2	Habilitar os trabalhadores de saúde no uso de materiais de CMSC																	
	Realizar TOT de nível central em CIPA e uso de materiais de CMSC	Realizado durante o encontro anual de CMSC para o ponto focal provincial da malária + SESP	PNCM Unidade de Promoção de saúde		Central													
	Formar pessoal da linha de ajuda ALOVIDA/ central de chamadas, sobre o pacote de mensagens de malária desenvolvido		PNCM Unidade de Promoção de saúde	ALOVIDA	Central													
	Formações de trabalhadores de saúde em CIPA e no uso de materiais de CMSC	14.500 trabalhadores de saúde, durante a formação de manejo de casos	PNCM Unidade de Promoção de saúde		Central													
	Formação de APEs em CIPA e no uso de materiais de CMSC	Durante as formações de reciclagem em manejo de casos	PNCM Unidade de Promoção de saúde		Central													
	Supervisar os trabalhadores de saúde e APEs no uso de materiais de CMSC	Combinar com outras actividades	PNCM Unidade de Promoção de saúde		Central													

	Detalhes	Comentários	Implementador	Primário	Implementador	Nível	2017				2018				2019				2020				2021				
							T1	T2	T3	T4																	
Actividade 4.4.3	Desenvolver materiais e conteúdos para reforçar a prestação comunitária e a criação de demanda dos serviços de malária, com APEs, activistas e líderes locais		PNCM Unidade de Promoção da saúde + GTT CMSC	Programa do APE	Central																						
	Actualizar e desenvolver materiais para APEs		PNCM Unidade de Promoção da saúde + GTT CMSC	Programa do APE	Central																						
	Imprimir materiais dos APEs, para pré testagem		PNCM Unidade de Promoção da saúde + GTT CMSC	Central																							
	Pré testagem em 3 diferentes regiões sócio-culturais		PNCM Unidade de Promoção da saúde + GTT CMSC	Provincial																							
	Realizar um encontro para rever os resultados das actividades de pré testagem		PNCM Unidade de Promoção da saúde + GTT CMSC	Programa dos APE	Central																						
	Actualizar/ rever a abordagem e materiais baseado no feedback do encontro de revisão		PNCM Unidade de Promoção da saúde + GTT CMSC	Central																							
	Coordinar com o DEPROS para assegurar a aprovação atempada dos materiais desenvolvidos		PNCM Unidade de Promoção da saúde + GTT CMSC	DEPROS	Central																						
	Imprimir e distribuir materiais para os APEs	1 cópia por APE cada 2 anos Laminadas, A4 Distribuirá durante as formações de reciclagem, quando possível, e através das US	PNCM Unidade de Promoção da saúde	Central																							
	Treinar os APEs sobre os materiais de malária desenvolvidos	Demonstrar manejo de casos / em colaboração com o departamento de formação	PNCM Unidade de Promoção da saúde	Programa de APE Equipa de Manejo de Casos	Comunitário																						
	Desenvolver job aids para OCBs e activistas	Para prevenção da malária na gravidez, etc; incluindo um guia de utilizador para ajudar a ensinar como usar os job aids	PNCM Unidade de Promoção da Saúde + CMSC	Central																							
	Imprimir job aids para OCBs e activistas	Novo manual com guias do usuário (15-20 pag., coloridas)	PNCM Unidade de Promoção da Saúde	Central																							
	Rever e actualizar job aids para APEs	Para prevenção da malária na gravidez, etc	PNCM Unidade de Promoção da Saúde	Programa de APE Equipa de Manejo de Casos	Central																						
	Imprimir job aids para APEs	1 para cada APE existente- 3500 + novos APEs Album Série A5 com imagens (TIP, manejo de casos, REMILD, PIDOM)	PNCM Unidade de Promoção da Saúde	Central																							
Actividade 4.4.4	Desenvolver e implementar materiais de CMSC baseados em evidências e de contextos relevantes e/ou programas para aumentar a procura de cuidados da malária																										
	Actualizar ou desenvolver materiais de CMSC para aumentar a procura pelos cuidados da malária	Incluindo brochura com mensagens chave para grupos de teatro, conteúdos para diálogos comunitários e famílias modelo	PNCM Unidade de Promoção da Saúde + GTT CMSC	Central																							
	Imprimir para pré testagem materiais de CMSC para a procura de cuidados da malária		PNCM Unidade de Promoção da Saúde + GTT CMSC	Central																							
	Pré testagem em 3 diferentes regiões sócio-culturais		PNCM Unidade de Promoção da Saúde + GTT CMSC	Provincial																							
	Realizar uma reunião para rever os resultados das actividades de pré testagem		PNCM Unidade de Promoção da Saúde + GTT CMSC	Central																							
	Actualizar/ rever a abordagem e os materiais baseado no feedback da reunião de revisão		PNCM Unidade de Promoção da Saúde + GTT CMSC	Central																							
	Coordinar com o DEPROS para assegurar a aprovação atempada dos materiais desenvolvidos		PNCM Unidade de Promoção da Saúde + GTT CMSC	DEPROS	Central																						
	Imprimir/ Adquirir/ Providenciar materiais de CMSC baseados em evidências e contextos relevantes para aumentar a procura pelos cuidados da malária	(1) Panfletos 50.000 (A5 1 pg colorida) (2) Brochura para grupos de teatro - 500 (A5 4 pg) including REMILD e PIDOM (3) Materiais para Diálogos Comunitários (panfletos) (4) Materiais para famílias modelo	PNCM Unidade de Promoção da Saúde + GTT CMSC	Central																							
Actividade 4.4.5	Desenvolver e implementar programas de rádio e outros materiais de mass media, baseados em evidências e de contextos relevantes, para aumentar a procura de cuidados da malária																										
	Actualizar ou desenvolver materiais de mass media para aumentar a procura pelos cuidados da malária	Para o TIP e Manejo de Casos	PNCM Unidade de Promoção da Saúde + GTT CMSC	Central																							
	Imprimir para pré testagem materiais para mass media para aumentar a procura pelos cuidados da malária		PNCM Unidade de Promoção da Saúde + GTT CMSC	Central																							
	Pré testar em 3 diferentes regiões sócio-culturais		PNCM Unidade de Promoção da Saúde + GTT CMSC	Provincial																							
	Realizar uma reunião para rever os resultados das actividades de pré testagem		PNCM Unidade de Promoção da Saúde + GTT CMSC	Central																							
	Actualizar/ rever a abordagem e os materiais baseado no feedback da reunião de revisão		PNCM Unidade de Promoção da Saúde + GTT CMSC	Central																							
	Coordinar com o DEPROS para assegurar a aprovação atempada dos materiais desenvolvidos		PNCM Unidade de Promoção da Saúde + GTT CMSC	DEPROS	Central																						
	Disseminar materiais de mass media para aumentar a procura pelos cuidados de malária	Tipo de materiais para mass media: 1) spots para rádio provincial - 1 ptg. 2 língua local : 3x por dia por 6 meses, spot de 1 minuto. 2) Spots para rádio comunitária- língua local, mesma frequência que acima 3) Comerciais para TV provincial (língua local); 1 por província em língua local, spots de 2' min 4) Materiais (repórteres de tv na comunidade, etc, entrevistas) 5) Programas de Rádio (entrevista com um especialista, Trabalhador de saúde ou um líder influente, seguido de questões e respostas para a audição)	PNCM Unidade de Promoção da Saúde + GTT CMSC	Central																							
Actividade 4.4.6	Supervisar, monitorar e controlar as actividades de CMSC, assegurando qualidade, feedback e melhoria contínua																										
	Participar nas visitas integradas de supervisão de nível central	Duas vezes ao ano em todas as províncias; custos captados sob obj 1.	PNCM + Parceiros		Provincial																						
	Participar nas visitas integradas de supervisão de nível provincial	Ponto focal provincial da malária malária focal point + saúde comunitária; bimensal; todas as províncias; custos captados sob obj 1.	Ponto Focal Provincial Malária	Saude Comunidade	Distrital																						

Intervenção Estratégica	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017				2018				2019				2020				2021					
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4																		
Reforçar os conhecimentos e influenciar as normas sociais e comportamentos relativamente à prevenção da malária																											
Actividade 4.5.1	Rever, testar e disseminar materiais, instrumentos e/ou mensagens para mass media, que promovam comportamentos desejáveis para prevenção da malária																										
	Avaliar e rever instrumentos e mensagens existentes para os media	AT de parceiros	Parceiros		Central																						
	Adaptar e desenvolver materiais para media para aumentar comportamentos de prevenção de malária incluindo soluções tecnológicas (FB, WhatsApp, smes)	AT de parceiros	Parceiros		Central																						
	Actualizar, desenvolver e imprimir materiais de media para aumentar comportamentos de prevenção, para pré testagem		PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC		Central																						
	Pré testagem em 3 regiões sócio-culturais		PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC		Provincial																						
	Realizar uma reunião para rever os resultados das actividades de pré testagem		PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC		Central																						
	Actualizar /rever a abordagem e os materiais baseado no feedback da reunião de revisão		PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC		Central																						
	Coordinar com o DEPROS para assegurar a aprovação atempada dos materiais desenvolvidos		PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC	DEPROS	Central																						
	Imprimir/ Adquirir/ Providenciar materiais de media para melhorar o comportamento de busca de cuidados da malária, para PIDOM e RMTILD	Tipo de material a ser distribuído aos media: (1) spots para rádio nacional - 1 em ptg + 3 línguas mais faladas (2) spots para rádio provincial - o mesmo que acima (3) spots para rádio comunitária - o mesmo que acima (4) Comerciais para TV nacional - 1 em ptg (5) Comerciais para TV provincial (janela local) - 1 por província em língua local e português (6) Multimedia unit (projection of educational spots at community level where there is no TV) (7) Magazines (reportagem de tv na comunidade, reportagem de rádio) (8) Radio programs (interview with an expert, HCW or influent leader, followed by Q&A for audience) (9) TV programs (interview with an expert, HCW or influent leader, followed by Q&A from audience)	PNCM Unidade de Promoção de Saúde		Central																						
Actividade 4.5.2	Formar e apoiar a implementação de materiais de qualidade, instrumentos e/ou mensagens.		PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Parceiros	Central																						
	Desenvolvimento de materiais de formação para utilizadores de materiais de media		PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Parceiros	Central																						
	ToT ao nível central	Participantes: 22 pessoas, de todas províncias (ponto focal da malária + ponto focal da saúde da comunidade - SESP)	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Parceiros	Central																						
	ToT ao nível provincial	Mesmo que acima; ponto focal da malária do distrito + saúde na comunidade; 156 x 2	Ponto Focal Distrital Malária + saúde na comunidade	Provincial																							
Actividade 4.5.3	Desenvolver materiais e conteúdos para prevenção da malária (REMILD & PIDOM)		PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC	DEPROS	Central																						
	Coordinar com DEPROS para assegurar a aprovação atempada dos materiais desenvolvidos		PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC																								
	Pré testagem em 3 regiões sócio culturais diferentes para OCBs , APEs e activistas (para PIDOM e REMILDS)		PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC		Provincial																						
	Desenvolver e imprimir panfletos de PIDOM para activistas e líderes locais (comunitários ou religiosos)	Materiais: Página A4	PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC		Central																						
	Desenvolver e imprimir job aids da PIDOM para mobilizadores da PIDOM	Manual de formação para mobilizadores (20 páginas; 1 mobilizador por cada equipa- 5 rociadores por equipa + 1 mobilizador motorizado por localidade - somente na Zambézia) + job aids (Panfleto A4 2 pgs; mesma quantidade como acima)	PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC		Central																						
	Desenvolver e imprimir algoritmo da PIDOM para rociadores	A4 laminado 1 pg	PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC		Central																						
	Desenvolver e imprimir panfleto PIDOM para comunidade	piloto na Zambézia e decidir sobre expansão nacional	PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC		Central																						
	Desenvolver e imprimir job aid REMILDS para OCBs, activistas e líderes locais	Panfleto A4 2 pg	PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC		Central																						
	Actualizar e imprimir job aids REMILDS para mobilizadores de REMILDS	Manual de Treino para mobilizadores (30 páginas; 1 mobilizador por equipa)	PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC		Central																						
	Actualizar e imprimir o algoritmo de REMILDS para registadores de REMILDS	A4 laminado 1 pg	PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC		Central																						
	Actualizar e disseminar materiais dos diálogos comunitários, famílias modelos e comunidades modelos		PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC		Central																						
	Rever e actualizar job aids para APEs (para PIDOM e REMILDS)		PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC	Programa de APE	Central																						
	Imprimir job aids para APEs	1 por cada APE- 3500	PNCM Unidade de Promoção de Saúde + GTT CMSC	Programa de APE	Central																						

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017				2018				2019				2020				2021					
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4																		
Actividade 4.5.4	Capacitar professores de escolas, líderes comunitários & religiosos, voluntários, APEs e PMTs em CMSC de malária																										
	Realizar formação/ reciclagem de malária para Estruturas Comunitárias	1 treino por distrito; 15 participantes por treino; 15; anualmente	FG SC		Comunitário																						
	Realizar formação/ reciclagem de malária para Professores do Ensino Primário	1 treino por distrito; 15 participantes por treino; 15; anualmente	FG SC		Comunitário																						
	Realizar formação, de nível provincial, para Facilitadores de Diálogos Comunitários	5000 em 5 províncias; 5 dias	FG SC		Comunitário																						
	Realizar ToT, ao nível provincial, para líderes locais	PMTs são incluídas; 60 em 4 províncias; 2-3 dias	FG SC		Comunitário																						
	Realizar formação de reciclagem em Malaria e Comunicação, para líderes religiosos	Número total de participantes: 600, de Gaza, Inhambane, Sofala, Zambézia e Nampula Número de Dias: 3 dias	PIRCOM		Distrital																						
	Realizar formação de reciclagem em Malaria e Comunicação, para voluntários religiosos a nível distrital	Número total de participantes: 1200, de Gaza, Inhambane, Sofala, Zambézia e Nampula Número de dias: 3	PIRCOM		Distrital																						
	Realizar formação em Malaria e Comunicação, para líderes comunitários	Número total de participantes : 20, em Gaza e Inhambane Número de dias: 2 Actividade PIRCOM	PIRCOM		Comunitário																						
	Realizar formação em Malaria e Comunicação, para membros de comités de saúde locais	Somente em 2018 Número total de participantes: 48, em Gaza e Inhambane Número de dias: 2	PIRCOM		Comunitário																						
	Realizar ToT, a nível provincial, para membros de comités de saúde	comunidades em 3 províncias	FG SC		Provincial																						
	Capacitar PMTs sobre CMSC de malária	a ser incluído sob o treino de manejo de casos	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Equipa de Manejo de Casos	Distrital																						
	Capacitar APEs em CMSC para Malária durante formação de APEs	a ser incluído sob a formação inicial e reciclagem de APEs	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	Equipa de Manejo de Casos Programa APE	Distrital																						
Actividade 4.5.5	Implementar estratégias CIPA que promovam comportamentos e normas desejáveis para prevenção da malária																										
	Realizar sessões de Rádios Comunitárias	5 sessões por trimestre; por distrito; anualmente	FG SC		Comunitário																						
	Distribuir prémio anual nas escolas	120 prémios ; anualmente	FG SC		Comunitário																						
	Providenciar incentivos a estruturas comunitárias		FG SC		Comunitário																						
	Produzir e distribuir o kit de educação escolar em malária	incluído o kit de trabalho para professores	FG SC		Central																						
	Disseminar mensagens sobre prevenção e tratamento da malária, através de sermões religiosos, visitas domiciliárias, reuniões/ palestras	em 2017, 2018, 2019: Gaza, Inhambane, Sofala, Zambézia e Nampula	PIRCOM		Comunitário																						
	Realizar encontros com grupos de mulheres	Em Gaza e Inhambane 48 encontros por ano Duração: 2h encontro Número participantes: 15 mulheres em cada sessão	PIRCOM		Comunitário																						
	Distribuição de bicicletas para voluntários religiosos	em 2017: 1000, para Gaza, Inhambane, Sofala, Zambézia e Nampula	PIRCOM		Comunitário																						
	Reprodução de materiais para disseminação de mensagens e mobilização de comunidades (job aid, panfleto, auto colante, camisete, pasta de mão, cartões de identidade, posters, sombreiro e tenda de exposição)	em 2017: Gaza, Inhambane, Sofala, Zambézia e Nampula Job aid- 500 Impressão de panfletos- 20.000 Auto colantes -16.000 Impressão de camisetas – 1000 Impressão de bonés - 1000 Sacos de mão- 500 Cartões de identificação para Voluntários -300 Impressão de posters-400 Sobreiros - 4 Tendas de exposição - 4	PIRCOM		Central																						
Actividade 4.5.6	Supervisar, monitorar & controlar actividades de CMSC para prevenção da malária, assegurando qualidade, feedback constante e melhoria contínua																										
	Participar em visitas integradas de supervisão ao nível central	Em combinação com 4.4.6	PNCM	Parceiros	Comunitário																						
	Participar em visitas integradas de supervisão ao nível provincial	Em combinação com 4.4.6	Ponto Focal Provincial Malária/ Ponto Focal da Saúde na Comunidade		Provincial																						
	Monitorar actividades de CMSC - Cobertura dos Media		PNCM Unidade de Promoção de Saúde	PNCM Equipa de M&A	Central																						
	Monitoria contínua das actividades das Estruturas Comunitárias / visitas de supervisão aos distritos				Comunitário																						
	Monitoria contínua das actividades dos Centros de Saúde / visitas conjuntas de supervisão aos centros de saúde				Comunitário																						

OBJECTIVO 5	ACELERAR OS ESFORÇOS PARA A ELIMINAÇÃO DA MALÁRIA, ATRAVÉS DA IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES EPIDEMIOLOGICAMENTE ADEQUADAS, ATÉ 2022													
	Detalhes		Comentários		Implementador Primário	Implementador 1	Implementador 2	Nível	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Intervenção Estratégica 5.1	Estabelecer sistemas de vigilância epidemiológica activos, efectivos e flexíveis, para apoiar a resposta													
Actividade 5.1.1	Desenvolver sistemas para vigilância activa, diagnóstico e tratamento													
	Desenvolver orientações de vigilância activa, específicas para Moçambique	Com AT de parceiros. Baseadas nas orientações da OMS e evidências disponíveis, inclui orientações para investigação de focos	PNCM Equipa de VM&A	Parceiros	Central									
	Encontro para rever e finalizar as orientações, manual e instrumentos	2 dias, 20 pessoas 3 representantes de distritos	PNCM Equipa de VM&A	Parceiros	Central									
	Impressão e disseminação de orientações, manual e instrumentos	2 por cada unidade sanitária + pontos focais distritais (2 documentos separados)	PNCM Equipa de VM&A	Parceiros	Central									
	Mapear áreas de captação e definir população nas áreas de captação		PNCM Equipa de VM&A	Parceiros	Central									
5.1.1.1	Desenvolver e implementar um sistema de vigilância individual de casos													
	Identificar distritos com baixa e muito baixa incidência, para reforçar a capacidade de vigilância	Ao nível nacional; baseado no exercício de estratificação	PNCM Equipa de VM&A	Parceiros	Central									
	Definir as necessidades do sistema de vigilância individual de casos	Com a AT de parceiros	PNCM Equipa de VM&A	Parceiros	Central									
	Implementar um sistema de vigilância individual de casos, em áreas alvo para eliminação	Com a AT de parceiros	PNCM Equipa de VM&A	Parceiros	Maputo, Inhambane, Gaza									
	Adquirir equipamentos para o sistema de vigilância individual de casos	Para distritos de muito baixa transmissão, segundo o exercício de estratificação e suas revisões anuais	PNCM		Maputo									
	Adquirir veículos	Coberto pelo MOSASWA	PNCM		Maputo									
	Adquirir 1 carro por distrito, para Maputo Província	Somente para Maputo Província Veículos específicos para eliminação	PNCM		Maputo									
Actividade 5.1.2	Identificar necessidades em pessoal													
	Realizar avaliação de necessidades para identificar lacunas de pessoal para eliminação	A ser incluído na avaliação de necessidade do PNCM, sob o obj 1	PNCM	GTT	Central									
	Definir papéis e responsabilidades e descrição das tarefas		PNCM	GTT	Central									
Actividade 5.1.3	Desenvolver TdR e recrutar, conforme requerido	Para Maputo província + distritos de incidência muito baixa + distritos fronteiriços no contexto do E8 e MOSASWA												
	Desenvolver TdR para Agentes de Vigilância da Malária e Assistente de M&A		PNCM	GTT	Central									
	Contratar Agentes de Vigilância da malária ao nível da Unidade Sanitária	2 pessoas por unidade sanitária, somente para Maputo província	PNCM	Unidade Sanitária	US									
	Contratar assistente de M&A ao nível provincial	Somente para Maputo província	PNCM	Província	Provincial									
Actividade 5.1.4	Providenciar formação e supervisões	Para Maputo província + distritos de baixa incidência + distritos fronteiriços no contexto do E8 e												
	Desenvolvimento de materiais de formação	Com AT de parceiros	PNCM Equipa de VM&A	Parceiros	Central									
	Imprimir materiais de formação	2 cópias por US, Distritos	PNCM Equipa de VM&A		Central									
	Realizar TOT em Vigilância Activa para pessoal do nível central e provincial	Duas vezes durante este PEM; por 3 dias; Participantes: 4 nível central + 3 do pessoal do nível provincial + parceiros	PNCM Equipa de VM&A		Provincial									
	Treino em cascata de Vigilância Activa, para pessoal das unidades sanitárias	Duas vezes durante este PEM; 4 dias; Participantes: 1 nível central , 3 nível provincial, 2 distritos, 2 do pessoal da US Todo o pessoal da equipa de vigilância	PNCM Equipa de VM&A		Provincial									
	Treino em cascata de Vigilância Activa, para APEs	Duas vezes durante este PEM; 4 dias; Participantes: 1 pessoa a nível central do departamento de APEs, 1 nível provincial , 2 do pessoal do nível distrital - Todos APEs	PNCM Equipa de VM&A		Provincial									
	Supervisionar rotineiramente a implementação do sistema de vigilância individual de casos	Mensalmente para os primeiros 6 meses e, depois trimestralmente 2 dias por unidade sanitária, 2 pessoas dos distritos	PNCM Equipa de VM&A		Provincial									
Actividade 5.1.5	Monitorar e controlar													
	Realizar visitas regulares de supervisão dos distritos para unidade sanitária	Trimestralmente; 1 dia por unidade sanitária	PNCM		US									
	Realizar visitas regulares de supervisão da província para o distrito	2 adicionais (para os 2 primeiros anos)	PNCM		Distrital									
	Realizar visitas regulares de supervisão do nível central para o distrito	2 adicionais (para os 2 primeiros anos)	PNCM		Distrital									
	Realizar reuniões regulares ao nível distrital	2 adicionais (para os 2 primeiros anos)	PNCM		Distrital									
	Realizar reuniões regulares ao nível provincial	2 adicionais (para os 2 primeiros anos)	PNCM		Provincial									

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017				2018				2019				2020				2021					
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4																		
Intervenção Estratégica 5.2	Harmonizar estratégias amplas de manejo de casos e controlo vectorial em áreas definidas, onde existem compromissos regionais																										
Actividade 5.2.1	Desenvolver planos conjuntos de implementação entre as iniciativas regionais, para sincronizar as actividades anuais de controlo vectorial																										
	Realizar uma avaliação de linha de base da situação de gestão de vectores	Adaptado do Plano Estratégico do MOSASWA	PNCM		Central																						
	Apoiar em recursos logísticos e humanos para melhorar a gestão integrada do vector	Adaptado do Plano Estratégico do MOSASWA	PNCM	Goodbye Malaria	Sul																						
	Desenvolver planos conjuntos de implementação para sincronizar as actividades anuais de controlo vectorial	2 reuniões; participantes:7 distritos e 2 DPS + 5 nível central + parceiros	PNCM		Sul																						
Actividade 5.2.2	Harmonizar orientações para vigilância entomológica																										
	Participar nos encontros de coordenação da iniciativa E8 e MOSASWA entre representantes nacionais de unidades de controlo vectorial		PNCM		Africa Austral																						
	Assegurar oportunidades para feedback dos pontos focais provincial e distrital	Feito durante as reuniões de rotina, etc e, nos encontros anuais	PNCM		Provincial e Distrital																						
Actividade 5.2.3	Harmonizar os planos de Gestão de Resistência ao Insecticida																										
	Participar nas reuniões de coordenação como parte da iniciativa E8 e MOSASWA		PNCM		Africa Austral																						
	Participar nas reuniões de coordenação como parte da iniciativa E8 e MOSASWA	Feito durante as reuniões de rotina, etc e, encontros anuais	PNCM		Provincial e Distrital																						
Actividade 5.2.4	Apoiar em recursos logísticos e humanos para aumentar a GVI																										
	Reforçar a vigilância entomológica	Todos os distritos que são alvo de erradicação devem assegurar que actividades de vigilância entomológica são realizadas em postos sentinelas específicos, através de ILEPs. Custos associados cobertos sob actividade 2.6. Executar Monitoria e Avaliação Entomológica	PNCM																								
	Realizar a PIDOM em todos os distritos alvo da eliminação da malária	Conforme informado pelos dados de vigilância entomológica	PNCM																								
	Mapear todos os criadouros	Custos incluídos sob objectivo 2	PNCM																								
	Realizar a introdução de larvicidas em criadouros que cumpram os requisitos	Custos incluídos sob objectivo 2	PNCM																								
Intervenção Estratégica 5.3	Direcionar intervenções com base nos factores da transmissão, em áreas definidas																										
Actividade 5.3.1	Actualizar a estratificação do risco da malária, para orientar as intervenções focalizadas																										
	Colher todos os dados de vigilância e actualizar o mapa de risco		PNCM Equipa de VM&A	Parceiros	Central																						
	Usar o mapa de risco e outro tipo de dados de vigilância para actualizar a estratificação		PNCM Equipa de VM&A	Parceiros	Central																						
	Actualizar o plano anual baseado na estratificação revista		PNCM		Central																						
	Disseminar a estratificação na reunião anual de malária		PNCM		Central																						
Actividade 5.3.2	Implementar investigação de focos em focos activos																										
	Desenvolver propostas de materiais e testar a investigação de focos		GTT Eliminação		Central																						
	Realizar uma formação sobre investigação de focos	Para equipas integradas (incluir manejo de casos, vigilância e controlo vectorial); 3 dias	PNCM		Provincial																						
	Adquirir equipamento para investigação de focos (GPS, entomologia, etc)	Ao mesmo tempo que a formação de vigilância (actividade 5.1.4) Custos captados na sub actividade 5.1.1. Aquisição de equipamento	PNCM		Central																						
	Realizar investigações de focos em distritos identificados		PNCM		Distrital																						
Actividade 5.3.3	Desenvolver e implementar respostas a focos activos																										
	Resposta à existência de criadouros => larvicidas	Sem custos adicionais, apenas necessárias quantidades tampão para os produtos	PNCM		Distrital																						
	Resposta à falta de acesso a ferramentas de controlo vectorial => providenciar REMILD OU PIDOM adicionais	Sem custos adicionais, apenas necessárias quantidades tampão para os produtos	PNCM		Distrital																						
	Resposta a comportamentos pobres da comunidade => promoção de saúde	Sem custos adicionais, apenas necessárias quantidades tampão para os produtos	PNCM		Distrital																						
	Resposta à resistência identificada => uso da PIDOM	Sem custos adicionais, apenas necessárias quantidades tampão para os produtos	PNCM		Distrital																						

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017				2018				2019				2020				2021				2022				
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4																					
Intervenção Estratégica 5.4	Assegurar sustentabilidade financeira dos esforços de eliminação, com base em evidências																													
Actividade 5.4.1	Desenvolver e implementar uma estratégia e plano de advocacia, construindo um caso de investimento para eliminação, para assegurar financiamento sustentável e apoio																													
	Desenvolver uma estratégia e plano de advocacia para eliminação		PNCM	Parceiros	Central																									
	Realizar um encontro de disseminação da estratégia e plano de advocacia	1 dia, 50 pessoas; todos 2 anos	PNCM		Central																									
	Producir e imprimir material de advocacia	100 cópias	PNCM		Central																									
	Implementar o plano de advocacia	Aproveitar todas as oportunidades para disseminar o plano de eliminação; 2 viagens internacionais por ano	PNCM		Central																									
	Partilhar informação, numa base rotineira, com MOSASWA e E8		PNCM		Central																									
	Participar na classificação ALMA		PNCM		Provincial																									
	Disseminar a classificação ALMA	Anuamente; 5 por distrito para Maputo Província; 12 cópias (todas províncias +central); Tamanho do Poster - Laminado	PNCM Equipa de VM&A		Provincial																									
	Disseminar a classificação do PNCM numa base semanal		PNCM Equipa de VM&A		Central																									
Actividade 5.4.2	Monitorar e adaptar o plano de advocacia																													
	Analisar os dados da vigilância para os distritos de eliminação e criar relatórios	Anualmente	PNCM Equipa de VM&A		Central																									
	Adaptar o plano de advocacia baseado nos dados dos distritos de eliminação		PNCM	Parceiros	Central																									
	Compilar, imprimir e disseminar os relatórios	Uma vez todos 2 anos, 100 cópias	PNCM Equipa de VM&A		Central																									

OBJECTIVO 6	FORTALECER O SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE MODO QUE 100% DAS UNIDADES SANITÁRIAS E DISTRITOS NOTIFIQUEM DADOS COMPLETOS, ATEMPADOS E DE QUALIDADE, ATÉ 2020																	
	Detalhes		Comentários		Implementador Primário		Nível	2017		2018		2019		2020		2021		2022
Intervenção Estratégica 6.1	Implementador 1	Implementador 2	T1	T2	T3	T4		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3
Actividade 6.1.1	Melhorar a capacidade de VM&A da malária, a todos os níveis																	
Actividade 6.1.1	Apoiar a coordenação nacional de Vigilância e M&A																	
	Desenvolver TdR para desenvolvimento de um Roteiro Nacional de Vigilância			PNCM	Parceiros	Central												
	Realizar a Reunião Nacional da Vigilância da Malária	Reunião ao nível central; 30 pax, 2 dias; PNCM + parceiros +especialistas internacionais; Duas vezes durante este PEM	PNCM	Parceiros	Central													
	Desenvolver o Roteiro Nacional de Vigilância	Com AT de parceiros e OMS; definir actividades de nível nacional; movendo para a recolha electrónica de dados	PNCM Equipa de VM&A	Parceiros	Central													
	Rever o Roteiro da Vigilância Nacional	Uma vez durante este PEM	PNCM	Parceiros	Central													
	Rever a Avaliação do Sistema de Vigilância da Malária	Uma vez durante este PEM	PNCM	Parceiros	Central													
Actividade 6.1.2	Desenvolver e implementar formações em VM&A			GTT VM&A		Central												
	Desenvolver TdR para as formações de M&A																	
	Desenvolver o pacote de formação em M&A	Com AT de parceiros; Assegurar alinhamento do pacote de formação com as últimas Normas de Vigilância da OMS e incluir: Manual de M&A e o pacote de M&A (deverá incluir todos dados da malária, e não somente dados de casos, indicadores de M&A para entomologia, controlo vectorial, etc)	PNCM Equipa de VM&A		Central													
	Imprimir o Manual de M&A	Um manual de M&A por participante; disseminação durante as formações	PNCM Equipa de VM&A		Central													
	Realizar formações em DHIS2, de nível central	Participar nas academias semestrais DHIS2; para o pessoal de nível central do PNCM M&E	PNCM Equipa de VM&A		Central													
	Realizar formações de M&A, a nível central	Para pessoal de nível central e provincial; sobre como agregar e analisar dados; Participantes: 5 nível central , 2 nível provincial, por província, parceiros (3); 6 dias de treino; Duas vezes durante este PEM	PNCM Equipa de VM&A		Central e Provincial													
	Realizar formações de DHIS2 e M&A, a nível provincial	Para pessoal do nível distrital; Realizado pela DPS com apoio central; Participantes: 2 por distrito (Pontos focais da Malária + NED estatísticas); por 2 dias; Duas vezes durante este PEM	PNCM Equipa de VM&A		Nível Distrital													
	Realizar formações de M&A, ao nível distrital	Para pessoal da US; 1 pessoa por US, por um dia; Duas vezes durante este PEM	PNCM Equipa de VM&A		US													
Actividade 6.1.3	Providenciar as ferramentas de M&A e formar no seu uso																	
	Imprimir todos os formulários de M&A	Formulários diários, semanais e mensais para APÉs, US e distritos (incluindo a gestão de stocks para todos os produtos de malária)	PNCM Equipa de VM&A		Central													
	Assegurar a distribuição, a todos níveis, dos formulários de M&A		PNCM Equipa de VM&A		Central													
	Formar o pessoal das US no uso dos formulários	Incluído sob 6.1.2. Formação em M&A nível distrital	PNCM Equipa de VM&A		US													
Actividade 6.1.4	Implementar resposta apropriada às necessidades de formação, a nível comunitário (APÉs)																	
	Advocar para a formação em M&A, a nível comunitário		PNCM Equipa de VM&A	Programa de APÉ	Central													
	Incluir a componente de M&A na formação de reciclagem dos APÉs	Incluído sob objectivo 3- Manejo de Casos			Central													

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017				2018				2019				2020				2021				2022			
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Actividade 6.1.5	Implementar monitoria e supervisão contínuas																												
	Avaliar o potencial de uso de soluções móveis (mSaúde) para monitorizar o fecho das referências		PNCM Equipa de VM&A	Parceiros	Central																								
	Desenvolver e implementar recomendações da Avaliação do mSaúde		PNCM Equipa de VM&A	Parceiros	Central																								
	Apoiar formações em cascata ad hoc	Formação em serviço de pessoal existente e pessoal novo	PNCM Equipa de VM&A		Central																								
	Realizar visitas de supervisão, de nível central, aos distritos e províncias	2 vezes por ano: 1 semana, 4 pessoas do nível central (PNCM+DIS e/ou DNSP unidade de M&A + departamento de epidemiologia); visitas específicas de supervisão distintas das integradas	PNCM Equipa de VM&A		Provincial e distrital																								
	Realizar visitas de supervisão, de nível provincial, aos distritos	2 vezes por ano: 1 semana por distrito, 2 pessoas por província; visitas específicas de supervisão distintas das integradas	Ponto Focal Provincial		Provincial e distrital																								
	Realizar visitas de supervisão, de nível distrital, às unidades sanitárias	Trimestralmente; 2 pessoas; 1 dia por cada US; visitas específicas de supervisão distintas das integradas	Ponto Focal Distrital		US																								
	Participar nas visitas de supervisão integrada, de nível provincial	4 pessoas do nível provincial (médico chefe, ponto focal da malária, SESP, M&A), Trimestralmente para cobrir anualmente todos os distritos de todas províncias; custos captados sob obj.1	DPS		Provincial e distrital																								
	Participar nas visitas de supervisão integrada, de nível distrital	4 pessoas do nível distrital (médico chefe, ponto focal da malária, farmácia e M&A), semestralmente para cobrir todas as US anualmente; custos captados sob obj.1	DDS		Provincial e distrital																								
Intervenção Estratégica 6.2	Estabelecer um Sistema de Garantia da Qualidade de Dados	É crucial que haja uma estreita colaboração com o DIS para esta actividade																											
Actividade 6.2.1	Rever os actuais instrumentos de colheita de dados e desenvolver respostas apropriadas para lacunas identificadas																												
	Desenvolver TdR para desenvolver um Sistema de Garantia de Qualidade de Dados		PNCM Equipa de VM&A	Parceiros	Central																								
	Contratar um Consultor para apoiar o desenvolvimento do Sistema de Garantia de Qualidade de Dados	1 mês	PNCM Equipa de VM&A		Central																								
	Rever os instrumentos actuais de colheita de dados e sistemas de garantia de qualidade de dados e desenvolver proposta do Sistema de Garantia de Qualidade de Dados	Incluir manual, materiais de treino e instrumentos	Consultor		Central																								
	Partilhar com intervenientes e parceiros a proposta de manual e instrumentos		PNCM Equipa de VM&A		Central																								
	Rever a proposta de manual e instrumentos com base no feedback recebido		Consultor		Central																								
	Realizar uma reunião para discutir a segunda proposta do manual e instrumentos de Segurança e Qualidade de Dados	Com membros do GTT de VM&A e o consultor	PNCM Equipa de VM&A	GTT	Central																								
	Actualizar e finalizar o manual e instrumentos de Garantia de Qualidade de Dados, baseado no feedback recebido		Consultor		Central																								
	Desenvolver os materiais de formação para o sistema de Garantia de Qualidade de Dados	1 manual de TOT para os níveis provincial e central + 1 manual de participantes para o distrito	Consultor		Central																								
	Imprimir o manual e instrumentos do sistema de Garantia de Qualidade de Dados	2 por Unidade Sanitária + 1 por distrito + 1 por província + 20 ao nível central Imprimir duas vezes neste PEM	PNCM Equipa de VM&A		Central																								
	Imprimir materiais de formação do sistema de Garantia de Qualidade de Dados	- um manual TOT para formação provincial e central - um manual de participantes para a formação distrital	PNCM Equipa de VM&A		Central																								
	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017	2018	2019	2020	2021	2022																		
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017				2018				2019				2020				2021			
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4																
Actividade 6.2.2	Planificar e orçamentar necessidade de formação																								
	Desenvolver o plano de formação para implementar a Garantia de Qualidade de Dados	Mesmo consultor; uma vez durante este PEM	Consultor		Central																				
	Orçamentar o plano de formação para implementar a Garantia de Qualidade de Dados	Mesmo consultor; uma vez durante este PEM	Consultor		Central																				
Actividade 6.2.3	Formação em instrumentos de Garantia de Qualidade de dados																								
	Realizar TOT, de nível central, sobre Qualidade de Dados	11 Pontos focais provinciais + 4 pessoas por província (médico chefe provincial, ponto focal provincial para malária, NEP, vigilância e M&A) + 20 nível central; 4 dias / 2 treinos; Duas vezes durante este PEM	PNCM Equipa de VM&A		Central																				
	Formação em cascata sobre Qualidade de Dados, até ao nível distrital	4 pessoas por distrito (médico chefe distrital, ponto focal distrital para a malária, NED, ponto focal de vigilância), 2 vezes durante este PEM	PNCM Equipa de VM&A		Provincial																				
	Realizar formação em serviço nas US e convidar os APEs para participarem	2 dias por US; 2 pessoas (ponto focal distrital para malária+ NED); 2 vezes durante este PEM	PNCM Equipa de VM&A		Distrital																				
Actividade 6.2.4	Implementar Auditoria da Qualidade de Dados (AQD), monitorar e controlar dados																								
	Realizar AQD ao nível da US, semanalmente	Pessoal da US			US																				
	Realizar AQD ao nível distrital, mensalmente	1 pessoa do nível distrital vai a todas as US; 1 dia por por US	Ponto Focal Distrital																						
	Realizar AQD ao nível provincial, trimestralmente	1 dia por distrito, 2 pessoas da província vão a todos os distritos	Ponto Focal Provincial		Distrital																				
	Realizar AQD ao nível central, anualmente	Em todas as províncias, 1 semana por cada província, 4 pessoas do nível central (PNCM+DIS e/ou DNSP Unidade de M&A + departamento epidemiológico)	PNCM Equipa de VM&A		Provincial e distrital																				
	Implementar respostas aos problemas de qualidade de dados de acordo com o manual - a todos os níveis		PNCM Equipa de VM&A		Nacional																				
Intervenção Estratégica 6.3	Estabelecer um sistema abrangente, integrado de armazenamento de informação sobre malária (IMISS)																								
Actividade 6.3.1	Rever as bases de dados existentes relacionadas com malária																								
	Desenvolver TdR para rever as bases de dados existentes	Liderado por um parceiro técnico	PNCM Equipa de VM&A		Central																				
	Identificar uma equipa central para liderar o desenvolvimento da iMISS	Um parceiro técnico/ epidemiologista deverá coordenar a equipa central para o desenvolvimento da iMISS começando por definir os produtos desejados e o tipo / de dados necessários para introduzir / frequência/ níveis de agregação, etc	PNCM Equipa de VM&A	Parceiros	Central																				
	Rever e compilar um relatório de avaliação sobre as bases de dados existentes, relacionados com malária e identificar lacunas nos dados requeridos	Liderado pela equipa central e incluindo as bases de dados da malária dos parceiros. Durante a colecta de dados e notificação pelos APEs e avaliar opções para notificação electrónica de dados via telemóveis	PNCM Equipa de VM&A	Parceiros	Central																				
	Partilhar o relatório de avaliação com o GTT VM&A e DIS para aprovação e priorização de lacunas nos dados requeridos	Liderado pela equipa central	PNCM Equipa de VM&A		Central																				
	Realizar reuniões dos GTT dentro de cada área temática para criar uma lista de indicadores / variáveis a serem captados na iMISS	Captado sob as reuniões do GTT VM&A	PNCM Equipa de VM&A	GTT SM&A	Central																				
	Partilhar a lista com o GTT VM&A e finalizar as listas de indicadores/ variáveis	Liderado pela equipa central	PNCM Equipa de VM&A	GTT SM&A	Central																				
	Rever as ferramentas de coleta de dados, de acordo com o necessário e recomendar novos instrumentos , conforme necessário	Desenvolver formulários para vigilância entomológica; acrescentar outros medicamentos ao sistema de laboratórios/LMS e não somente AL; desenhar/ rever actividades de monitoria de REMILDs que incluem actividades pós campanhas, incluindo acesso, cobertura e uso; desenvolver fichas de stocks para REMILDs para distribuição rotineira na CPN; Criar um sistema de notificação de stock de REMILDs, aderir ao sistema de introduzir o sistema de informação na US; colecta de indicadores de CMSc através de dados de rotina; Rever os formulários de notificação / vigilância para assegurar que os indicadores chave disponibilizados pelos parceiros são também captados e reportados aos níveis mais altos; assegurar a coleta de dados de prevenção e tratamento, ao nível das APEs. Compilar dados das parceiros ao nível distrital; Criar instrumentos e captar dados sobre as contribuições dos líderes comunitários e PMTs	PNCM Equipa de VM&A	GTT SM&A	Central																				

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário				Nível	2017				2018				2019				2020				2021				
			Implementador 1	Implementador 2	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Actividade 6.3.2	Definir as especificações de sistema para o iMISS		GTT VM&A		Central																							
	Desenvolver TdR para o desenvolvimento do iMISS																											
	Contratar consultor para desenvolver o iMISS	Um consultor deverá ser contratado, para apoiar o desenho da arquitectura, criação do iMISS, seguimento e apoio à expansão e resolução de problemas	PNCM	Parceiros	Central																							
	Rever, definir arquitectura e desenvolver especificações do sistema do iMISS		Consultor	GTT SM&A	Central																							
	Adquirir e instalar computadores para o iMISS, aos níveis central e provincial	1 computador para o nível central em 2018 + 1 para cada província em 2020	PNCM		Central																							
	Desenvolver e pilotar o iMISS	O iMISS será instalado dentro do PNCM de forma a que a expansão e resolução de problemas possa ser liderada pelo PNCM e não ficar dependente de outros departamentos	Consultor		Nacional																							
	Implementar o iMISS e manter, conforme requerido	Implementação ao nível central em 2018; Migração para o nível provincial em 2020; contrato de manutenção mínimo 6 meses	Consultor		Nacional																							
	Construção do painel de controlo (dashboard)	Mesmo consultor que acima	Consultor		Central																							
Actividade 6.3.3	Colaboração com principais actores para incorporar a colheita de dados prioritários, necessários																											
	Informar aos actores (parceiros, sector público e privado) sobre o iMISS, sua arquitectura e dados prioritários	Via email	PNCM Gestor de Dados	Grupo Central SiAIM	Central																							
	Convidar o sector privado para a reunião geral de M&A	Para discutir formas de envio de dados do sector privado 1 dia de reunião ao nível central; 45 pax (incluindo HIV; SMI, etc); em 2018	PNCM	Sector Privado	Central																							
	Desenvolver um mecanismo para incluir os dados do sector privado no iMISS	Possivelmente usando o DHIS2	PNCM	Sector Privado	Central																							
	Implementar sistema para colher dados do sector privado		PNCM	Sector Privado	Central																							
Actividade 6.3.4	Providenciar formação sobre o iMISS																											
	Desenvolver materiais de formação e POPs para o iMISS e respectivo painel de controlo (dashboard)		Consultor		Central																							
	Realizar formação ao nível central	2 dias de treino, incluindo CMAM, pessoal de entomologia, 10 do pessoal central; Duas vezes durante este PEM	GTT VM&A		Central																							
	Realizar formação ao nível provincial	2 dias de treino - pessoal de nível central irá às províncias dar a formação: 1 ponto focal provincial da malária + 1 ponto focal de entomologia por província; Uma vez durante este PEM	GTT VM&A		Provincial																							
Actividade 6.3.5	Monitorizar e controlar a recolha e análise de dados																											
	Analisar dados numa base mensal para monitorar a recolha e submissão de dados	Recolha/ análise/ submissão de dados. Actividade de rotina a todos os níveis (US, distrito, província, central)	Gestor de Dados PNCM		Central																							
	Realizar, a todos níveis, visitas regulares de dados/vigilância	Mesmas visitas de supervisão como em 6.1.5	PNCM Equipa de VM&A		Provincial, distrital e US																							
Actividade 6.3.6	Desenvolver e estabelecer mecanismos de feedback																											
	Colaborar com o DIS para assegurar que os relatórios de feedback do SIS-MA são enviados e disseminados a todos os níveis	Enviar via email relatório de completude/ qualidade a todos os pontos focais provinciais de malária	PNCM Equipa de VM&A	DIS	Central																							
	Rever os dados e partilhar o feedback durante as visitas de supervisão que se realizarão aos níveis de unidade sanitária, distrito e província	PNCM, mesmas visitas de supervisão que em 6.1.5	PNCM Equipa de VM&A		Central																							

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017				2018				2019				2020				2021				2022					
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4		
intervenção Estratégica 6.4	Estabelecer um sistema e uma estratégia para resposta a surtos, em áreas propensas a epidemias																														
Actividade 6.4.1	Estabelecer mecanismos para definir zonas propensas a surtos (limites), ao nível distrital												PNCM	Parceiros	Central																
	Realizar uma análise sobre as causas dos surtos												Parceiros		Central																
	Definir, anualmente, distritos propensos a surtos												Parceiros		Central																
	Melhorar a definição dos limites epidémicos distritais	Parceiro técnica + PNCM + INS + departamento de Epidemiologia; 2 reuniões (2017); 1 reunião de revisão em 2019 (e conforme necessário); Somente ao nível central, 25 pessoas, 1 dia de reunião		PNCM	INS, Departamento de Epidemiologia																										
	Partilhar a informação actualizada sobre o limite epidémico com todas as províncias e distritos			PNCM									Provincial e distrital																		
	Utilizar dados do BES e dados de outras vigilâncias semanais para controlar o limite epidémico	PNCM + INS + Departamento de Epidemiologia	PNCM	INS Departamento Epidemiológico e Departamento Epidemiológico	Central																										
	Reforçar o uso do limite epidémico, aos níveis de unidade sanitária e distrito	Coordenar com o INS e expandir o sistema móvel de vigilância (mBES), para estabelecer um sistema funcional de Aviso de Alerta Precoce	PNCM	INS	Distrital e US																										
Actividade 6.4.2	Desenvolver TdR para uma equipa de resposta a surtos																														
	Adaptar TdR de equipas de resposta a surtos	Usar as normas da OMS/E8/MALTEM, adaptando-as ao contexto de Moçambique	GTT VM&A		Central																										
	Partilhar com parceiros e outros intervenientes para a revisão		PNCM Equipa de VM&A	GTT SM&A	Central																										
	Actualizar TdR com base no feedback de parceiros e outros intervenientes	PNCM + Parceiros + INS	PNCM Equipa de VM&A	GTT SM&A	Central																										
	Finalizar TdR das equipas de resposta a surtos	PNCM + Parceiros + INS	PNCM Equipa de VM&A	GTT SM&A	Central																										
Actividade 6.4.3	Definir respostas a surtos																														
	Desenvolver orientações para Prontidão e Resposta a Epidemias (PRE)	Com AT de parceiros	Parceiros		Central																										
	Imprimir as orientações de PRE	5 Cópias por distrito + 5 cópias por província + 20 ao nível central; Disseminação durante as formações, sem custos	PNCM Equipa de VM&A		Central																										
	Formação de todo o pessoal relevante em PRE	Equipa do Departamento de Epidemiologia responsável por resposta a epidemias e surtos + PNCM: Uso das formações de vigilância para disseminar e formar em Prontidão e Resposta Epidémica	PNCM Equipa de VM&A	Departamento de Epidemiologia	Central																										
Actividade 6.4.4	Criar condições para uma rápida mobilização da equipa de resposta a surtos																														
	Criar um Fundo de Resposta a Surtos		PNCM		Central																										
Actividade 6.4.5	Estabelecer um stock de emergência para produtos chave da malária																														
	Estabelecer mecanismos flexíveis de financiamento para resposta a surtos	Quantidades tampão de stocks para TDRs/ACTs, REMILDs e insecticida - incluído sob 3. Manejo de Casos	PNCM		Central																										

	Detalhes	Comentários	Implementador Primário		Nível	2017				2018				2019				2020				2021				2022			
			Implementador 1	Implementador 2		T1	T2	T3	T4																				
Intervenção Estratégica 6.5	Estabelecer um sistema para assegurar que a implementação e pesquisa operacional são realizadas e que os resultados são utilizados para informar actividades do Programa em tempo real																												
Actividade 6.5.1	Actualizar e priorizar a agenda da Pesquisa Operacional (PO)																												
	Colaborar com GTTs de cada área temática para identificar potenciais tópicos de PO e propor uma agenda de PO	Realizar durante as reuniões de rotina dos GTTs	PNCM Equipa de VM&A		Central																								
	Confirmar com parceiros áreas prioritárias de pesquisa e disponibilidade de fundos		PNCM Equipa de VM&A		Central																								
	Actualizar e priorizar proposta de agenda de PO		PNCM Equipa de VM&A		Central																								
	Realizar um encontro para discutir e finalizar a PO priorizada	GTT VM&A			Central																								
	Actualizar regularmente a agenda das PO	GTT VM&A			Central																								
Actividade 6.5.2	Partilhar e promover a agenda da PO para maximizar recursos, colaboração, oportunidades de pesquisa e partilha de informação																												
	Realizar reunião anual para discutir e acordar sobre a agenda priorizada de PO	1 dia - 50 pessoas: PNCM+parceiros+instituições de pesquisa	GTT VM&A		Central																								
	Disseminar a lista final dos estudos prioritizados para a PO	Anualmente, via emails ou encontros de GTT	GTT VM&A		Central																								
	Propor um plano operacional para implementar os estudos das PO	Todos 2 anos	PNCM Equipa de VM&A		Central																								
	Orçamentar os estudos incluídos no plano operacional das PO	Todos 2 anos	PNCM Equipa de VM&A		Central																								
Actividade 6.5.3	Implementar a agenda da Pesquisa Operacional																												
	Realizar Estudos de Eficácia Terapêutica, regularmente	2017, 2019, 2021 Apoiado pela OMS e PMI	PNCM Equipa de VM&A	Parceiros	Nacional																								
	Realizar estudos de bio-eficácia, acesso e uso de REMILDs	Cada ano, começando em 2018, depois de terminadas as campanhas massivas de REMILDs	PNCM Equipa de M&A + CV	Parceiros	Nacional																								
	Realizar estudo de linha de base sobre a actual situação de MnG	e.g. Toma de comprimidos, comportamentos	PNCM Equipa de M&A + MC	Parceiros	Nacional																								
	Realizar estudo para perceber o impacto dos líderes de opinião		PNCM Equipa de VM&A + CMSC	Parceiros	Nacional																								
	Realizar estudo para avaliar e entender normas sociais de comportamento		PNCM Equipa de VM&A + CMSC	Parceiros	Nacional																								
	Realizar estudo de avaliação de impacto		PNCM Equipa de VM&A	Parceiros	Nacional																								
	Realizar estudo para monitorar a cobertura das media		PNCM Equipa de VM&A + CMSC	Parceiros	Nacional																								
Actividade 6.5.4	Assegurar a disseminação atempada e partilha dos resultados da Pesquisa Operacional																												
	Disseminar os resultados de PO implementadas através de fóruns e reuniões de rotina		PNCM Equipa de VM&A		Central																								
	Disseminar os resultados dos principais estudos das PO durante a Reunião Anual da Malária		PNCM Equipa de VM&A		Central																								
	Disseminar os resultados das PO implementadas em conferências locais, regionais e internacionais	Conferência nacional todos 2 anos	PNCM Equipa de VM&A		Central																								
	Publicar artigos em jornais científicos		PNCM Equipa de VM&A		Central																								
Actividade 6.5.5	Usar resultados para influenciar decisões de políticas e de implementação																												
	Actualizar as políticas e orientações de Manejo de Casos, baseado nos resultados dos estudos de eficácia terapêutica	Baseado nos resultados, conforme necessário	GTT MC	PNCM Equipa de M&A	Central																								
	Actualizar as orientações de CMSC baseado nos resultados dos inquéritos de CAP	Baseado nos resultados, conforme necessário	PNCM Unidade de Promoção de Saúde	GTT	Central																								
	Usar os resultados de inquéritos (MIS, etc) para actualizar a estratificação nacional	Baseado nos resultados, conforme necessário	PNCM Equipa de VM&A	GTT SM&A	Central																								
Actividade 6.5.6	Implementar o MIS, e outros inquéritos de larga escala, para monitorar o impacto do programa																												
	Realizar inquéritos CAP de pequena escala	Liderados pelo INS, PNCM e parceiros A ser implementado somente em Nampula em 2017	INS	PNCM	Provincial																								
	Realizar inquéritos MIS regulares	Duas vezes durante este PEM: 2018 e 2021	INS	PNCM	Nacional																								
	Realizar inquéritos regulares às Unidades Sanitárias	Duas vezes durante este PEM: 2018 e 2021	PNCM	Parceiro	Nacional																								

17 Apêndices do Plano Estratégico

17.1 Apêndice A: Alinhamento dos Objectivos do PEM com os ODS

17.1.1 Objectivo 1 – Gestão do Programa

Através da governação e liderança, este objectivo apoia a redução da pobreza (ODS 1) mediante a mobilização investimento sustentado na malária. Apoia as actividades que reduzem o sofrimento derivado da malária, aumentando a segurança alimentar (ODS 2) e uma força de trabalho mais produtiva (ODS 8). Ao prevenir a mortalidade e morbilidade por malária (ODS 3), estabelece as bases necessárias para que as crianças frequentem a escola com regularidade (ODS 4), promovendo a igualdade de género ao reduzir o peso da malária que cai sobre as mulheres e raparigas em idade escolar para tratarem dos familiares doentes (ODS 5). A governação das intervenções de eliminação apoia a redução dos criadouros de mosquitos e das taxas de transmissão da malária (ODS 6 e 9). As respostas de malária focalizadas melhoram a saúde dos mais pobres e permitem que as famílias vulneráveis quebrem o ciclo vicioso de doença e pobreza, reduzindo as desigualdades (ODS 10) e, a preparação para emergências ajuda a atenuar os efeitos das alterações climáticas (ODS 13).

17.1.2 Objectivo 2 – Controlo vectorial

Devido à sua escala, a cobertura universal com intervenções de controlo vectorial contribuem para a concretização dos ODS. Em particular, a redução da malária protege o rendimento do agregado familiar (ODS 1), apoia a produtividade e uma maior segurança alimentar (ODS 2), reduz o peso da malária que se traduz em menos mortes maternas e em bebés e crianças mais saudáveis (ODS 3), proporciona melhores oportunidades para frequentar a escola (ODS 4) e apoia a igualdade de género (ODS 5), bem como melhora a saúde dos mais pobres (ODS 10).

17.1.3 Objectivo 3 – Manejo de casos

O manejo de casos melhora a saúde das pessoas, o que lhes permite trabalhar de forma mais consistente e se traduz numa melhor segurança alimentar (ODS 2). O maior acesso a diagnósticos precisos, tratamentos e terapias preventivas (TIP) reduz a morbilidade e mortalidade por malária e proporciona aos recém-nascidos um início de vida mais saudável (ODS 3). A redução da malária apoia a frequência e o desempenho escolar (ODS 4) e reduz o peso sobre as mulheres e raparigas em idade escolar para tratarem dos familiares doentes (ODS 5). O alargamento do acesso ao manejo de casos na comunidade e nas unidades sanitárias periféricas melhora a saúde dos mais pobres (ODS 10).

17.1.4 Objectivo 4 – CMSC

A CMSC melhora os conhecimentos, bem como as normas e os comportamentos relacionados com a prevenção da malária e os cuidados adequados, reduzindo a malária e resultando em uma população e força de trabalho mais saudáveis, melhorando a segurança alimentar e reduzindo a pobreza e a fome (ODS 1 e 2), permitindo que as pessoas tenham vidas mais saudáveis (ODS 3), frequentem a escola com regularidade (ODS 4), e tenham maior probabilidade de completarem o ensino escolar (ODS 5).

17.1.5 Objectivo 5 – Eliminação

Os esforços para acelerar rumo à eliminação em Moçambique contribuem para a redução da pobreza e geram crescimento (ODS 1), melhorando a segurança alimentar à medida que o peso da malária é reduzido (ODS 2), reduzindo o número de mortes e morbilidade por malária, protegendo as mulheres e proporcionando um início de vida mais saudável às crianças (ODS 3). A redução da

malária melhora a frequência escolar (ODS 4), liberta as mulheres e as raparigas em idade escolar do peso de cuidarem dos familiares (ODS 5) e, contribui para a criação de uma força de trabalho mais saudável e produtiva (ODS 8). As intervenções focalizadas de resposta irão reduzir a transmissão da malária a partir de água estagnada (ODS 6) e em virtude de grandes projectos de construção ou de desenvolvimento (ODS 9, 11 e 15). Além disso, as intervenções focalizadas também respondem aos efeitos das alterações climáticas (ODS 13), melhoram a saúde dos mais pobres (ODS 10) e contribuem para uma sociedade mais coesa e inclusiva (ODS 16).

17.1.6 Objectivo 6 – Vigilância, monitoria & avaliação

Ao melhorar as evidências que estão na base da tomada de decisões programáticas e de políticas, este objectivo apoia um sistema de saúde capaz de dar respostas que, em última análise, permitirá a redução da pobreza (ODS 1), uma população mais saudável e capaz de trabalhar de forma mais consistente (ODS 2), com menos doenças e mortes devidas à malária (ODS 3). Contribui para garantir a educação (ODS 4) e a igualdade de género (ODS 5). Ao contribuir para a redução da incidência da malária, este objectivo apoia a criação de uma força de trabalho mais saudável e mais produtiva que promoverá o crescimento inclusivo (ODS 8 e 12), reduzindo a desigualdade ao permitir que as famílias vulneráveis quebrem o ciclo vicioso de doença e pobreza e, contribuindo para uma sociedade mais coesa e inclusiva (ODS 10 e 16). Ao estabelecer um sistema de PRE, apoia os esforços para atenuar os efeitos das alterações climáticas na transmissão da malária (ODS 13).

17.2 Apêndice B: Colaboradores no Desenvolvimento do PEM 2017-2022

Nome	Organização	Nome	Organização
Baltazar Candrinho	MISAU, NMCP	Eva de Carvalho	WHO
Albertina Chihale	MISAU, NMCP	Sónia Casimiro Trigo	WHO
Carlota Tembe	MISAU, NMCP	Rita Chico	CHAI
Dulcisaria Jotamo	MISAU, NMCP	James Colborn	CHAI
Elsa Nhantumbo	MISAU, NMCP	Nyasatu Ntshalintshali	CHAI
Eunice Alfai	MISAU, NMCP	Innessa Ba	CHAI
Francisco Matsinhe	MISAU, NMCP	Abuchahama Saifodine	PMI
Guidion Mate	MISAU, NMCP	Flávio Wate	PMI
Inês Juleca	MISAU, NMCP	Rose Zulliger	PMI
João Laice	MISAU, NMCP	Francisco Saute	CISM
Luís Ismael	MISAU, NMCP/Global Fund	Esperança Sevane	UEM
Mariana da Silva	MISAU, NMCP	Armindo Tiago	UEM/MCSP /JHPIEGO
Nelson Cuamba	MISAU, NMCP/FORSSAS	Frederico Brito	UNICEF
Rosália Mutemba	MISAU, NMCP	Abdul Mussá	Chemonics/PSM
Sérgio Gomane	MISAU, NMCP	Sónia Mocumbi	CISM
Sergio Tsabete	MISAU, NMCP	Arturo Sanabria	Consultor independente
Silvia Pedro	MISAU, NMCP	Olinda Munguande	FDC
Arlindo Banze	MISAU, residente em Saúde Pública	Sergio Julane	FDC
Ana Paula Abílio	MISAU, INS	Felisberto Massingue	JHU CCP – HC3/PMI
Sónia Enosse	MISAU, INS	Valuarda Monjane	JHU
Augusta Neve	MISAU, CMAM	Sandrine Martin	Malaria Consortium
Cidália Baloi	MISAU, DPC	Maria da Luz Vaz	MCSP/JHPIEGO
Munga Meque	MISAU, Secção de Laboratório	Betuel Sigauque	MCSP/JHPIEGO
Humberto Rodrigues	MISAU, Programa de APE	Natércia Macamo	PSM/GHSC
Anete Dinis	MISAU, Programa de SMI	Chandana Mendis	World Vision
Nurbai Calú	Conselho Municipal de Maputo, Vereadora da Saúde e Acção Social	Jorge Arroz	World Vision
Martinho Dgedge	MISAU	Marta Chande	World Vision
Avertino Barreto	MISAU		
Sónia Enosse	MISAU, INS		
Natercia Matule	MISAU, Departamento de Promoção de Saúde		
Lorna Gujral	MISAU, Departamento de Epidemiologia		

17.3 Apêndice C: O Processo de Elaboração do PEM

O presente PEM foi elaborado através da facilitação de um processo intensivo e participatório de análise e planificação, que decorreu durante um período de quatro meses (desde o final de Novembro de 2016 até ao fim de Março de 2017), sob a liderança do Director do PNCM, facilitado por um consultor externo, e com representação activa de todos os principais grupos de intervenientes chave, incluindo o MISAU (programas/departamentos relacionados, ou seja, APEs, departamento SMC, a Unidade de Gestão do Projecto Fundo Global, INS, Direcção de Planificação e Cooperação, CMAM, e o Departamento Laboratorial), com contributos das DPS de Tete, Zambézia, Niassa, Gaza e cidade de Maputo, bem como com a participação de parceiros técnicos, de financiamento e de implementação nacionais e internacionais.

A concepção do quadro estratégico do presente PEM envolveu várias fases:

- A **1.ª Fase de Consultas** envolveu uma breve série de sessões centrais estratégicas de alto nível, com o PNCM, MISAU e parceiros-chave. Esta fase incluiu a formação de consensos quanto ao processo, abordagem, metodologias, intervenientes, funções e responsabilidades, bem como a definição do calendário de etapas para a elaboração do PEM e, a concepção do quadro estratégico global para orientar uma definição mais aprofundada do PEM.
- A **2.ª Fase de Consultas** envolveu uma breve série de sessões de trabalho conjuntas intensivas com especialistas e parceiros técnicos, destinadas a desenvolver o quadro estratégico e a definir em maior detalhe as principais actividades e prioridades associadas a cada estratégia concebida para alcançar os objectivos.
- A **3.ª Fase de Consultas** envolveu várias consultas individuais para receber comentários e contributos adicionais, de modo a finalizar a versão preliminar do quadro estratégico e garantir a inclusão de todas as considerações.
- A **fase de elaboração do documento** envolveu uma colaboração estreita com intervenientes chave para recolher e validar dados e informações recebidas, compilar todos os contributos técnicos e conteúdos e, desenvolver o documento narrativo. Esta fase também incluiu um processo de revisão e de contribuições relativamente a secções concluídas do documento.
- Os exercícios de micro planificação de actividades e custos financeiros e a elaboração do quadro de M&A foram desenvolvidos através do modelo da CHAI.

18 Referências

- ¹ Feachem, R.G.A. e Grupo de Eliminação da Malária (2009). Shrinking the Malaria Map: A Guide on Malaria Elimination for Policy Makers. São Francisco: Grupo de Saúde Mundial, Ciências de Saúde Mundial, Universidade da Califórnia, São Francisco
- ² Programa Mundial para a Malária, Terminologia da Malária OMS, Organização Mundial da Saúde 2016. Reedição em Março de 2017 com alterações.
- ³ *Idem*
- ⁴ *Idem*
- ⁵ *Idem*
- ⁶ *Idem*
- ⁷ *Idem*
- ⁸ *Idem*
- ⁹ Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI
- ¹⁰ RPM – Revisão do Programa da Malária 2016
- ¹¹ Dutta, A., N. Perales, R. Silva, L. Crivillé. 2014. Necessidades de Recursos Estimados e Impacto do Plano Estratégico do Sector de Saúde de Moçambique, 2014–2019. Washington, DC: Futures Group, Projecto de Políticas de Saúde.
- ¹² PNCM INFORM e LSHTM (2015). Moçambique: Um perfil de epidemiologia e de controlo da malária
- ¹³ RPM – Revisão do Programa da Malária 2016
- ¹⁴ Projeção Anual da População Total 2007 – 2040; QUADRO 11. População projectada por área de residência e sexo, segundo a idade. Moçambique, 2017 Instituto Nacional de Estatística
- ¹⁵ Relatório anual do PNCM 2015, versão final de 03 de Maio de 2016
- ¹⁶ Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI. Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011.
- ¹⁷ RBM Program & Impact Series, Number 10, Julho de 2014; Impacto da Malária na Saúde Materna e Neonatal
- ¹⁸ Anuário Estatístico 2015 – Moçambique © 2016 Instituto Nacional de Estatística
- ¹⁹ Rockville, Maryland, EUA: INS, INE e ICF International. Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015.
- ²⁰ Pobreza e bem-estar em Moçambique: Quarta avaliação nacional (IOF 2014/15), Ministério da Economia e Finanças Direcção de Estudos Económicos e Financeiros
- ²¹ Relatório Final do Inquérito ao Orçamento Familiar – IOF2014/15. © 2015 Instituto Nacional de Estatística
- ²² Projeção Anual da População Total 2007 – 2040; QUADRO 11. População projectada por área de residência e sexo, segundo a idade.
- ²³ Anuário Estatístico 2015 – Moçambique © 2016 Instituto Nacional de Estatística
- ²⁴ *Idem*
- ²⁵ Anuário Estatístico 2015 – Moçambique © 2016 Instituto Nacional de Estatística
- ²⁶ Rockville, Maryland, EUA: INS, INE e ICF International. Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015.
- ²⁷ <http://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT> - Banco Mundial taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos mundial e por países (por 1000 nados vivos)
- ²⁸ Relatório Final do Inquérito ao Orçamento Familiar – IOF2014/15. © 2015 Instituto Nacional de Estatística
- ²⁹ PIB_per capita.xlsx Valores: 1991-2015, Instituto Nacional de Estatística
- ³⁰ Perspectivas Económicas em África, BAD, OCDE, PNUD 2017
- ³¹ Occasional Paper No. 151. Governance of Africa's Resources Programme. Agosto de 2013. A Boom for Whom? Mozambique's Natural Gas and the New Development Opportunity
- ³² Health Financing Profile, Moçambique Maio de 2016, Health Policy Project
- ³³ Relatório Final do Inquérito ao Orçamento Familiar – IOF2014/15. © 2015 Instituto Nacional de Estatística
- ³⁴ https://www.unicef.org/infobycountry/mozambique_statistics.html; UNICEF Moçambique, base de dados estatísticos acedida em 17/02/17.
- ³⁵ Dominguez-Torres, C & Briceño-Garmendia, C (Junho 2011). Mozambique's Infrastructure: A Continental Perspective AICD Country Report. © 2011 Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento/Banco Mundial
- ³⁶ Relatório Final do Inquérito ao Orçamento Familiar – IOF2014/15. © 2015 Instituto Nacional de Estatística
- ³⁷ *Idem*
- ³⁸ *Idem*
- ³⁹ MISAU 2015 Relatório da Direcção Nacional de Recursos Humanos
- ⁴⁰ Relatório Final do Inquérito ao Orçamento Familiar – IOF2014/15. © 2015 Instituto Nacional de Estatística
- ⁴¹ Região Africana, Prestação de Serviços de Saúde em Moçambique – Resultados do Inquérito de Indicadores de Prestação de Serviços de 2014, Junho de 2015, GHNDR e GEDDR Banco Mundial em África
- ⁴² MISAU. Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019
- ⁴³ Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI
- ⁴⁴ Cuamba, N.J.B (2003). The bionomics, population structure and roles in transmission of malaria vectors in Mozambique and Angola. PhD thesis. Universidade de Liverpool.
- ⁴⁵ Cuamba N & Mendis C. (2009). The role of Anopheles merus in malaria transmission in an area of Southern Mozambique. J.Vector Borne Dis. 46:157-159.
- ⁴⁶ Relatório PMI/AIRS 2016 (versão preliminar)
- ⁴⁷ Nelson Cuamba – comunicação pessoal
- ⁴⁸ PNCM Relatório Anual de Entomologia, 2016
- ⁴⁹ Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA). MISAU, INE (2016)
- ⁵⁰ Relatório anual do PNCM 2015, versão final de 03 de Maio de 2016

⁵¹ Avaliação do impacto das intervenções de controlo da malária na mortalidade por todas as causas em crianças menores de cinco anos em Moçambique. Grupo de Avaliação do Impacto da Malária em Moçambique. Junho de 2014 (versão preliminar)

⁵² Relatório Levantamento Necessidades_PNCM_Maio15 FINAL

⁵³ Rockville, Maryland, EUA: INS, INE e ICF International. Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015.

⁵⁴ Relatório Levantamento Necessidades_PNCM_Maio15 FINAL