



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTERIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PUBLICA
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA MALÁRIA

Plano Estratégico Nacional de Controlo da Malária em Angola Ano 2016-2020

Versão Abril de 2015

TABELA DE CONTEÚDOS

Lista Figuras	
Lista Tabelas	
Abreviaturas	
Prefácio	
Agradecimentos	
Sumário Executivo	
I. INTRODUÇÃO	
II. PERFIL DO PAÍS	
2.1 Sistema sociopolítico	
2.2 Dados demográficos	
2.3 Ecosistema, clima e ambiente	
2.4 Situação Socio-económica	
2.5 Análise Sistema Saúde	
III. SITUAÇÃO DA MALÁRIA NO PAÍS	
3.1 Epidemiologia	
3.1.1 Parasita da Malária	
3.1.2 Vectores da Malária	
3.1.3 Dinâmica da transmissão da malária e nível de endemicidade	
3.1.4 Morbilidade e mortalidade	
3.1.5. Estratificação da malária e mapeamento	
3.2 Desempenho Programa da Malária	
3.2.1. História passada	
3.2.2. Situação actual	
IV. ESTRUCTURA DO PLANO ESTRATÉGICO	
4.1 Visão	
4.2. Missão	

4.3 Objectivos Gerais E Objectivos específicos	
V. INTERVENÇÕES E ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO	
VI. MONITORIA E AVALIAÇÃO	
VII. GESTÃO DO PROGRAMA	
7.1. Recursos Humanos	
7.2 Planificação e implementação	
7.3 Estrutura e Papel das Parcerias	
7.4 Aquisição e Gestão de meios para controlo da malária	
7.5 Gestão de recursos financeiros	
7.6. Gestão de risco financeiro	
7.7. Gestão de riscos operacionais	
VIII. ORÇAMENTO E PLANO FINANCEIRO	
IX. MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS	
9.1. Orçamento e Análise “Gap” Analises	
9.2 Mapeamento de doadores (Expectativa de Contribuições Financeiras)	
X. ANEXOS	
1. Referências Bibliográficas	
2. Organigrama dos Níveis de Prestação dos Serviços de Saúde	
3. Organigrama do PNCM	
4. Mapeamento dos parceiros	
5. Análise Gap Programática e necessidade de meios	
6. Plano de implementação	
7. Plano de Monitoria e avaliação	
8. Orçamento em detalhe	

LISTA FIGURAS

Figura 1.	Evolução da força de trabalho nos últimos cinco anos (2007-2011)
Figura 2.	Efeitos das Intervenções coordenadas na Malária no Sistema de Saúde
Figura 3.	Mapa entomológico de Angola, 2012
Figura 4.	Mapa de Angola com informação sobre transmissão de malária no país
Figura 5.	Mapa de áreas de risco epidémico de Angola
Figura 6.	Limiar epidémico e evolução mensal de dados de malária na região sul em 2014.
Figura 7.	Mapa ilustrativo de modelo de eliminação espacial progressiva na Africa Austral.
Figura 8.	Total de casos malária (confirmados e não confirmados) entre 2006 e 2014
Figura 9.	Total de óbitos por malária entre 2006 e 2014
Figura 10.	Taxa de incidência por 1000 habitantes usando o total da população em risco como denominador desagregada por anos entre 2006-2014
Figura 11.	Proporção de morbi e mortalidade por malária em Angola em 2014 comparado com todas as causas reportadas

LISTA TABELAS

Tabela Nº1	Principais Indicadores de Saúde, desenvolvimento e pobreza de Angola
Tabela Nº2	Número de Unidades Sanitárias de acordo com o tipo
Tabela Nº3	Sumário da análise do Sistema de Saúde relativo à situação de malária no país
Tabela Nº4	Dados preliminares de estudo de eficácia terapêutica à AL e DHP realizado na Província do Uige e Zaire.
Tabela Nº5	Prevalência de malária em crianças entre 6 e 59 meses de idade
Tabela Nº6	Análise FOFA componente 1- Gestão Do Programa E Desenvolvimento De Sistemas
Tabela Nº7	Análise FOFA componente 2- diagnóstico, tratamento e abastecimento em medicamentos
Tabela Nº8	Análise FOFA componente 3- Controlo Integrado do Vector e Protecção Individual
Tabela Nº9	Análise FOFA componente 4. Promoção da saúde: Advocacia e Mobilização Comunitária
Tabela Nº10	Análise FOFA Componente 5. Previsão, Prevenção, Detecção e Controlo de Epidemias
Tabela Nº11	Quadro de desempenho do plano estratégico

ABREVIATURAS

ACTs	Combinações Terapêuticas a base de Artémisinina
ADECOS	Agente de Desenvolvimento Comunitário e Sanitário
ADPP	Ajuda para o desenvolvimento do Povo pelo Povo
AIDI	Assistência Integrada de Doenças da Infância
CAP	Comportamento Atitude e Prática
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
Col	Colaborador (es)
CONSAUDE	Consultoria em Saúde
CPDE	Centro de Processamento de Dados Epidemiológicos
CPN	Consulta Pré Natal
CVA	Cruz Vermelha de Angola
DPS	Direcção Provincial de Saúde
GF	Global Fund
GEPE	Gabinete de Estudos Planificação e Estatísticas
GFATM	Global Fund to fight Aids tuberculosis and Malaria
GMP	Global Malaria Program
IDS	Inquérito Demográfico de Saúde
IEC	Informação Educação e Comunicação
INAMET	Instituto Nacional de Meteorologia
NE	instituto Nacional de Estatística
GFATM	Global Fund to fight Aids tuberculosis and Malaria
M&A	Monitoria e Avaliação
MCN/ CCM	Mecanismo de Coordenação Nacional
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey
MINIFIN	Ministério das Finanças
MINSA	Ministério da Saúde
MIS	Malaria Indicator Survey
MTILD	Mosquiteiros tratados com Insecticida de Longa Duração
n/d	Não disponível
NPO	Oficial Nacional do Programa
Nr. / N° / #	Número
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS/ WHO	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PAV	Programa Alargado de vacinação
PCR	Reacção em Cadeia da Polimerase
PID	Pulverização Intra Domiciliar

PMI	President's Malaria Initiative
PNCM	Programa Nacional de controlo da Malária
PNME	Programa Nacional de Medicamentos Essências
PSI	Population Services International
RBM	Roll Back Malaria
SIS	Sistema de Informação Sanitária
SR	SaúdeReprodutiva
TDR	Test de Diagnostico Rápido
TIP	Tratamento Intermitente Presuntivo
UNICEF	United Nation Children's Fund
US	Unidade Sanitária
USAID	United States Agency for International Development

I. INTRODUÇÃO

Em Angola a malária representa um problema importante de Saúde Pública, é a primeira causa de morte e consultas médicas e de absentéismo laboral e escolar, constituindo uma das principais causas de morbimortalidade perinatal, aborto, parto prematuro, de baixo peso ao nascer, de anemia em mulheres grávidas e de mortalidadematerna.

A malária ainda representa cerca de 35% da demanda de cuidados curativos, 20% de internamentos hospitalares, 40% de morte perinatais e 25% de mortalidade materna (PNDS 2013).

O Ministério da Saúde de Angola apresentou o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS 2012-2025) no 22º Conselho Consultivo, cuja execução passa pela implementação de nove programas dos quais a malária é uma das prioridades no seio das doenças transmissíveis.

Tendo em conta a magnitude do fardo da doença no mundo, o país subscreveu a determinadas iniciativas e comprometeu-se no alcance dos objectivos de Abuja e das metas do Milénio.

A iniciativa “*RollBack Malaria*” (Fazer Recuar o Paludismo), lançada em 1998 por algumas Agências das Nações Unidas, como a OMS, UNICEF, PNUD e Banco Mundial, veio dar um grande impulso à implementação das actividades de controlo da malária. A partir de 2006, o país beneficiou do financiamento das Rondas 3,7 e 10 componente malária dos projectos do Fundo Global e da Iniciativa Presidencial Americana contra a Malária (PMI).

O País elaborou uma Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo “Angola 2015” e o Plano Nacional de Desenvolvimento de Médio prazo 2013-2017. Na base desses dois documentos foi desenvolvido o Plano Nacional Desenvolvimento Sanitário-PNDS 2012-2025.

Havendo a necessidade de enquadrar e articular o presente Plano Estratégico Nacional de Controlo da Malária aos documentos acima referenciados, o mesmo irá cobrir um período de 5 anos referente a 2016-2020.

O Processo de desenvolvimento do Plano Estratégico da Malária actual tem sido um longo processo, sob a liderança do programa da malária. O presente PEN foi elaborado na base de um processo participativo que envolveu actores provenientes de todos os níveis da assistência em saúde (central, provincial e municipal), os representantes das

demais áreas programáticas da Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP), Coordenador do PNCM, Pontos focais nacionais do PNCM das áreas de Monitoria e avaliação Controlo de vector, IEC, Malária na Gavidez, Diagnóstico laboratorial, para além dos parceiros estratégicos como a OMS, UNICEF, USAID/PMI, World Learning, MSH, PSI, Força da Saúde, Antex Angola (Cooperação cubana), Fórum de Parceiros na luta contra malária, Cicci (sector Privado) e Unidade técnica de gestão do fundo global (UTG).

O Ponto de partida para elaboração do plano foi uma extensa Avaliação do Programa do Controlo Malária realizada pelo Ministério da Saúde de Angola (MINSa) e OMS em 2012 relativa ao balanço intermédio de 2010-2012. Esta avaliação permitiu uma análise detalhada das actividades do PNCM identificando factores de sucesso, lacunas, desafios e principais recomendações para melhoria do desempenho do programa. Os resultados foram discutidos com os parceiros e assinado o *Aide-Mémoire* para orientação das futuras linhas estratégicas.

Após a avaliação do Programa do Controlo da Malária, da análise FOFA (SWOT) foram realizados 3 encontros técnicos com principais parceiros e representantes das áreas temáticas da DNSP em que foram produzidas as várias versões do documento.

Durante o curso do desenvolvimento do plano representantes do PNCM, grupo técnico, Sociedade Civil e parceiros tiveram presentes em 2 formações organizadas pelo RBM em Windhouk, e Kampala em que a versão pre-final do PEM e outros documentos chave foram partilhados com outros PNCMs e consultores internacionais para revisão entre pares com objectivo de avaliar conteúdo técnico e alinhamento com estratégias regionais e globais de controlo da malária.

O plano foi finalizado no encontro multi-disciplinar para incorporar os várias observações e comentários das diferentes fases sob orientação técnica da OMS.

O documento final foi apresentado aos parceiros para sua aprovação e validado pelo Ministro da Saúde.

II. PERFIL DO PAÍS

2.1 Sistema sociopolítico

A República de Angola situa-se na costa ocidental da África Austral, entre os paralelos 4º e 18º de latitude sul, sendo banhada a oeste pelo Oceano Atlântico. Ao Norte faz fronteira com a República do Congo e a República Democrática do Congo, a leste com esta última e a República da Zâmbia, e a sul com a República da Namíbia. As fronteiras marítimas e terrestres compreendem, respectivamente, a 1.650 e 4.887 Km.

O país está dividido em 18 províncias, 166 municípios e 530 comunas distribuídos em uma superfície de 1.246.700 Km².

O regime de governo é Presidencialista-Parlamentar, dirigido por um Executivo encabeçado pelo Presidente da República coadjuvado pelo Vice-Presidente. Cada província é dirigida por um Governador nomeado pelo Presidente da República, enquanto os municípios e comunas por Administradores indicados pelo governador. No quadro político-administrativo e com o processo de desconcentração e descentralização o Município tornou-se na Unidade de administração e gestão administrativa.

O Plano Nacional de Desenvolvimento de Médio prazo 2013-2017 definiu as seguintes prioridades nacionais de desenvolvimento:

1. Preservação da Unidade e Coesão nacional
2. Garantia dos pressupostos básicos necessários ao desenvolvimento
3. Melhoria da qualidade de vida
4. Inserção da Juventude na vida activa
5. Desenvolvimento do Sector Privado
6. Inserção competitiva de Angola no contexto internacional

2.2. Dados Demográficos

O primeiro censo populacional foi realizado em 1970 e a população foi avaliada a 5.646.166 habitantes. Em 2013, o Instituto Nacional de Estatística - INE estimou a população em cerca de 21.267.300 habitantes e uma taxa de crescimento anual de 2,7% (INE, 2013). A distribuição por género aponta para uma população composta por 49% de homens e 51% de mulheres. Maioritariamente, 55% da população encontra-se concentrada na área urbana e apenas 45% vive na área rural (PND). A concentração das pessoas nas cidades, resulta em parte da migração (20%) em busca de segurança e de melhores oportunidades económicas.

A distribuição etária apresenta uma população essencialmente jovem, com cerca de 48% da população abaixo dos 15 anos de idade, 49% entre os 15 e os 64 anos e apenas 3% tem idade acima dos 64 anos. A população abaixo de 5 anos de idade constitui 20% da população total. As mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) constituem 44% do universo feminino e apresenta uma taxa de fecundidade estimada em 6,4 filhos por mulher¹.

Em Maio de 2014 foi realizado o segundo censo populacional cujos resultados serão publicados no final do referido ano.

Quanto à alfabetização e educação, as estatísticas revelam que mais de 76% de famílias no meio urbano e de 55% no meio rural, tem acesso à escola num raio de 2 km da sua residência. Cerca de 29% das crianças tem de percorrer diariamente mais de 2 km para frequentar a escola. Cerca de 34% da população ainda é analfabeta. No meio rural esta proporção atinge mais de 70% da população, o dobro do que se regista no meio urbano.

No que concerne a escolaridade, a taxa de frequência no ensino é de 76% a nível nacional. As raparigas entram na escola com idade correcta (55%) e em maior percentagem do que os rapazes (49%). Consequentemente, 62% das mulheres completam o ensino primário comparativamente ao 50% dos homens. Esta tendência inverte-se a seguir, com uma diferença de 7% a favor dos homens, no 1º ciclo do ensino básico.

2.3. Ecossistema, clima e ambiente

O clima de Angola é muito variado, influenciado pela diversidade de factores presentes, tais como a latitude, a altitude, a continentalidade e o regime de ventos. O clima contempla duas estações: a das chuvas que é o, período mais quente entre Setembro e Maio. A estação do cacimbo ou seca, mais fria, ocorre entre Maio e Setembro e as temperaturas do país variam, em média, entre 17º e 27ºC.

As questões ambientais, como o fenómeno de aquecimento global, a desflorestação, a poluição sonora e outras degradações do meio ambiente devido a exploração dos recursos naturais, tem tido um impacto negativo sobre a saúde da população, embora a sua magnitude no país ainda seja desconhecida.

2.4. Situação Socio-económica

Nos últimos dez anos a economia de Angola registou um rápido crescimento(PNDS, 2013). O petróleo e seus derivados predominam nas exportações (95%) e no PIB (47%), seguido da agricultura e pesca (9%) e da indústria manufacturadora (5%).

Apesar da dependência do sector petrolífero, o país regista uma notável estabilidade e performance macro económica, que se reflecte na estabilidade da moeda nacional de entre outros indicadores. Com efeito, a taxa de inflação passou de 45,3% em 2004 para 14,5% em 2010.

Aproximadamente 37% dos angolanos vivem abaixo da linha de pobreza, isto é consomem menos de 4.793 Kwanzas por mês. Esta incidência comparada entre o meio urbano e rural revela uma diferença significativa estando a população pobre concentrada maioritariamente no meio rural (IBEP, 2008-09).

De acordo com o relatório sobre o Índice de Desenvolvimento Humano 2013 (PNUD, 2013), o país situa-se no 148º lugar, numa lista de 173 países. A tabela 1, a seguir, resume os principais indicadores de Angola.

Tabela 1. Principais Indicadores de Saúde, desenvolvimento e pobreza de Angola

INDICADORES	ANGOLA	Fonte
Esperança de vida ao nascer (2012)	51,5 anos	a
Taxa de mortalidade Neonatal (2012)	45 /1000 NV	a
Mortalidade em menores de 1 ano de idade (2012)	100 / 1000 NV	a
Mortalidade em menores de 5 anos de idade (2012)	164/ 1000 NV	a
Mortalidade materna (2010)	450 / 100.000 NV	b
Taxa de mortalidade adultos 15-60 anos de idade	314 /1000 Hab	b
Acesso aos serviços de saúde	44,6%	b
Cobertura partos hospitalares (2001)	44,7%	b
Taxa de fecundidade (2012)	6,0	a
PIB per capita (USD) (2009-2013)	5668	a
População abaixo linha da pobreza (2008)	36,6%	a
Coeficiente de GINI (2009-2013)	42,7	a
Angola Taxa de alfabetização (2012)	71 %	a
IDH (2012)	0,508	a

Fontes: a) World Bank (2009-2013); b) PNDS 2012-2025

O transporte terrestre pode ser feito através dos 51.429 km de estradas, das quais 5.349 kms são asfaltadas. Estão em reabilitação troços fundamentais que ligam as diferentes Provinciais e Municípios.

O sistema ferroviário é constituído por cinco eixos que ligam o litoral ao interior e está em processo de reabilitação. O Aeroporto Internacional 4 de Fevereiro situado em Luanda é o centro de linhas aéreas que liga o País ao resto do mundo; adicionalmente existem 18 aeroportos domésticos e 12 aeródromos. Um novo aeroporto internacional, com capacidade para um milhão de passageiros por ano está em construção em Icolo e Bengo a cerca de 45 km de Luanda e deverá entrar em funcionamento em 2015.

O Porto de Luanda, o mais importante do País, tem uma extensão de 2.738 metros de cais e quatro terminais, enquanto aos portos do Lobito e do Namibe tem uma grande capacidade que, por razões conjecturais não são ainda devidamente aproveitadas.

2.5. Análise Sistema Saúde

Em Angola, a Constituição advoga à saúde como um direito fundamental do cidadão. O Sistema Nacional de Saúde criado em 1975 (lei 9/75) orienta para os cuidados primários de saúde, prevenção das doenças, promoção da saúde, atenção comunitária, participação da população na tomada de decisões e a protecção aos grupos mais vulneráveis da população.

O Serviço Nacional de Saúde compreende um conjunto de unidades e instituições integradas e estritamente vinculadas entre si, visando uma complexa rede de objectivos interrelacionados cujo fim é o de preservar e restabelecer a saúde da população.

O sistema nacional de saúde de Angola, rege-se pelos seguintes princípios (Lei 21-B/92):

- Promoção e garantia por parte do Estado ao acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.
- Responsabilidade do Estado e de outros sectores públicos e privados na promoção e defesa da Saúde Pública, podendo as organizações da sociedade civil serem envolvidas
- Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou sob fiscalização deste, por outros agentes públicos ou entidades privadas, com ou sem fins lucrativos

O Sistema de saúde estabelece ainda a universalidade, a integralidade da prestação de serviços, a atenção gratuita para os utentes, a equidade no acesso e a gestão descentralizada e participativa. Para a execução da Política Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde (MINSa) compreende um sistema hierarquizado em três níveis de administração sanitária:

- **Nível Central:** inclui a Direcção do Ministério, Órgãos de apoio e órgãos executivos centrais, em articulação com outros organismos intra e intersectoriais.
- **Nível Provincial:** incluem as Direcções Provinciais de Saúde (DPS) dependentes administrativamente dos Governos Provinciais e metodologicamente do nível central, em articulação com outros organismos intra e intersectorial.
- **Nível Municipal:** incluem as Direcções Municipais de Saúde (DMS) que dependem administrativamente da Administração Municipal e metodologicamente da Direcção Provincial de Saúde e das instituições do nível central do MINSa, em articulação com outros organismos intra e intersectorial. Ao nível municipal, as DMS constituem a autoridade sanitária máxima.

A este nível de administração sanitária correspondem os níveis de atenção e dos serviços de acordo com o Regulamento Geral das Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde (REGUSAP), em que se descreve as estruturas organizativas deste, tal como o tipo de pacotes mínimos de serviços que devem oferecer (Ver anexo1).

O MINSA no quadro da implementação do Plano Estratégico para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Infantil (2004-2009) e visando melhorar os indicadores de saúde, particularmente os de saúde materno-infantil, iniciou em 2007 o processo de revitalização dos serviços municipais de saúde com vistas a incrementar o pacote essencial de cuidados e serviços de saúde no País.

O processo de revitalização dos serviços municipais de saúde promoveu de forma organizada e sistematizada a planificação e a gestão da saúde a nível municipal, a adequação dos recursos, a capacitação dos técnicos de forma eficaz no acompanhamento e tratamento da “mãe e filho”, através dos serviços fixos, móveis e avançados e a participação comunitária dentro de uma área sanitária devidamente mapeada, permitindo maior acesso ao pacote essencial de cuidados e serviços de saúde materno-infantil e garantindo a equidade dos serviços de saúde a todas as famílias.

No quadro desta municipalização do sistema nacional de saúde e para maior sustentabilidade dos serviços fixos e móveis, urge a necessidade de se criar e fortalecer o nível comunitário, que sempre esteve em falta e careceu de sistematização, sendo que a recente promulgação pelo governo, da política dos Agentes de Promoção de Desenvolvimento Comunitário e Sanitário (ADECOS), encontra o quadro de organização e actuação para a melhoria das competências familiares sobre as principais causas de doença e de morte na comunidade, bem como sobre os determinantes sociais de saúde.

Assente nas experiências passadas dos Promotores de Saúde dos anos 80 e nas experiências recentes nas províncias de Luanda e Huambo, a política ora promulgada dos ADECOS, vem responder a um conjunto de dificuldades e constrangimentos encontradas pelas referidas experiências, nomeadamente a falta de um quadro político orientador e de referência; à indefinição sobre o vínculo administrativo e de gestão do agente e conseqüentemente a forma e natureza de remuneração do mesmo; à indefinição das responsabilidades e mecanismos inter-sectoriais referentes à formação, supervisão, monitoria e avaliação do desempenho do agente.

A política dos ADECOS define de igual modo, o perfil de um profissional que estará sob a responsabilidade do Governo local, devidamente remunerado com a responsabilidade de apoiar as famílias na melhoria da saúde em geral e no mapeamento/cadastramento das mesmas, seguimento do estado vacinal e de crescimento das mesmas, e da saúde da mulher grávida.

A responsabilidade do ADECOS, para além da saúde, abrange áreas como água e saneamento, agricultura familiar e cidadania, servindo no domínio da saúde de elo de ligação entre a comunidade e a unidade sanitária

Este processo exige maior responsabilidade dos níveis municipais e provinciais, sendo o município a unidade de planificação sanitária e procedendo à capacitação das diversas equipas para a execução das actividades previstas nas diferentes etapas da revitalização.

Apesar do esforço, o MINSA ainda enfrenta obstáculos relativamente à recuperação da rede dos serviços de saúde. O acesso aos cuidados de saúde ainda é limitado,

principalmente nas províncias do interior. Actualmente somente cerca de 44,6% da população têm acesso aos serviços fixos de saúde (PNDS 2012-2025).

Além da componente comunitária, a parceria público-privada, é considerada suscetível de apoiar na melhoria das coberturas sanitárias, que no caso de diagnóstico e tratamento da malária, preconiza-se o envolvimento do sector privado através das farmácias, no apoio à distribuição dos ACTs após a devida testagem por TDRs de casos suspeitos de malária, em conformidade com a política nacional de tratamento.

A rede de prestação de cuidados de saúde do SNS é constituída por 2356 unidades sanitárias funcionais conforme mostra a tabela 2 abaixo.

Tabela 2 – Número de Unidades Sanitárias de acordo com o tipo

Tipo de Unidade Sanitária	Número
Postos de Saúde	1650
Centros de saúde ²	374
Hospitais Municipais	165
Hospitais Provinciais	25
Hospitais Centrais	20
Outras Unidades (Sem tipificação)	122
Total	2356

Fonte: Departamento de Estatística do Gabinete de Estudos e Planeamento e Estatística/MINSA (2011)

O rácio actual de centro de saúde é de 1 para 20.000 habitantes, o que sugere grande carência de serviços básicos de saúde para atender às necessidades da população (*in Política Nacional de Saúde de Angola, 2010*).

Os recursos humanos em saúde (RHS) em Angola têm vindo a aumentar progressivamente para satisfazer a enorme demanda existente, conforme demonstra a Figura 1.

² Notas: centros de Saúde incluem centros de saúde e Centro Materno Infantil; Outro: Sem informação (Fonte:GEP 2011)

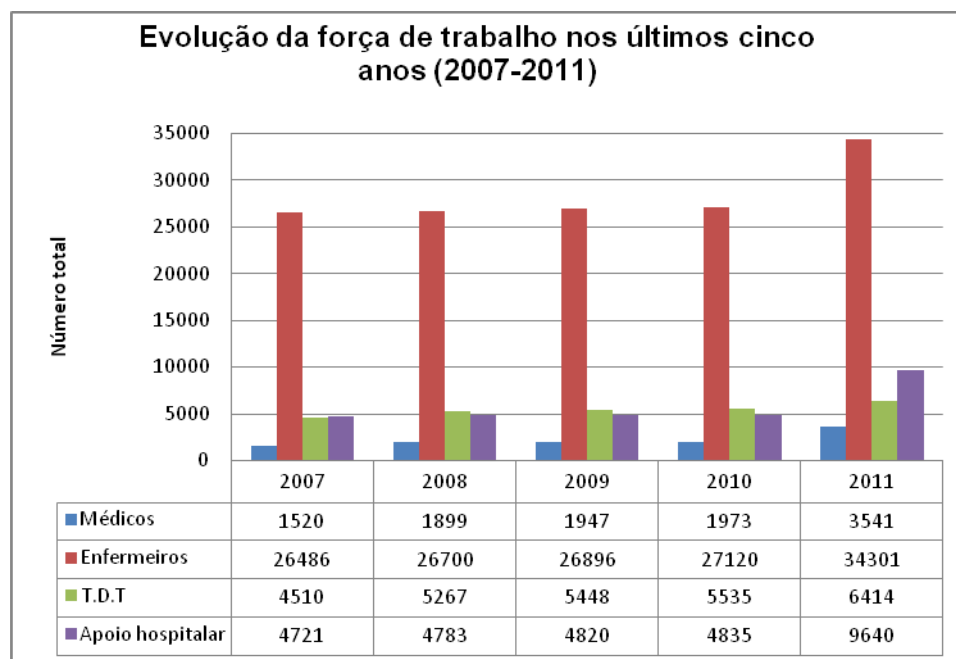


Figura 1: Evolução da força de trabalho em Angola nos últimos cinco anos (2007-2011): Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT). Fonte: PNDS2012-2025, Volume II página 234.

Verifica-se desequilíbrio na distribuição de RSH no país, em detrimento das áreas rurais, principalmente para os médicos, 85% se encontram em Luanda e as capitais provinciais e 15 % no restante território.

Para assegurar a melhoria no domínio do aprovisionamento e logística de medicamentos e meios médicos, foi criada ao abrigo do artigo 29º do Decreto Presidencial Número 34/11 de 14 de Fevereiro, a Central de Compras e Aprovisionamento de Medicamentos e meios Médicos (CECOMA) com responsabilidades na aquisição, distribuição e manutenção de meios médicos e não médicos.

Tendo sido criada recentemente, a CECOMA encontra-se ainda em fase organizativa. A sua função é a de fazer compras centralizadas e abastecer, com produtos farmacêuticos, todos os Depósitos Provinciais (DP), os Depósitos Regionais (ainda em projecto) e os Hospitais Centrais. A tabela 3 seguinte analisa de situação do sistema de saúde.

Tabela nº 3. Sumário da análise do Sistema de Saúde relativo à situação de malária no país

ÁREA DE INTERVENÇÃO PARA O REFORÇO DO SISTEMA DE SAÚDE	FORÇAS	FRAQUEZAS	PROPOSTA DE ACÇÕES DO PNCM PARA REFORÇO DO SISTEMA DE SAÚDE
LIDERANÇA E GOVERNAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de 3 níveis hierarquizados de administração sanitária (nacional, provincial e municipal) ▪ Existência de mecanismos de Coordenação ao nível central Comité de Direcção do MINSA, Conselho Consultivo do MINSA, ICC, MCN (CCM) ▪ Existência de um comité multi sectorial encarregue do seguimento da implementação do PNDS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fraca articulação e colaboração na planificação e implementação das acções de saúde no nível municipal. ▪ Comités técnicos das malárias e outros programas não estão oficializados. ▪ Fórum dos Parceiros da Malaria pouco funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoiar no reforço das acções de planificação, monitoria e avaliação das actividades no nível municipal enfatizando a integração programas de saúde, especialmente os de saúde reprodutiva materna, neonatal e Saúde Infantil ▪ Criar e tornar funcionais os mecanismos de coordenação e gestão das acções de prevenção e controlo da malária, em todas as províncias e municípios. ▪ Operacionalizar o grupo técnico da malária na coordenação, planificação monitoria e avaliação das acções de controlo da malária em Angola. ▪ Monitorar regularmente as metas, actividades e resultados esperados na componente malária do PNDS. ▪ Fortalecer o Fórum dos Parceiros da Malaria para se tornar mais funcional. ▪ Apoiar na análise de dados para tomada de decisões.
FINANCIAMENTO SUSTENTAVEL E PROTECÇÃO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Processo de municipalização em curso com afectação de recursos financeiros para os cuidados primários da saúde. ▪ Contribuição do financiamento externo dos parceiros (Banco Mundial, UE, PMI, FG, PPP, etc.) ▪ Existência da política dos ADECOS que 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recursos financeiros alocados nos municípios sem considerar critérios populacionais, epidemiológicos e de dispersão geográfica; sem regras claras para a sua adequada utilização, prestação de contas e transparência ▪ Percentagem do OGE para Saúde insuficiente e inferior aos 15% recomendados em Abuja) ▪ Sector privado pouco envolvido ▪ Falta de articulação dos planos de trabalho municipais com os PMDS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhorar instrumentos de planificação e orçamentação das acções. ▪ Advogar para aumentados recursos financeiros para saúde através da mobilização de fundos domésticos e do OGE ▪ Apoiar na elaboração das normas operacionais para a utilização dos recursos repassados aos municípios, de forma integrada aos demais programas dos Cuidados Primários de Saúde, para garantir as acções de controlo e eliminação da malária no nível municipal. ▪ No âmbito da unificação dos mecanismos de coordenação de parceiros, o PNCM facilitará a

	<p>garante sustentabilidade das acções a nível comunitário, através da abordagem multi-sectorial do governo</p>		<p>discussão entre os diversos intervenientes para harmonizar as acções e otimizar os recursos técnicos e financeiros</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Criar parcerias com o sector privado. ▪ Advogar para que fundos dos municípios dos serviços primários sejam geridos pelas DMS.
RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Política Nacional de Recursos Humanos (RH) está na pauta de prioridades do MINSA para 2014 ▪ Aumento do número profissional saúde qualificado ▪ Previsão da profissionalização a curto prazo dos futuros ADECOS pelo governo que permitirá a existência em cada comunidade local, de agentes dedicados exclusivamente á promoção de cuidados preventivos de base das principais doenças relacionadas com os CPSs, a testagem e tratamento dos casos suspeitos de malária, bem como, a promoção da melhoria do saneamento do meio ▪ Aumento da rede de instituições académicas e profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente quantidade e qualidade dos RH em Saúde • Insuficientes mecanismos motivadores profissionais de saúde • Progressão de carreira sem considerar desempenho profissional • Fraca incorporação nas supervisões da avaliação do desempenho dos profissionais baseado em competências • Fraca capacidade RH • Desequilíbrio na distribuição rural e urbana • Formação contínua reduzida. • Fraca coordenação entre o PNCM e as instituições de ensino. • 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação activa dos processos de discussão da PNRH fornecendo evidências adicionais das necessidades de recursos humanos para a melhorias das acções de controlo e eliminação da malária. • Advocacia para aumentar acesso às instituições de formação académica para profissionais da Saúde e inclusão de conteúdo de Malária nos programas curriculares. • Formação de Quadros e Reforço da Capacidade do Pessoal da Saúde sobre Gestão de Serviços de Saúde • Incorporar na supervisão o enfoque da avaliação do desempenho baseado em competências • Advogar junto dos decisores e órgãos afins para actualização/criação de políticas de: <ul style="list-style-type: none"> - Incorporação de Novos profissionais de Saúde no Serviço de Saúde Pública - Aumento da quota de Profissionais de Saúde para o Serviço público de Saúde - Reforço do sistema de formação continua priorizando formação em serviço. -Reforço a divulgação e implementação dos incentivos para a atracção, fixação e

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existências das Ordens e associações dos profissionais de saúde 		<p>motivação do profissional da Saúde de forma a reduzir as assimetrias de Recursos Humanos no território.</p>
<p>PRODUTOS MÉDICOS: TECNOLOGIA E LOGÍSTICA,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de uma central de compras e Aprovisionamento de medicamentos e meios médicos (CECOMA) • Disponibilidade de verba ao nível municipal para suplementar o nível central nas compras dos medicamentos e outros meios médicos • Construção e reabilitação de alguns armazéns provinciais e regionais com melhores condições de armazenamento dos produtos farmacêuticos • Apoio dos parceiros na disponibilidade dos produtos antimaláricos • Apoio do sector farmacêutico na testagem por TDRs de casos suspeitos de malária e distribuição de ACTs 	<ul style="list-style-type: none"> • Fraqueza do Sistema de Quantificação, Aquisição, Distribuição e Armazenamento de Produtos farmacêuticos • Atraso em realização dos concursos públicos e alongamento dos períodos de aprovisionamento dos produtos farmacêuticos • Sistema de abastecimento passivo ("pushsystem") sem tomar em conta as necessidades reais das unidades sanitárias • Aprovisionamento paralelo do nível municipal dos produtos antimaláricos e a possibilidade de comprar produtos de qualidade baixa • Fraqueza do sistema regulador dos produtos farmacêuticos (falta de registo dos produtos, controlo de qualidade apenas exterior do país, inspecção insuficiente e o sistema de farmacovigilância fraco) • Fraca coordenação entre compras do nível nacional, provincial e municipais. • Debilidades na supervisão e monitoria das quantidades de TDRs e ACTs distribuídos aos beneficiários apartir do sector farmacêutico 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar a planificação conjunta e a coordenação de todos os s intervenientes em toda a cadeia de aprovisionamento. • Reforçar a capacidade da CECOMA com o objectivo de melhorar o seu funcionamento e assegurar a disponibilidade contínua dos produtos farmacêuticos • Participar na actualização com periodicidade a lista dos medicamentos essenciais e reforçar o seu cumprimento • Trabalhar com DNME para desenvolver um sistema de registo, homologação, uso racional e Controlo de Qualidade de medicamentos e uma rede de farmacovigilância para seguimento de efeitos adversos • Reforçar o sistema de gestão de informação logística e o uso de informação na tomada das decisões • Reforçar o uso dos dados sobre o consumo de antimaláricos para determinar de forma exacta as suas necessidades futuras para cada posto de saúde , município e província e as necessidades a nível nacional (previsão). • Reforçar a coordenação ao nível provincial e nacional das compras dos municípios para evitar as duplicação e garantir a qualidade dos produtos através da pré-qualificação dos fornecedores fiáveis • Reforçar o sistema regulador dos medicamentos e outros produtos farmacêuticos (registo, inspecção, licenciamento, controlo de qualidade e fármaco-vigilância) • Advogar para a melhorias condições de armazenamento e transporte dos produtos farmacêuticos para garantir a qualidade até o usuário final

			<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a capacitação dos farmacêuticos e incrementar a supervisão permanente formativa,
<p>INFRESTRUCTURA e PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de um Programa de Gestão e Ampliação da Rede Sanitária no PNDS 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura sanitária ainda insuficiente e fraca manutenção das unidades sanitárias • Fraco sistema de referência e contra referência entre os três níveis do Sistema Nacional de Saúde • Insuficiência na Gestão de serviços da Saúde • Médicos e profissionais saúde não seguem directrizes nacionais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participar da estruturação, reorganização e Gestão do Sistema Nacional de Saúde e do Serviço Nacional de Saúde para permitir a expansão dos serviços de controlo da malária • Descentralização operacional das acções para controlo da malária, em concordância com a municipalização dos serviços de saúde • Advogar para aumento da cobertura sanitária e organização do sistema de referência e contra referência na prestação de serviços e cuidados de Saúde e integração do Sector Público, Privado e da Medicina tradicional • Monitorização da qualidade dos cuidados da Saúde
<p>SISTEMA DE INFORMAÇÃO SANITÁRIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de um Plano Estratégico do Sistema de Informação Sanitária – SIS. • Existência base dados Malária (Global Malaria Country profile DB) • Existência Ferramentas recolha informação malária 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baixa fluidez de transmissão dos dados a todos os níveis. ▪ Atraso no envio dos relatórios ▪ Baixo grau de cumprimento no envio de relatórios estatísticos ▪ Dados com pouca qualidade (baixa precisão e fiabilidade) ▪ Reprodução em número limitado e irregular de instrumentos de gestão, registo e recolha de dados (livros registos, etc.) ▪ Falta de motivação para o uso dos instrumentos e ferramentas. ▪ Baixo uso dos dados pelos na planificação e tomada decisão ▪ Inexistência de um sistema de informação sanitária de base comunitária 	<ul style="list-style-type: none"> • Acelerar a Implementação do Plano Estratégico da Malária priorizando a implementação do SIS da malária a nível do país. • Aumentar capacitação dos gestores de dados. • Adaptar a recolha e gestão de dados com novas tecnologias de informação. • Melhorar a qualidade da informação Sanitária para uma boa planificação de acções da saúde e tomadas de decisões sobre malária. • Advogar para a reprodução e uso regular de ferramentas de gestão. • Trabalhar com outros programas de saúde na harmonização dos instrumentos de recolha de dados. • Uso de dados e evidências para tomada de decisão • Criar a interligação entre o sistema de base comunitaria com o sistema de informação sanitária através da unidade sanitária de referencia do ADECOS, de modos a evitar eventual paralelismo

PROGRAMA DE MALÁRIA E O SISTEMA DE SAÚDE

A Política Nacional de Saúde da Republica de Angola, almeja assegurar no horizonte 2025 “*uma vida saudável para todos*” num contexto de um desenvolvimento nacional sustentável e de um sistema nacional de saúde que responda às expectativas da população, prestando cuidados de saúde humanizados, de qualidade e com equidade.

Os objectivos específicos da Política Nacional de Saúde são:

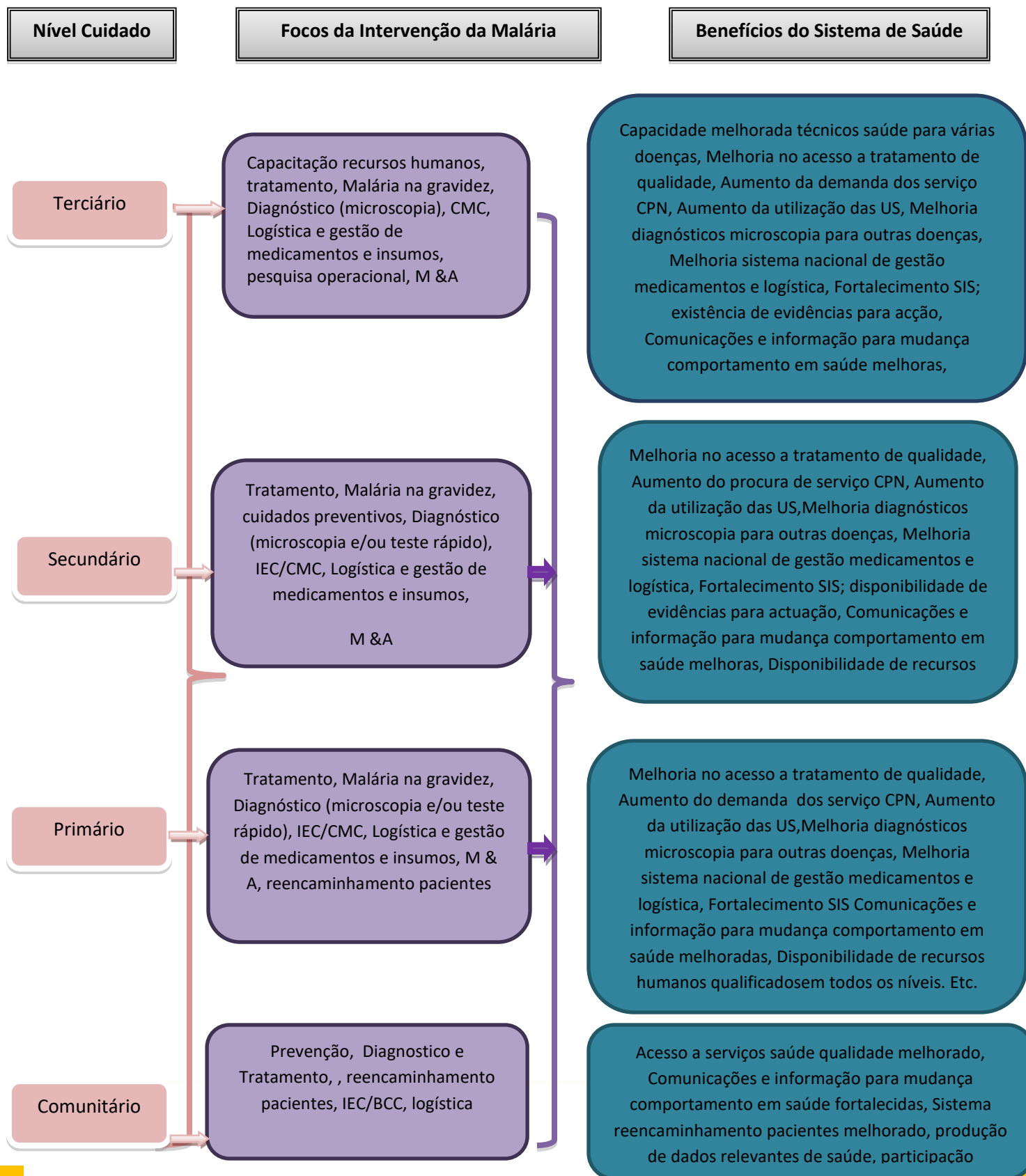
- Reestruturar e desenvolver o Sistema Nacional de Saúde, priorizando o acesso de toda a população aos cuidados primários de saúde
- Reduzir a mortalidade materna e infantil bem como a morbilidade e mortalidade por doenças prioritárias
- Promover e preservar um contexto geral e um meio ambiente propícios à saúde
- Capacitar os indivíduos, as famílias e as comunidades para a promoção e protecção da saúde

A concretização da visão de uma vida saudável para todos, é um desafio que ultrapassa as fronteiras tradicionais do sistema de saúde pelo que o concurso dos outros sistemas de que dependem importantes determinantes da saúde como o sistema de base comunitário.

A Política Nacional de Saúde reconhece a importância da malária como um dos principais problemas de saúde pública. Há uma ligação-cruzada entre os objectivos da política de saúde em geral e os do controlo da malária em particular.

Igualmente, as metas de controlo da malária nos vários níveis de prestação de cuidados de saúde deverão servir como um catalisador para o fortalecimento do sistema de saúde. Para cada um dos níveis de cuidados de saúde é esperado que o foco da intervenção tenha um efeito *knock-off* sobre o sistema de saúde, tal como ilustrado na Figura 2.

EFEITOS DAS INTERVENÇÕES COORDENADAS NA MALÁRIA NO SISTEMA DE SAÚDE



III.SITUAÇÃO DA MALÁRIA NO PAÍS

3.1 Epidemiologia

3.1.1 Parasita da Malária

Em Angola estão identificadas 4 espécies de *Plasmodium* que causam malária em Angola. Predominam as infecções provocadas pelo *Plasmodiumfalciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale* e *Plasmodium malariae*.

Os últimos estudos parasitológicos realizados em 2007 (Fortes, F et al 2007) em crianças assintomáticas menores de cinco anos, permitiram confirmar o elevado nível de endemicidade da malária (índice plasmódico de 45%) e identificar 3 espécies de *Plasmodium* (*P. falciparum*, *malariae* e *ovale*), com predomínio do *Plasmódio falciparum* (87%), e um percentual importante de infecções mistas (10%).

Em documentos anteriores, descreveu-se sobre a existência de uma percentagem considerável de plasmódio vivax (7%), embora neste último estudo com PCR não se confirmou a presença desta espécie.

Em Angola, a quimioresistência do *plasmodiumfalciparum* à Cloroquina foi detectada pela primeira vez em 1984. Entre 2003 e 05 foi detectada a reduzida eficácia da Cloroquina (resistência acima de 50%), e às monoterapias com a Amodiaquina e a Sulfadoxina-Pirimetamina (Gama et al 2011; Fortes et al 2011). No período compreendido entre 2002 e 2011 foram feitos estudos de eficácia terapêutica relativos à Cloroquina, Amodiaquina, Sulfadoxina-Pirimetamina e as combinações com base na Artemisinina, respectivamente a amodiaquina+artemisinina (AQ-AR), Artemeter-lumefantrina (AL), dihidroartemisinina+piperquina (DHP) (Guthmann JP, et al 2006a,b). Até 2013, todos os estudos de eficácia terapêutica em combinações à base de artemisina foi verificada uma eficácia acima dos 95%. Contudo, dados preliminares de estudo desenvolvido pelo PNCM na província do Uige e Zaire verificaram uma eficácia de apenas 89,7% (CI 80-96%) na província do Zaire e 97,3% (91-100%) no Uige nos pacientes que tomaram AL (conforme tabela 4 abaixo). Eficácia do DHP (Duocotecxin) foi de 100% nas duas províncias

Tabela 4- Dados preliminares de estudo de eficácia terapêutica à AL e DHP realizado na Província do Uíge e Zaire.

	AL		DHP	
	Zaire n=80	Uíge n=79	Zaire n=80	Uíge n=83
Resposta adequada ao tratamento	61 (76)	72 (91)	79 (99)	83 (100)
Falha no tratamento	19 (24)	7 (8.9)	1 (1.2)	0 (0)
Falha precoce no tratamento	2 (2.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Falha tardia no tratamento	17 (21)	7 (8.9)	1 (1.2)	0 (0)
Dia 14	1 (1.2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dia 21	10 (12)	3 (3.8)	0 (0)	0 (0)
Dia 28	6 (7.5)	4 (5.1)	1 (1.2)	0 (0)
Reinfecção	10 (12)	5 (6.3)	1 (1.2)	0 (0)
Recrudescencia	7 (8.8)	2 (2.5)	0 (0)	0 (0)
Clearance (%)				
Dia 2 clearance	92.4 (85–97)	93 (85–97) 97.6 (92–	100 (96–100)	100 (96–100)
Dia 3 clearance	100 (96–100)	100)	100 (96–100)	100 (96–100)
Eficácia (%)			98.8 (93–	
Não corrigidos-PCR	76.2 (65–85)	91.1 (83–96) 97.3 (91–	100)	100 (96–100)
Corrigidos por PCR	89.7 (80–96)	100)	100 (95–100)	100 (96–100)

Legenda: AL= Artemether + Lumefantrine, DHP= Dihydroartemisinin + Piperazine phosphate

Nota: Números entre parantesis referem-se ao interval de confiança

Em Angola o SP é usado para TIP desde 2006. Contudo, num estudo realizado em Luanda, Gama et al (2011) identificou os seguintes polimorfos pfdhfr 108N (100%), 51I (93%), 59R (57%) e pfdhps 437G (93%). Igualmente, identificou polimorfismos mediadores de resistência em pfdhps (540E em 10%, 581G em 7% das amostras), até aqui pouco comuns na Africa Oriental. O estudo documenta assim uma importante prevalência de quatro polimorfismos que prevêm uma resistência antifolato em Luanda e em algumas amostras mutações adicionais altamente associadas a uma elevado nível de resistência. Resultados sugerem que o uso de SP para TIP pode não ser mais uma garantia em Angola.

Outros estudos de eficácia estão previstos para próximos anos.

3.1.2 Vectores da Malária

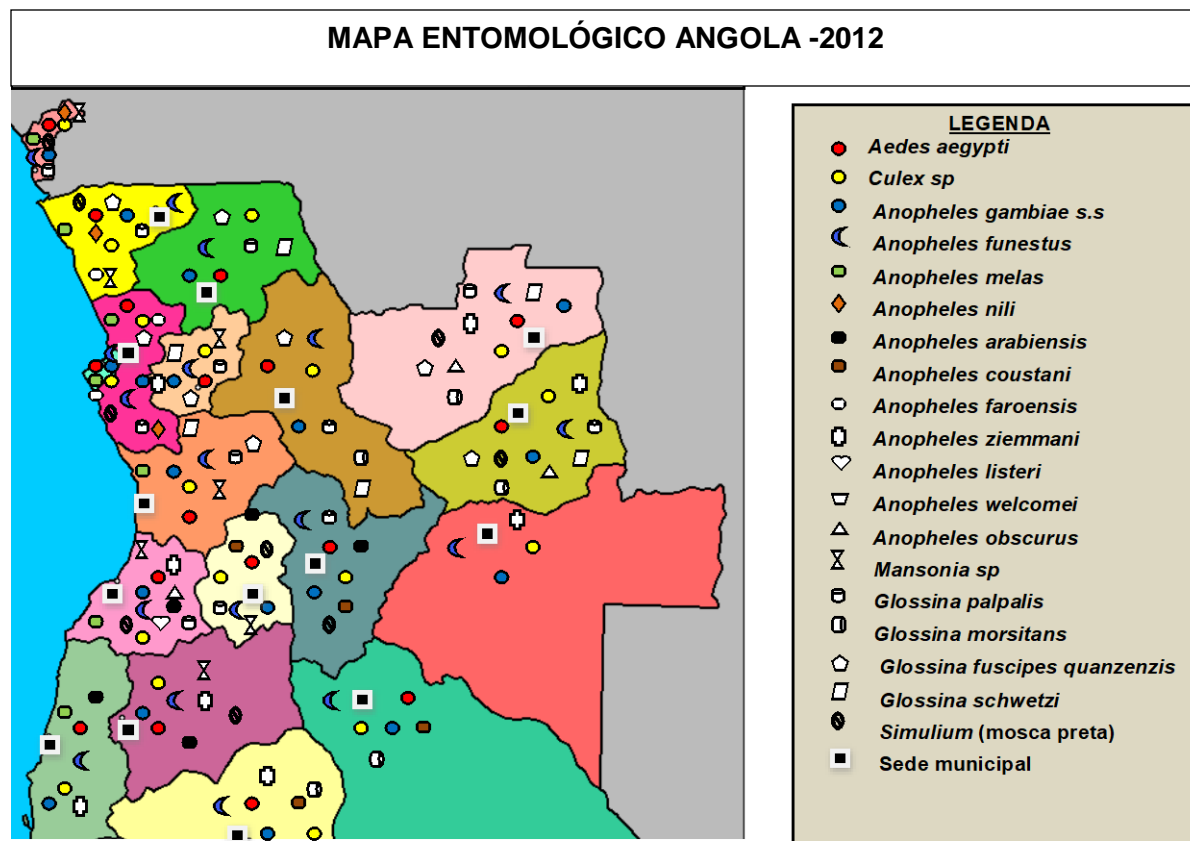
Apesar de terem sido identificadas e implicadas várias espécies anofelinas na transmissão da doença, em Angola predominamos complexos de *Anopheles gambiae* (gambiae, melas e arabiensis), e o de *Anopheles funestus* s.l. (Boccolini D, et al 2005; Cuambai N et al 2005).

Vectores secundários: *Anopheles nili*, *Anopheles coustani*, *Anopheles ziemmani*, *Anopheles faroensis*, *Anopheles pretoriensis*, *Anopheles listeri*, etc.

Em termos de comportamento, o complexo de *Anopheles funestus* e o *Anopheles gambiae* são preferencialmente endófilos e endófagos. Os vectores secundários têm um comportamento variável no que diz respeito aos hábitos de alimentação e repouso (endo/exofagia, endo/exofilia, antropofilia/zoofilia) (Calzetta M, et al 2008).

Seus principais criadores são temporários ou semi-permanentes (Charcos, pântanos, águas estagnadas, valas de irrigação, reservatórios de água entre outros).

Em 2012, foi realizado o mapeamento da distribuição de vectores da malária e de outras doenças transmitidas por vectores (ver Figura 3) e o seu respectivo grau de susceptibilidade aos insecticidas utilizados em Saúde Pública (Toto J.C. et al 2010, Pintos et al Pinto J. et al, 2007).



Fortes F., Cani J., Roca C., Prieto R., Gómez G., Yen Y.

Figura 3-Mapa entomológico de vectores de Angola (PNCM, 2012)

Estudos de susceptibilidade aos insecticidas realizados em algumas províncias de Angola demonstraram existência de um grau considerável de resistência aos insecticidas (permetrina, alfa-cialotrina e DDT) conforme descrito na tabela abaixo (tabelaxx, Pintos et al 2007) Apenas para deltametrina se obtiveram mortalidades de 100% em todas as localidades testadas. Os valores de mortalidade mais baixos foram observados para DDT, onde se salienta o caso do Lobito com uma mortalidade de 70,7% inferior ao limite de 80%, abaixo do qual se considera uma população resistente (O.M.S., 1998). Todos os restantes valores situaram-se, em regra, dentro do intervalo 80-98% que sugere suspeita de resistência que necessita de confirmação.

Tabela 5. Níveis de resistência a insecticidas em mosquitos *Anopheles* sp. (Pintos et al 2007)

INSECTICIDA	PROVÍNCIA	Luanda		Benguela		Cabinda	
		Luanda	Benguela	Lobito	Lucola		
λ-cialotrina (0,05%)	<i>Nº Testado</i>	124	106	96	4		
	Mortalidade	62,1%	89,9%	95,8%	75%		
DDT (4%)	<i>Nº Testado</i>	101	92	87	--		
	Mortalidade.	41,6 %	70,7%	99,7%	--		
Deltametrina	<i>Nº Testado</i>	--	22	91	--		
	Mortalidade	--	100%	100%	--		
Permetrina (0,75%)	<i>Nº Testado</i>	112	--	--	--		
	Mortalidade	35,7%	--	--	--		
Bendiocarb (0,1%)	<i>Nº Testado</i>	100	--	--	--		
	Mortalidade	100%	--	--	--		
Fenitrothion (1%)	<i>Nº Testado</i>	97	--	--	--		
	Mortalidade	100%	--	--	--		

Nota: nº de mosquitos testados; % Mortalidade.: percentagem de mortalidade 24 horas após exposição; entre parêntesis: testes realizados com machos, em oposição aos valores acima que referem ao testes realizados por fêmeas de acordo com a recomendação da O.M.S.; *: mortalidade corrigida pela Fórmula de Abbott.

Adicionalmente estão em curso estudos complementares para: identificação morfológica e molecular dos mosquitos anofelíneos, determinação de taxas esporozoíticas por ELISA para detecção de proteína circunsporozoítica, detecção de mutações kdr associadas à resistência ao DDT e a insecticidas piretróides em *Anopheles gambiae*³.

³ Tendo por base metodologia descrita em Martinez-Torres et al;1998; Ranson et al; 2000

Foram criados núcleos de entomologia a nível provincial e municipal para monitorização entomológica de rotina. Actualmente o país tem um insectário instalado na província do Huambo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem enfatizado a necessidade de indicadores para avaliar a eficácia das estratégias de controlo de vectores. Em Angola foi efectuado um estudo com objectivo de testar um possível novo marcador imunológico tendo por base as respostas de anticorpos humanos para as proteínas salivares do *Anopheles gambiae*. O estudo demonstraram que os testes imunológicos poderão ser levada a cabo em manchas de sangue recolhidas em papel de filtro. Esta técnica poderá ser ideal poderá representar uma forma alternativa de medição de critérios de eficácia MTI, avaliação de novas estratégias de controlo de vectores da malária e de outras grandes doenças transmitidas por mosquitos como arboviroses (dengue e chikungunya).

3.1.3 Dinâmica da transmissão da malária e nível de endemicidade

A malária é endémica nas 18 províncias do País. A caracterização epidemiológica da malária em Angola indica tratar-se de uma doença infecciosa de transmissão perene com picos sazonais e geograficamente com diferentes níveis de endemicidade.

Historicamente, têm-se considerado três extractos epidemiológicos para a malária em Angola (Ver Figura4), tendo em conta a diversidade do risco, respectivamente:

- **Hiperendémicas:** são áreas onde a transmissão é intensa,, compreende a parte norte do país(Cabinda, Uíge, Malange, Kuanza Norte, Lunda Norte e Lunda Sul).
- **Mesoendemia Estável:** áreas de transmissão moderada onde a ocorrência é estável durante o ano. Compreende a região centro e sul e a região costeira (Luanda, Zaire, Bengo, Kwanza Sul, Benguela, Bié, Huambo e Moxico).
- **Mesoendemia Instável:** áreas de transmissão moderada com períodos curtos de transmissão durante os períodos chuvosos, descritas como sazonais, compreendem as zonas do sul do país (Namibe, Cunene, Huíla e KuandoKubango)

As províncias do sul do país (Huila, Cunene, KuandoKubango e Namibe), devido às suas características geomorfológicas e climáticas são consideradas de risco epidémico, assim como a província de Luanda (devido à elevada densidade demográfica periurbana e deficiente saneamento do meio). Existem 16 municípios no país em risco epidémico.

Anualmente verifica-se um aumento de transmissão durante a estação das chuvas, com um pico entre os meses de Janeiro e Maio.



Figura 4- Mapa de Angola com informação sobre transmissão de malária no país dividido em 3 regiões estratos de endemicidade, híper-endémico (cor vermelha), Meso-endémico estável (cor alaranjada) e meso endémica instável (cor salmão).

Contudo, a estratificação da distribuição da malária carece de mapas actualizados o que permitirá fortalecer a estratégia de controlo da doença tendo por base intervenções diferenciadas das actividades.

Presentemente o PNCM encontra-se a desenvolver um estudo em todos os municípios das 18 províncias com o objectivo de actualizar o mapa da estratificação epidemiológica da Malária em Angola.

Áreas de Risco Epidémico, localidade e magnitude

Conforme se referiu em cima A região sul de Angola composta de provincias de Cunene,Huíla,KuandoKubango e Namibe, é uma região de baixa transmissão da malária e por consequente de risco epidémico devido às suas características.

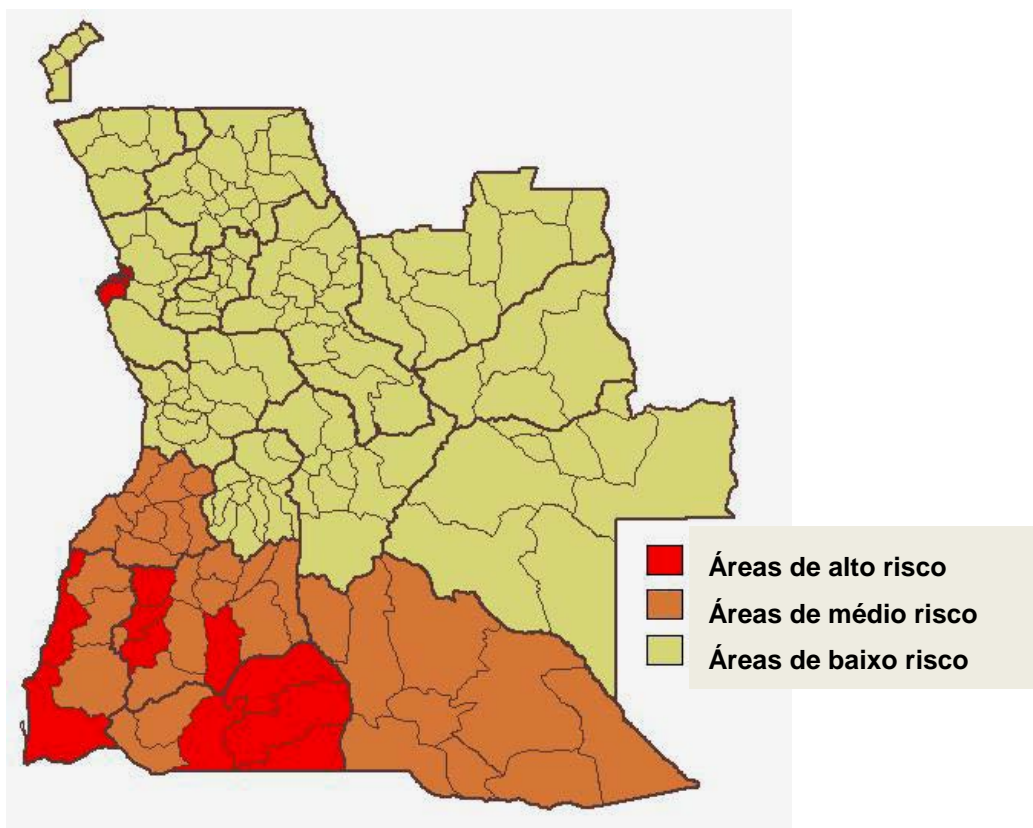


Figura 5.-Mapa de áreas de risco epidémico de Angola (Fonte : PNCM 2012)

Desde 2011, com o financiamento do PMI e apoio técnico da OMS, técnicos das unidades sanitárias, Supervisores municipais e Provinciais foram treinados para implementação nesta região de um Sistema de Alerta e de Detecção de Epidemias de Malária - " MEWS-Malaria EarlyWarningSystem" baseado no limiar epidémico traçado a partir do 3º Quartil dos dados mensais e semanais dos 5 últimos anos a todos níveis (Unidade sanitária, Municípios e Província).

O gráfico da figura 6 em baixo mostra que os dados sobre os casos de malária notificados em 2014 na região estão debaixo do limiar epidémico (3º quartil) e do limite inferior (Mediana) traçados a partir dos dados da região dos últimos 5 anos. Isto demonstra que os casos da malária na região em 2014 (Janeiro a Março) registam uma redução significativa. A baixa transmissão nesta região levou as autoridade de saúde de projectar para os 5 próximos anos a entrada progressiva dos municípios destas províncias na fase de pré eliminação.

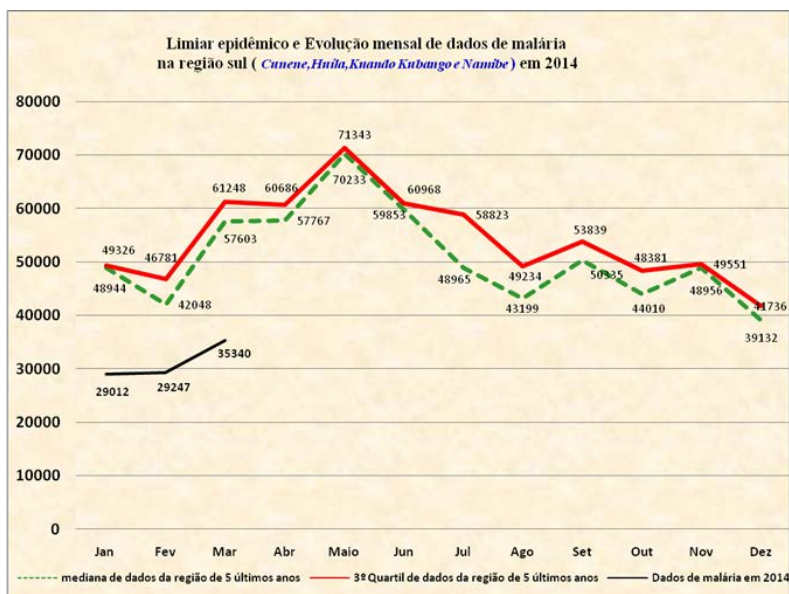


Figura 6: Limiar epidémico e evolução mensal de dados de malária na região sul em 2014.

O país, está integrado nos esforços do Eliminação E8 (Angola, Mocambique, Zimbabwe, Zambia, Botswana, Namibia, Swazilandia e Africa do Sul) e desenvolve duas iniciativas transfronteiriças para controlo da malária (Trans-Kunene e Trans-Zambeze) entre Angola e Namíbia na primeira e Angola, Namíbia, Zâmbia, Zimbabwe e Botswana, na segunda, respectivamente (ver figura 7).

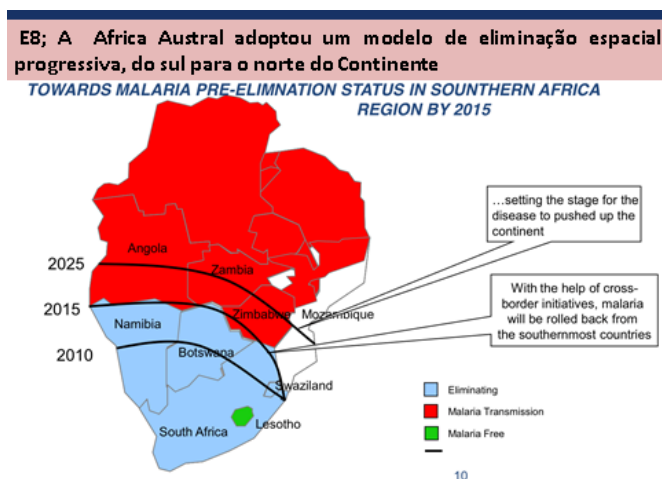


Figura 7- Mapa ilustrativo de modelo de eliminação espacial progressiva na Africa Austral.

3.1.4 Morbilidade e mortalidade

O declínio da taxa de mortalidade devido à malária observados á partir de 2006 evoca um possível impacto das intervenções de controlo da malária no país. Duas pesquisas dos indicadores de malária em Angola (MIS 2006 e MIS 2011) indicam que a taxa de prevalência da malária em crianças com menos de cinco anos baixou de 21,1% para 13,5% no período estudado o que representa uma redução de quase 40%.

Ainda relativamente à redução da prevalência de malária em crianças entre 6 e 59 meses de idade é importante realçar que esta não é uniforme quando se comparam as diferentes regiões, conforme mostra a tabela 5.

Tabela 5. Prevalênciademaláriaem crianças entre 6 e 59 meses de idade

Percentagemdecasospositivospormaláriabaseadonostestesdediagnosicorápido(TRD)¹em crianças entre crianças de 6 a 59meses,por residência e região, Angola2006-07e2011

Região	Percentagem de casos positivos para malária em 2006-2007	Percentagem de casos positivos para malária 2011
Hiperendémica	30,6	24,7
Mesoendémica estável	26,4	14,6
Mesoendémica instável	21,1	9
Luanda	6,2	2
Total	21,1	13,5

¹. OTRD usado em 006/07foi *Paracheck* e o TRD usado em 2011 *SDBioline Malaria AgP.f/P.v*

²Fonte: IMA (MIS 2006 e 2011)

Na região hiperendémica, a prevalência baixou de 31% para 25%. Por outro lado em Luanda, que já em 2006/07 tinha a prevalência mais baixa do País, a prevalência decresceu de 6% para 2%, o que quer dizer que a prevalência em 2011 é um terço do que era quatro anos antes. Na região mesoendémica instável, a prevalência de parasitémia baixou mais da metade, 21% para 9% entre 2006/07 e 2011.

Relativamente à morbi-mortalidade por Malária em Angola, dados oficiais do Programa Nacional do Controlo da Malária⁴ entre 2006 e 2009 registou-se um aumento constante do número de casos, seguido de uma tendência de declínio a partir de 2009 até 2012 e um ligeiro aumento em 2013 e 2014 conforme ilustrado do gráfico 2 e 3 em baixo.

Se por um lado, o aumento número de casos notificados até 2009 poderá resultar do aumento dos serviços de saúde devido a reabilitação e construção de infra-estruturas sanitárias no movimento de reconstrução pós-guerra, por outro lado, a introdução do uso das combinações terapêuticas com base na Artemisinina(ACT) para tratamento de

⁴Ministério da Saúde, 2006-2015

casos de malária simples, o que oferece maiores garantias e confiança da população aos serviços de saúde poderá estar também relacionado (MIS 2011).

Entre 2009 e 2012 há uma clara tendência de redução da morbidade e mortalidade por malária no país. Em 2012 verificou-se uma acentuada redução de 83% das mortes por malária e de 23% dos casos relativamente ao ano de 2009. A mortalidade infanto-juvenil baixou de 118 por mil em 2006 para 91 por mil em 2011; uma redução de 23%. A taxa de mortalidade infantil baixou de 67 por mil em 2006 para 50 por mil em 2011 o que representa uma redução de 25%. O MIS 2011 atribui como possíveis razões: o impacto das acções de controlo da malária no país juntando-se ao factor de estabilização das populações, determinada pelo fim da guerra, melhoria e da situação nutricional da população. De facto, a introdução das novas medidas, tais como a utilização ACTs, Introdução teste diagnóstico rápidos de malária, aumento da cobertura da rede laboratórios, e respectivo aumento da confirmação laboratorial dos diagnósticos e controlo integrado do vector terão igualmente tido um papel determinante nesta redução.

Contudo, é importante denotar que em 2013 e 2014 o país voltou a observar um ligeiro aumento do número de morbi- e mortalidade por malária o que poderá estar relacionado com a ruptura de stock de âmbito nacional verificada em meios de diagnóstico que se terá aumentado o número de casos malária clínicos (não confirmados por diagnóstico laboratorial, situação que voltou a ser normalizada em 2014.

Em 2014, um total de 6 134 471 casos suspeitos foram notificados, destes 5 253 429 (85%) foram testados por Microscopia e TDR dos quais resultaram 2 298 979 casos positivos confirmados, tendo uma taxa de positividade de 43,8% (menor que em 2012). Como, existiram 881 042 casos foram tratados à base do diagnóstico clínico, totalizou-se assim 3,180,021 casos de malária notificados no país (confirmados e clínicos) conforme exibido no gráfico 8 abaixo.

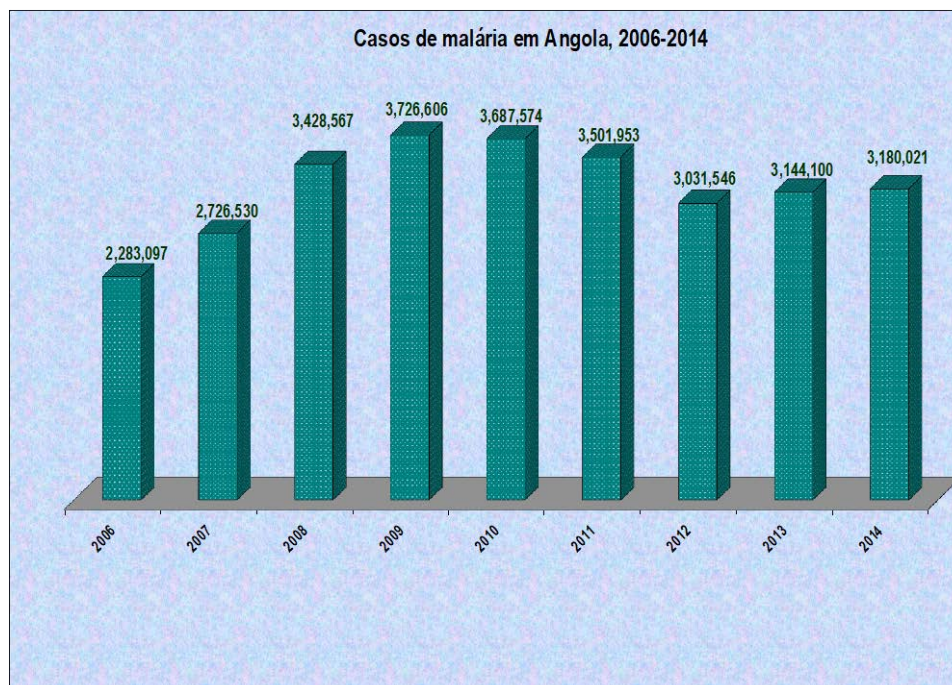


Figura 8- Total de casos malária (confirmados e não confirmados) entre 2006 e 2014 (Fonte: Programa Nacional Controlo da Malária, 2014)

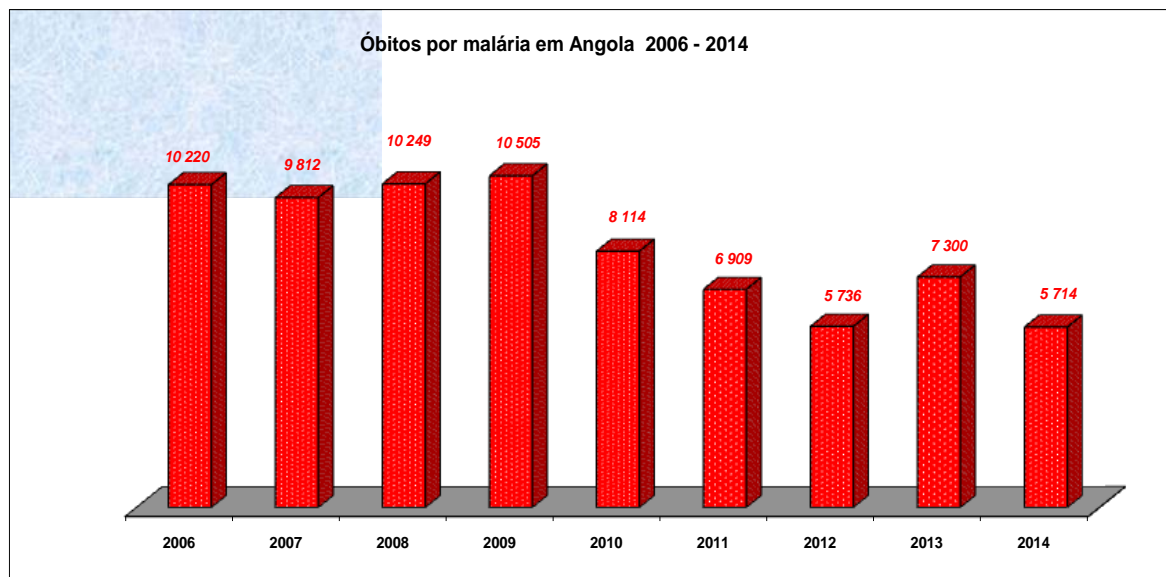


Figura 9- Total de óbitos por malária entre 2006 e 2014 (Fonte: Programa Nacional Controlo da Malária, 2014)

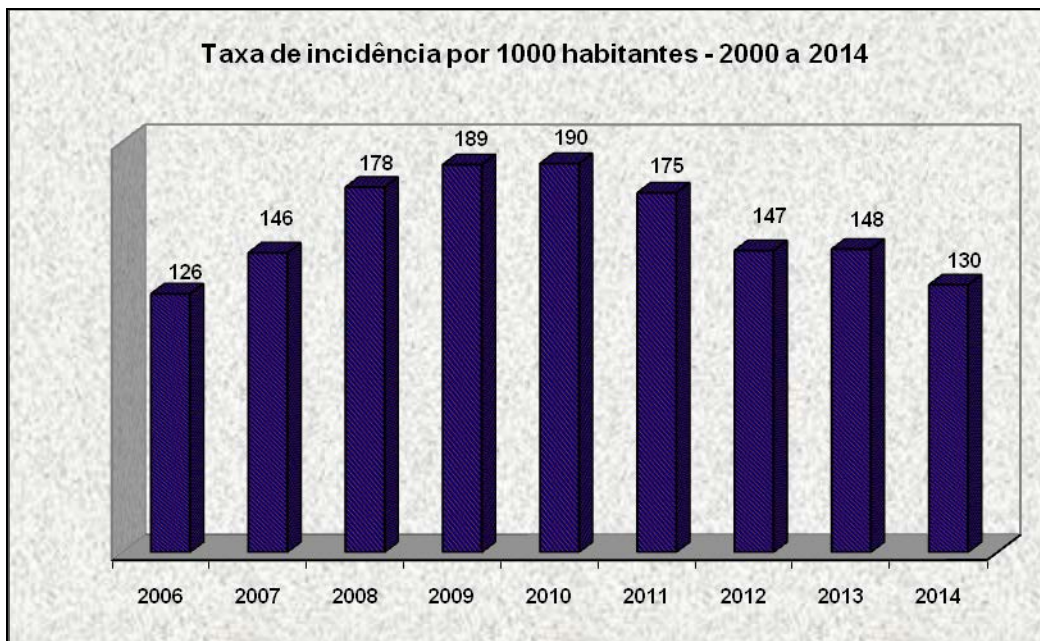


Figura 10- Taxa de incidência por 1000 habitantes usando o total da população em risco como denominador desagregada por anos entre 2006-2014 (*Fonte:* Programa Nacional Controlo da Malária, 2014).

Em 2012, a malária foi responsável por 46% de todas as mortes em Angola e por 56 % de casos de doença reportados no país conforme descreve o gráfico 5 abaixo.

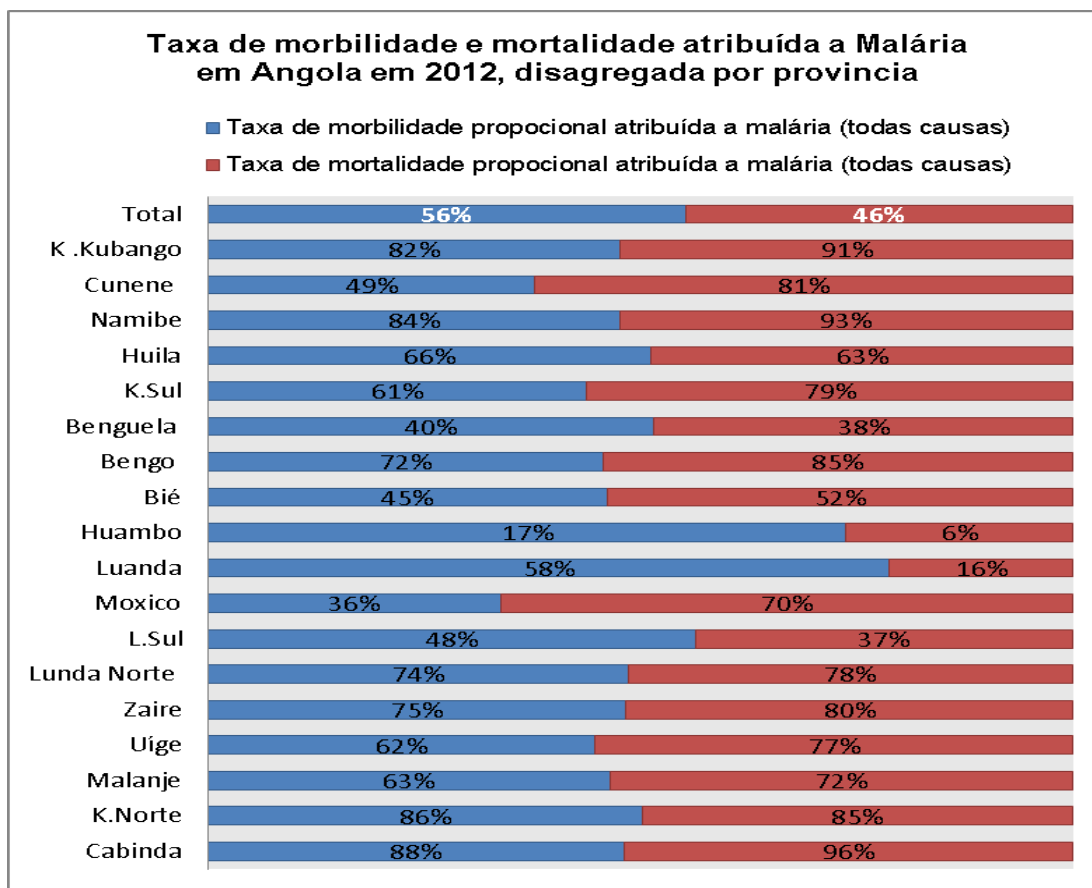


Figure 11- Proporção de morbi e mortalidade por malária em Angola em 2012 comparado com todas as causas reportadas

Fonte: Centro de Processamento de Dados Epidemiológicos de Angola: Dados extraídos do Boletim epidemiológico 2012.

3.2 Desempenho do Programa da Malária

3.2.1. Histórico

Historicamente a incidência da malária em Angola manteve-se com pequenas flutuações durante o período de 1956-1976, com um máximo de 3.790 casos registados /100.000 habitantes em 1969, e um mínimo de 2.576 /100.000 em 1964. A primeira acção de luta contra a malária teve lugar na década de 60, na província de Benguela.

O PNCM foi criado em 1989, com o apoio da OMS, sendo um dos componentes da Secção de Doenças Transmissíveis, inserida no Departamento de Controlo de Doenças, da Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP) do Ministério da Saúde. Desde 2002, registou-se um reforço notável da capacidade institucional do PNCM em termos de administração, gestão e coordenação. Ao mesmo tempo, a equipa técnica central do programa tem crescido, reforçando-se com especialistas das várias áreas de

prestação de saúde. Tem-se igualmente verificado um reforço das parcerias a todos os níveis e uma maior sensibilização dos decisores e políticos quanto à importância da malária como problema de saúde pública em Angola.

Angola foi um dos primeiros países na introdução e implementação de Terapia Combinada à base de Artemisina (ACT) e Tratamento Intermitente Preventivo (TIP) em larga escala, o que progrediu rapidamente com o apoio do PMI e outros parceiros. Apesar de fraca infra-estrutura de saúde do país, terapias combinadas à base de artemisinina e TIP-SP estão agora largamente disponíveis e sendo utilizado em todas as unidades de saúde pública em todo o país. Igualmente mais de 6 milhões de MTILI foram distribuídas-ter-sido nos último seis anos.

Desde 2005 que o PNCM tem definido como principais pilares estratégicos:

- Gestão do Programa e Desenvolvimento de Sistemas
- Diagnóstico, Tratamento e Abastecimento de Medicamentos
- Controlo Integrado do Vector e Protecção Individual
- Promoção da saúde, Mobilização Comunitária e Advocacia
- Previsão, Prevenção, Detecção e Controlo de Epidemias
- Monitoria e Avaliação: Vigilância Epidemiológica, Informação e Pesquisa

Avaliação Bi-Anual Do Programa De Controlo Da Malária De Angola (2010-2012)

O Ministério da Saúde de Angola (MINSa), apoiado técnica e financeiramente por pelos parceiros, realizou em 2012, uma revisão do Programa Nacional do Controlo da Malária (PNCM) que teve como finalidade a melhoria do desempenho operacional do programa, acelerar a expansão da sua implementação, realizando intervenções pragmáticas de modo a reduzir a morbilidade e mortalidade.

Os objectivos da revisão do PNCM foram:

- a. Rever a epidemiologia da malária em Angola
- b. Rever o quadro estrutural, organizacional e de gestão do PNCM no Sistema Nacional de Saúde e na Agenda Nacional de Desenvolvimento
- c. Avaliar o progresso em face das metas atingidas a nível nacional, regional e global
- d. Rever o actual desempenho por áreas de intervenção e a nível de prestação de serviços
- e. Definir os próximos passos para melhorar o desempenho do programa ou redefinir direcção estratégica, incluindo revisão de políticas e planos de estratégias.

A avaliação do PNCM, concluiu que os Planos Estratégicos Nacionais de 2005-2009 e 2008-2012 estão em linha com as estratégias globais para o controlo da malária e com

Tabela 6. Análise FOFA da Componente: GESTÃO DO PROGRAMA

FORÇAS	PONTOS FRACOS	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS	RECOMENDAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> Existência do Fórum Nacional de Parceiros Contra a Malária. Existência de coordenação entre a malária, o AIDI, SSR, INLS, PNME, INSP e outros departam. da DNSP Reforço da capacidade institucional (gestão, administração e coordenação) 	<ul style="list-style-type: none"> Recursos humanos insuficientes em número e qualidade operacional, Insuficiente mobilização de recursos internos. Falta de normatividade para Integração. Falta de coordenação com as Instituições formadoras dos recursos humanos para actualização dos currículos e conteúdos e actualização dos professores. Os Comités Técnicos que integra PNCM, SSR, INLS, PNMS e parceiros não estão institucionalizados 	<ul style="list-style-type: none"> A existência do PNDS e da política Nacional de ADECOS. A descentralização do Sistema de Saúde. A Luta Contra a Malária em Angola continua a ser uma prioridade para o Governo e os parceiros Internacionais. O Ministério da Saúde colocou a Integração como uma prioridade. Existência de parceiros fortes e sensibilizados. 	<ul style="list-style-type: none"> Continuidade financiamento incerta com alguns parceiros, ex. FG. Falta de contratação pública do pessoal de acordo ao Organigrama. O provisionamento de medicamentos e insumos do programa depende, principalmente, dos parceiros internacionais 	<ul style="list-style-type: none"> Advocacia junto do Ministério da Saúde para completar o quadro de pessoal conforme organigrama do PNCM. Reforçar as capacidades institucionais, de gestão, financeira e de RH do PNCM a todos os níveis e domínios técnicos, para efectivo controlo da malária e sustentabilidade das acções e ganhos obtido Utilizar o modelo de municipalização dos serviços de saúde para expansão da oferta de serviços de malária Promover o fortalecimento do FNPM e melhorar os mecanismos de coordenação com os parceiros. Finalizar e submeter para a aprovação o documento da política nacional de malária e o Manual para Prevenção, diagnóstico e Tratamento de Malária na gravidez. Institucionalizar os Comités técnicos de controlo da Malária . Reforçar a advocacia junto as autoridades locais para o incremento do orçamento e desembolso efectivo do orçamento destinado ao PNCM. Reforçar a multisectorialidade das acções de controlo da malária no paísReforçar as acções de iniciativas transfronteiriças de luta contra a malária Advocacia junto do Ministério da Saúde para iniciar implementação da política dos ADECOS

- Aquando início da implementação ADECOS, iniciar advocacia juntos dos profissionais de saúde sobre a importância do papel dos ADECOS na melhoria das coberturas sanitárias particularmente ao nível comunitário e de difícil acesso e isoladas

o processo de Revitalização do Sistema Nacional de Saúde a nível Municipal, com o objectivo de alcançar as metas do Governo e do Desenvolvimento do Milénio.

Tendo em conta os novos desafios de cobertura universal nas intervenções de controlo da malária a implementar, o PNCM procedeu à uma extensão e actualização do plano Estratégico anterior para cobrir o período de 2011-2015. O propósito do PNCM até 2015 era o de acelerar o controlo da malária rumo à sua eliminação. O objectivo geral do plano estratégico em vigor (2011-2015) é de reduzir em 80% o impacto da malária no país até 2015 a partir da linha de base de 2006, através da melhoria da implementação de intervenções eficazes de controlo da malária, que pretendem levar a uma redução da morbi-mortalidade pela doença e suas consequências socioeconómicas.

3.2.2. Situação actual: Desempenho do Programa da Malária

COMPONENTE 1. GESTÃO DO PROGRAMA E DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS

O PNCM é liderado por um coordenador que é apoiado por uma equipa central responsável pela epidemiologia, parasitologia, entomologia, gestão de casos, malária na gravidez, monitoramento e avaliação, informação, educação e comunicação para mudança de comportamento social (IEC), gestão financeira e administração. O PNCM articula-se com outros programas da Direcção Nacional de Saúde Pública como, Saúde Reprodutiva, Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), Epidemiologia. O Programa também está vinculado com o Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos, Instituto Nacional de Luta contra a SIDA (INLS) e outras direcções e serviços do Ministério da Saúde.

Ao nível provincial, existem supervisores provinciais da malária e ao nível municipal, foram colocados pontos focais ou supervisores municipais para a monitoria e avaliação.

Apesar destes esforços, os constrangimentos actuais do programa ainda relacionam-se com a exiguidade de recursos humanos qualificados e parte do pessoal tem regime de contrato por tempo determinado que não são do quadro orgânico do MINSA.

Um Comité Técnico Nacional assessoria o PNCM. Este é composto por especialistas de várias áreas (pediatria, medicina interna, gineco-obstetrícia, parasitologia, epidemiologia e entomologia) e representantes de organismos de cooperação bilateral e multilateral e sector privado como, Nações Unidas, USAID e ONGs.

COMPONENTE 2. DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E ABASTECIMENTO EM MEDICAMENTOS

A garantia do diagnóstico precoce e tratamento adequado diminui a frequência de casos de malária grave e complicada, a taxa de mortalidade pela doença e reduz a sua transmissão, principalmente em áreas hipo endémicas.

A malária em mulheres grávidas pode causar anemia, aborto espontâneo, parto prematuro, nados mortos e/ou com baixo peso. Em áreas de transmissão estável da malária, o tratamento intermitente preventivo para mulheres grávidas (TIP), a partir da 13ª semana de gestação ou, se não se tem certeza da data da última menstruação, quando a mulher começa a sentir o início dos movimentos fetais, com três ou mais doses de SP, é reconhecido como um instrumento útil na prevenção da doença e suas complicações nesse grupo populacional.

Nas zonas rurais do país, o acesso aos serviços formais de saúde é limitado e um tratamento da malária a nível comunitário é uma alternativa estratégica apropriada.

A OMS promove o tratamento da malária a nível comunitário como forma de assegurar uma acção rápida e apropriada para a malária a nível da comunidade, tendo em vista que cerca de 70% das pessoas obtêm tratamento em primeiro lugar, a este nível.

O diagnóstico e tratamento da malária na maioria das unidades sanitária do Ministério da Saúde em Angola era historicamente baseado no diagnóstico clínico. Em 2014, um de um total de 6 134 471 casos suspeitos notificados, 5 253 429 (85%) foram testados por Microscopia ou TDR e destes 2.298.979 (43,8%) casos positivos confirmados.

A microscopia óptica está maioritariamente disponível nos hospitais e centros de saúde maiores e a qualidade do diagnóstico varia consideravelmente entre os locais. Testes de diagnóstico rápido (TDRs) sempre que disponíveis devem ser usados em todas as unidades de saúde especialmente as que não dispõem de equipamento para diagnóstico microscópico ou onde existem picos de intenso afluxo de doentes.

Historicamente, o PMI e Fundo Global são os principais fornecedores de TDRs. No entanto, o PNCM tem como objectivo comprar TDR com fundos que receberá do Ministério. Com a mudança de orientação da OMS relacionado ao diagnóstico laboratorial da malária, Angola actualizou a sua política no Plano Estratégico (2011 - 2015) para estar em consonância com os padrões internacionais, que recomenda que todos os casos suspeitos de malária deverão ser diagnosticados, através de microscopia ou RDTs.

O PNCM, actualizou as normas de diagnóstico clínico, laboratorial de tratamento e prevenção na grávida e não-imunes. Para o diagnóstico e tratamento o PNCM segue as normas descritas no “Manual de Diagnóstico e Tratamento da Malária”, elaborado pelo Grupo Técnico da DNSP/ PNCM com base nas mais recentes orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) (ver anexo). O PNCM com apoio do pelo grupo técnico do PNCM, ONG World Learning e CDC Atlanta produziu igualmente três publicações para o diagnóstico laboratorial da malária seguindo as orientações da

OMS:Auxiliar de Bancada de Diagnóstico Laboratorial da Malária: (2013), Manual de Formação para o Diagnóstico Laboratorial da Malária em Angola (2013)Garantia de Qualidade em Microscopia da Malária: Estratégia Operacional de Implementação a nível Municipal (2013). Os manuais encontram-se a ser impressos e irão ser disseminados pelo país.

Actualizou ainda, as circulares orientadoras, quer para médicos e técnicos de laboratório, como para a área de enfermagem que tem sido amplamente divulgados. Contudo ainda persistem vários problemas no que diz respeito a se atingir a meta de testagem universal com diagnóstico parasitológico de alta qualidade da malária. As principais das limitações incluem escassez de RDTs, rede laboratorial limitada, os procedimentos de controlo de qualidade apenas a ser implementados em 8 províncias sob financiamento do PMI e, talvez, o maior desafio - falha dos profissionais de saúde para acompanhar adequadamente os resultados de testes de laboratório e TDR Ao prescrever tratamento. Os profissionais de saúde nem sempre aderem ao resultado do diagnóstico quer por uma falta de confiança nos resultados de laboratório ou por incapacidade ou indisponibilidade para fazer um correcto diagnóstico diferencial da febre. Este parece ser um problema em particular na capital, Luanda, onde a prevalência da malária é muito baixa mas a malária é ainda vista como problema maior do que na realidade é.

O PNCM tem um cronograma de formação de pessoal na área de diagnóstico clínico e laboratorial e gestão de casos. Destes, são seleccionados os formadores (médicos, técnicos médios e de laboratório), os quais, a nível local, replicam as formações.

Merecerão de igual modo, uma atenção particular no domínio da formação, os ADECOS, que uma vez formados na generalidades sobre saúde e determinantes sociais de saúde, agricultura, saneamento do meio e de cidadania, serão submetidos a formação específica sobre malária (prevenção, testagem de casos suspeitos e tratamento, assim como referência de pacientes), no quadro do AIDI-Comunitário.

O esforço de formação por parte do PNCM, terá ainda como alvos, os profissionais do sector farmacêuticos privados, na administração de ACTs após testagem de casos suspeitos de malária através de TDRs, assim como na actualização no domínio de gestão de stocks e de aprovisionamento de TDRs e de ACTs,

Tratamento Intermitente Preventivo (TIP)

O TIP com duas doses de SP foi adoptado como política nacional em 2004. Em 2013 foi aprovada a nova política de TIP na mulher grávida segundo as novas orientações da OMS que consiste na administração de três comprimidos de SP em três ou mais ocasiões separadas por um intervalo mínimo de quatro semanas. A primeira dose de TIP deve ser administrada a partir 13ª semana de gestação a partir da 13ª semana de gestação ou, se não se tem certeza da data da última menstruação, quando a mulher começa a sentir o início dos movimentos fetais, e a última dose de TIP-SP, pode ser administrada no mesmo dia do parto, sem que isso possa significar um risco para a grávida ou para sua criança. A mulher grávida não deve receber Ácido fólico junto com SP, em uma dose diária, igual ou maior de 5 mg porque bloqueia o efeito antimalárico do SP. A dose diária recomendada de ácido fólico é de 0,4 mg.

Esta política aplica-se actualmente a todo o país, incluindo as áreas com potencial epidémico no sul. Dados do sistema de informação de rotina do departamento de saúde reprodutiva (RH) indica que a política está sendo implementada em todas as unidades com consultas pré-natais em funcionamento. A maioria dos postos de saúde não têm a capacidade para realizar as CPN pelo que também não estão fornecer o TIP. Contudo, mesmo que a política esteja sendo implementada em todos os serviços de CPN e se estima que 69% das mulheres grávidas em Angola faz uma consulta pré natal pelo menos uma vez (proporção que tende a ser menor em áreas rurais), dados do MIS em 2011 encontraram apenas 17,5% das mulheres relataram sobre a tomada de pelo menos duas doses de TIP na sua última gravidez.

Os Dados do PNCM de 2014 indicam que num total de 916.533 grávidas que fizeram a primeira consulta de cuidados pré-natais, 63% receberam a primeira dose de TIP , 48 % a segunda dose e 6% a 3ª dose.

Abastecimento Em Medicamentos E Meios

O país dispõe de uma política nacional de medicamentos, mas o formulário de medicamentos carece de actualização. Está em preparação um sistema de farmacovigilância a nível da DNME, que se espera ser implementado em breve. Não há capacidade para certificar a qualidade dos medicamentos no país. A aquisição de medicamentos e de equipamentos apresenta fraquezas evidentes ao nível da planificação, gestão, importação, armazenagem, distribuição, utilização e monitorização.

Não existe um plano formal de distribuição de medicamentos essenciais. As condições de armazenagem de medicamentos ao nível provincial são frequentemente inadequadas, e inexistentes ao nível municipal. Os medicamentos essenciais, incluindo alguns anti-maláricos (ACT, Artesunato IV/IM e SP) são fornecidos em kits. As US recebem um determinado número de kits, com base nos fornecimentos anteriores.

Análise FOFA componente 2

Ver tabela em baixo

.

TABELA 7. Análise FOFO Componente 2.

ÁREA: GESTÃO E TRATAMENTO DE CASOS- Diagnóstico

FORÇAS	PONTOS FRACOS	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS	RECOMENDAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> • Expansão da capacidade laboratorial • Existência de Manuais e directrizes actualizadas • Existência a nível nacional de 12 oficiais de diagnóstico, acreditados para realização de formação e controlo de qualidade a nível provincial. • Actualização das Normas do programa de acordo com as últimas recomendações da OMS. • Parceria com o sector privado no diagnóstico da doença. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escassez e iniquidade na distribuição de pessoal de laboratório no país. • Escassez de equipamento laboratorial fora de Luanda • A falta de confiança por parte dos provedores nos resultados de TDR e nos resultados do laboratório • Reduzida quantidade de supervisores municipais e provinciais, de laboratório • Apenas 8 províncias fazem Controlo qualidade de Lâminas (financiadas pelo PMI). • Falta de disseminação das Normas Nacionais e ajudas para o trabalho nas US. • Falta de actualização nos currículos e conteúdos e actualização de professores das Instituições formadoras dos recursos humanos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade da tecnologia de TDR no país • KITS microscopia financiados • Existência de doadores dispostos a financiar esta actividade incluindo a formação 	<ul style="list-style-type: none"> • Doadores não compram equipas para laboratórios 	<ul style="list-style-type: none"> • Reprodução e ampla distribuição dos manuais de laboratório nos laboratórios dopaís. • Garantir o fornecimento atempado e suficiente de TDR a todos os níveis de atendimento de saúde. • Garantir o fornecimento interrompido de reagentes • Continuar com processo de acreditação de pontos focais municipais e provinciais de laboratório • Advocacia para a criação das condições para o cumprimento das normas relativas ao controlo de qualidade do diagnóstico laboratorial. • Apoio às EFTS para actualização dos currículos e conteúdos e treino dos professores.

Plano Estratégico Nacional de Controlo da Malária em Angola 2016-2020

ÁREA: GESTÃO E TRATAMENTO DE CASOS-

FORÇAS	PONTOS FRACOS	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS	RECOMENDAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> Existência de política, normas técnicas e manuais actualizados 18 Províncias com 2 formadores em cada uma actualizadas nas nova políticas de gestão do tratamento da malária. Parceria com o sector privado na gestão e tratamento de casos. 	<ul style="list-style-type: none"> Impressão e disseminação não efectuada. Falta de actualização nos currículos e conteúdos e actualização de professores das Instituições formadoras dos recursos humanos. Quantidade insuficiente de técnicos formados. Insuficiente supervisão formativa no nível provincial, municipal e de US. Política de Directrizes e normas de manejo de casos a nível comunitário ainda não está aprovada Fraca partilha de informação entre os parceiros. Fraca política de Formação Permanente no local de trabalho. Fraca adesão dos prescritores às normas de tratamento Mudança de protocolo não é sincronizada com abastecimento de produtos 	<ul style="list-style-type: none"> A gestão de casos é uma prioridade dos doadores e parceiros. Disponibilidade de diversas formulas combinadas para o tratamento da malária. Existência de Fórum de Parceiros, website para partilha informação. Existência de parceiros bilaterais, multilaterais e privados 	<p>Financiamento FG bloqueado temporariamente</p> <ul style="list-style-type: none"> Resistência à mudança, elevada rotatividade de pessoal Automedicação. Presença de resistência aos ACT em Angola. O provisionamento de medicamentos e insumos do programa depende, principalmente, dos parceiros internacionais. 	<ul style="list-style-type: none"> Reprodução e ampla distribuição dos manuais de gestão de casos todas US do país. Monitoria da implementação das políticas e directrizes de tratamento: Responsabilizar e apoiar as equipas provinciais e municipais para organizar treino em serviço. Advocacia p/ aumento da participação das direcções municipais na execução destas formações. Advocacia para o tratamento da malária com ACT a nível comunitário. <p>Advocacia para aumentar participação parceiros nas actividades do fórum</p>

ÁREA: Tratamento Intermitente Preventivo

Plano Estratégico Nacional de Controlo da Malária em Angola 2016-2020

FORÇAS	PONTOS FRACOS	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS	RECOMENDAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> • Normas sobre TIP actualizadas 2013 • Existência do Grupo técnico integrado pelo PNCM, PNSSR, INLS, PNMS e parceiros • Entrega de TIP para grávidas em todos os serviços CPN no país. • Aumento da cobertura de CPN nas províncias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa cobertura nacional do TIP • Falta de ajudas para o trabalho com as novas normas. • Fraca actualização dos profissionais das US sob as novas Normas. • Insuficiente divulgação junto da população e das grávidas sobre importância do TIP. • Necessidade actualizar livro de registo nas CPN de acordo com novas normas de TIP • Deficiente sistema de informação • Algumas clinicas privadas não seguem política nacional de prevenção efeitos malária na grávida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo operacional sobre percepções e barreiras relacionadas com baixa cobertura TIP previsto a ser realizado 2015 • Incremento da cobertura de TIP nos países é uma prioridade dos doadores e parceiros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mitos e crenças nas grávidas sobre o TIP. • Roturas de stock de Fansidar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar a colaboração com o PNSSR, INLS, PNMS e parceiros. • Publicar e difundir a Norma actualizada sobre TIP e ajudas para o trabalho. • Treino em serviço para actualização dos profissionais • Advocacia para expansão de serviços CPN • Garantir a disponibilidade de insumos para as mulheres grávidas • Advocacia para um maior envolvimento das DMS para a: Rápida expansão da formação do pessoal em TIP • Advocacia para garantir financiamento regular para a produção de livros de registo e cadernos de CPN, e para a continuidade e expansão das acções • Mudar o enfoque de entrega de TIP por um de Direitos e Massificação da

Plano Estratégico Nacional de Controlo da Malária em Angola 2016-2020

informação dos benefícios do TIP junto da população em geral, através de IEC e CMC (BCC)

AREA: ABASTECIMENTO EM MEDICAMENTOS E MEIOS

FORÇAS	PONTOS FRACOS	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS	RECOMENDAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> Existência de CECOMA e depósitos provinciais e municipais. Actualização de normas de tratamento. Município com fundos para suplementar a compra de medicamentos e insumos. Existência de um Programa Nacional de Medicamentos Essenciais. Sistema de Kits de medicamentos. Existência de parcerias na compra dos anti maláricos e TRD até ao nível provincial 	<ul style="list-style-type: none"> Política nacional de medicamentos, mas o formulário de medicamentos carece de actualização Vários depósitos provinciais e municipais não cumprem requisitos (temperatura, humidade, espaço, etc.) A ausência de um sistema de fármaco vigilância. Falta de transporte apropriado para medicamentos e insumos. Fraco controlo de qualidade dos medicamentos. Falta de coordenação na planificação e quantificação dos produtos. Fraco sistema de informação de gestão logística e falta de sensibilização dos técnicos para o uso das ferramentas de gestão. Concursos públicos para aquisição de medicamentos são muito 	<ul style="list-style-type: none"> Investigação operacional sobre qualidade de medicamentos anti maláricos planeada para 2014. Construção ou reabilitação dos armazéns regionais, provinciais e municipais. Plano para construção de Laboratório Nacional de Controlo de qualidade. Existência dum Departamento de Fármaco vigilância e informação farmacêutica. Aumento do número de pessoal qualificado. Treinamento em gestão farmacêutica. Envolvimento do sector privado no manejo apropriado dos casos da malária. 	<ul style="list-style-type: none"> Existência do mercado paralelo de medicamentos. Redução dos financiamentos para compras por parte dos parceiros. Uso irracional de medicamentos que está a criar resistência aos ACT. 	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar um Guião com especificações técnicas dos produtos da malária para as compras no nível municipal.. Advocacia p/ aumento da participação das direcções municipais na compra de anti maláricos, TDRs e meios diagnósticos. Exigir aos fornecedores ou transportadores garantir boas condições para manter a qualidade dos produtos até o usuário final. Advocacia para o fortalecimento do CECOMA e criar condições necessárias nos depósitos provinciais e municipais Fortalecer o sistema de formação e gestão logística e uso da informação na tomada de decisões. Estabelecer o sistema de aquisições usando dados de consumo reais.

Plano Estratégico Nacional de Controlo da Malária em Angola 2016-2020

longos.

- Ausência do Sistema de Registro Nacional de Medicamentos.

- Criar e fortalecer o mecanismo de coordenação da logística a nível nacional.
- Implementar um sistema de farmacovigilância.
- Estabelecer um sistema de controlo de qualidade de medicamentos

Componente 3. Controlo Integrado do Vector e Protecção Individual

O controlo integrado de vectores (CIV) da malária é uma das principais componentes da estratégia actual do PNCM. Esta baseia-se em diferentes intervenções operacionais, como o uso alargado de MTIs, controlo larvar através da aplicação de produtos biológicos, pulverização intra e extra-domiciliar e gestão ambiental/saneamento do meio.

A luta anti-larvar (LAL) é feita em colaboração com a cooperação Cubana, e a pulverização intradomiciliar (PID) com o apoio da PMI e alguns governos provinciais. A luta anti-larvar é feita em 130 dos 166 municípios do país enquanto a PID foi feita nas províncias de Huambo, Huila e Cunene. Destaca-se que o financiamento do LAL é assumido na sua totalidade pelo governo angolano.

Em 2010 o PNCM teve apoio da PMI-USAID, que consistiu no treino de 34 técnicos e fornecimento de material de entomologia para uso no campo e no laboratório. Contudo, o PNCM tem actualmente apenas um entomologista baseado a nível central apoiado por três técnicos básicos que trabalham num laboratório improvisado. Os técnicos treinados alguns estão envolvidos no projecto LAL da cooperação cubana e outros noutros sectores. A primeira dificuldade no controlo de vector é a insuficiência acentuada de recursos humanos e laboratoriais para a demanda actual tal como a actualização do perfil entomológico e monitoria das actividades de controlo do país.

O Programa da Luta anti larvar junto com apoio técnico da cooperação cubana em 2012 manteve a cobertura em 18 províncias e 144 municípios. Foram tratados 397.179 criadouros com Biolarvicidas, consumo de 406.144 lt *Bacillus Thuriensis* SH14 (Bactivec) e 377.059 lt *Bacillus sphaericus* sH23 62 (Griselesf), produto que tem um tempo de permanência de 15 a 30 dias, respectivamente, nos criadouros. A efectividade entre 97 e 98% de redução das larvas do mosquito.

Em matéria de posse de mosquiteiros tratados com insecticida a cobertura aumento de 27.5% em 2006 para 34.5% em 2011. A taxa de uso em crianças <5 anos passou de 18 em 2006 a 26% em 2011 e nas mulheres grávidas passou de 22% em 2006 a 26 % em 2011. Apesar de evidências na melhoria das coberturas os níveis ainda se encontram muito baixos das metas preconizadas (MIS I e II). No plano estratégico de 2011-2015 foi adoptada a estratégia de cobertura universal, definida como uma MTI para cada 2 pessoas. Na primeira fase da campanha realizada em 2013 e 2014 foram distribuídos 3939682 MTILD (províncias Zaire, Kwanza Norte, Malange, Huila, Uíge, Huambo, Bié, Namibe, Lunda Sul, Lunda Norte, Cabinda e Bengo). Na distribuição de rotina foram distribuídos 339 616.

Análise FOFA componente 3

Ver tabela em baixo

Tabela 8- Análise FOFA componente 3

ÁREA: Pulverização Residual Intra-Domiciliária

FORÇAS	PONTOS FRACOS	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS	RECOMENDAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 34 Técnicos formados ▪ Existência material de entomologia para uso no campo e no laboratório. ▪ 1 Insectário criado na província do Huambo. ▪ Existência de parceiros na assistência técnica e logística para acções de PID. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistência de documento orientação estratégica nacional sobre controlo integrado do vector • Escassez de recursos humanos especializados na área do controlo integrado do vector/entomologia a nível central, provincial e municipal • Carência de doadores com interesse na PID • Reduzida monitoria e ausência de avaliação sistemática das actividades de controlo integrado do vector. • Falta de recursos financeiros para realizar acções de PID ao nível nacional. • Fraco investimento das DMS para compra de equipamento e insecticidas para PID. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aproveitar conhecimentos dos estudos <i>knockdown</i> Huambo para prever futura resistência. • Existência de fundos para serviços primários no nível municipal. • Existência do versão pré-final do manual de controlo integrado de vectores . 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição financiamento PMI para esta actividade • Resistência do vector aos insecticidas. • Protocolo da OMS considera PIDs só para áreas de fraca transmissão ou de risco epidémico. . 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer capacidades técnicas e logísticas para as equipas municipais. • Criar um Laboratório Nacional de Entomologia • Monitorar as intervenções de controlo integrado do vector • Advocacia para os municípios alocam fundos para as actividades de PID. • Completar carta da distribuição de vectores no país • Realizar testes de susceptibilidades aos insecticidas, bioensaio, e testes de eficácia das intervenções.

Plano Estratégico Nacional de Controlo da Malária em Angola 2016-2020

ÁREA: Mosquiteiros Tratados com Insecticida

FORÇAS	PONTOS FRACOS	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS	RECOMENDAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> • Campanha de Distribuição Universal de mosquiteiros. Existência da Comissão técnica nacional para campanha • Existem equipas técnicas nas 18 províncias • GoA, PMI e FG adquiriam maioria dos MTI necessários para o país • Materiais de formação, promoção da campanha produzidos e testados • Instrumentos de recolha de dados e análise criados • Envolvimento das ONGs e associações na distribuição 	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço a nível provincial e municipal reduzido para armazenamento dos MTI • Rupturas de stock de MTI. • Fraca sensibilização do uso dos mosquiteiros • Falta de monitoria do comportamento dos vectores sobre possíveis mudanças de comportamento face à distribuição de MTI 	<ul style="list-style-type: none"> • Doadores interessados • População receptiva a benefícios do uso MTI • Existência de canais de distribuição (CPN, PAV) para base manutenção cobertura pós campanha 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência de financiamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar com a distribuição de MTIs nas restantes províncias em falta com vista atingir cobertura universal • Após campanha garantir manutenção da cobertura através da distribuição de rotina e promoção do seu uso. • Reforçar a componente de mobilização para promoção do uso correcto de MTILD • Realizar estudos de eficácia e de bio ensaio.

ÁREA: Luta anti larvar

FORÇAS	PONTOS FRACOS	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS	RECOMENDAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> • Colaboração com a cooperação Cubana. Presença 130 municípios das 18 províncias. • Existência da equipa LAV em todas províncias. • Existência de equipas municipais locais treinadas. • Financiamento na sua totalidade pelo governo angolano • Mapeamento dos criadouros efectuado 	<ul style="list-style-type: none"> • É muito dispendiosa quando usada em larga escala. • Falta de cobertura da equipa LAV em alguns municípios de alto risco. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existência do Manual de técnicas de aplicação de biolarvicidas 	<ul style="list-style-type: none"> • A luta anti-larvar só é eficaz quando os criadouros alvos estão bem definidos e em número limitado, particularmente em centros urbanos. • Deficiente sistema de saneamento e gestão ambiental 	<ul style="list-style-type: none"> • Expandir o programa LAV pelo menos para os municípios de alto risco. • Difundir o Manual de técnicas de aplicação de biolarvicida para todas Direcções Municipais da Saúde. • O cronograma do programa LAV deve adaptar-se as estações e de acordo com a especificidade de cada lugar. • Advogar juntos dos governos provinciais e administrações municipais sobre melhoria do saneamento básico. • Realizar bio ensaio aos biolarvicidas.

Componente 4. Promoção da saúde: Advocacia e Mobilização Comunitária

Em Angola existe um plano operacional de comunicação na luta contra a malária que é baseada na estratégia Integrada de IEC. Este plano é implementado, através das campanhas de mobilização comunitárias. O plano tem sido implementado de forma esporádica e sobretudo nas efemérides a exemplo do dia mundial da malária (25 de Abril) e no dia da malária na SADC (9 de Novembro). Estes eventos são realizados regularmente com uma forte participação das lideranças e da população. Destaca-se o envolvimento dos *midia*, com todo o pacote de divulgação (incluindo entrevistas, debates, veiculação de spots e *jingles*). O pacote de divulgação inclui as mensagens-chave aprovadas dentro da estratégia de IEC-Malária..

Os métodos utilizados na veiculação de mensagens são: comunicação inter-pessoal, em grupos e massiva, spot televisivo, a rádio novela, teatro e a música com mensagens de prevenção, por serem os meios mais acessíveis a população. Aquando do início da implementação da componente de ADECOS comunitário, o Agente de Desenvolvimento Comunitário e Sanitário irá assumir um papel privilegiado em comunicações para a mudança de comportamento relativos à malária nas em várias áreas temáticas cujos conteúdos irão ser definidas da Plano Estratégio Nacional de IEC/CMC de Malária 2015-2020 que irá ser finalizado no presente ano.

. Existe uma rede de Jornalistas contra a malária, e 6 fóruns provinciais de parceiros no Huambo, Malange, Huila, Cunene, Lunda Norte e Benguela.

Entre os vários constrangimentos existentes destaca-se a inexistência de um plano de estratégico de IEC actualizado orientado para a mudança de comportamento (actualização prevista ano civil de 2015), A dificuldade de meios financeiros para produzir materiais de IEC e outros meios de apoio e monitoria das campanhas e a os recursos humanos constituem também uma fraqueza, faltando um designer gráfico e um etnolinguista ou outro técnico similar para apoiar o IEC.

Não existem pesquisas recentes de âmbito nacional, sobre conhecimentos, atitudes e práticas de prevenção e tratamento da malária, focadas para medir a mudança de comportamento e eficácia das estratégias escolhidas

Análise FOFA componente 4

Ver tabela em baixo

Tabela 9. Análise FOFA Componente 4

ÁREA: Promoção da saúde: Advocacia e Mobilização Comunitária

FORÇAS	PONTOS FRACOS	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS	RECOMENDAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> • Material audiovisual produzido • Rede de Jornalistas contra a malária • Existência de 6 Fóruns provinciais de parceiros. • Recente aprovação da política nacional de agentes de desenvolvimento comunitário e sanitário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento de Estratégia de IEC para a malária desactualizado • Baixo número produção de materiais em línguas locais • Pouca coordenação parceiros nas actividades de promoção da saúde • Inexistência de agentes de saúde comunitários em funções para divulgação de mensagens sobre a prevenção em algumas as províncias. • Administrações municipais não alocam fundos para os trabalhos dos agentes comunitários 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade existente para a importância e impacto das acções de IEC&CMC por parte do MINSA e dos Parceiros • Colaboração entre o PNCM e o Departamento de Promoção de Saúde 	<p>Inexistência de pesquisa operacional na area, logo possibilidade de mensagem está a ter efeito necessário</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intensificar a divulgação das mensagens informativas e educativas e sobre a malária • Proceder a revisão da estratégia integrada de IEC-Malária com vista a uma orientação mais focada na mudança de comportamento. • Reforçar a advocacia a vários níveis (incluindo políticos e decisores) • Reforçar a coordenação e implementação das actividades de controlo da malária com os parceiros, através de sessões de planificação conjunta e encontros de monitoria e avaliação. • Reforçar o orçamento para campanhas de IEC (através das varias intervenções) • Reforçar da área de IEC com pessoal especializado • Advocacia para regulamentar a politica nacional de agentes de desenvolvimento comunitário e sanitário.

Componente 5. Previsão, Prevenção, Detecção e Controlo de Epidemias

A estratégia para o controlo das emergências e epidemias de malária compreende os seguintes aspectos:

- Prever e detectar precocemente a ocorrência de epidemias
- Preparar as intervenções para o controlo das epidemias de malária;
- Implementar intervenções apropriadas de controlo;
- Avaliar e documentar as epidemias de malária.
- Manter um Plano Nacional e Local de Contingência actualizado

O Plano estratégico 2011-2015 tinha como principais abordagens operacionais:

- Actualizar as áreas de risco de epidemias de malária (mapeamento, estratificação, população em risco, factores de risco);
- Monitorização dos factores de risco: identificar os indicadores/elementos relativos aos factores de risco;
- Reforçar a vigilância epidemiológica semanal.
- Controlo de qualidade do diagnóstico laboratorial.

Em termos da actualizar as áreas de risco de epidemias de malária o PNCM encontra-se presentemente a realizar um estudo parasitológico de âmbito nacional com vista à revisão do mapa epidemiológico. No final do estudo irá proceder-se ao mapeamento, estratificação, e definição da população em risco.

Priorizou-se nos anos passados 16 municípios de risco epidémico para realização de PID e distribuição MTI.

O reforço da vigilância epidemiológica semanal é uma estratégia a melhorar. A Secção de Epidemiologia da DNSP faz a recolha de relatórios semanais sobre casos de malária diagnosticados clinicamente a partir das quatro províncias do sul, com risco epidémico. Contudo, como nem todos os municípios reportam regularmente há atrasos no envio dos relatórios ao PNCM, esta informação tem tido pouca utilidade para a detecção e resposta a epidemias. Nenhuma das províncias ou municípios dispõe ainda de um plano de controlo de epidemias ou dispõe de artigos de emergência de medicamentos, insecticidas, ou equipamento, previamente posicionados, para uma resposta rápida a epidemias.

Em colaboração com a República da Namíbia, e outros da região da SADC, desenvolveram-se acções de definição de estratégias transfronteiriças para a prevenção e controlo de epidemias de malária, na região sul.

No entanto, deve-se reconhecer a existência de algumas fraquezas e insuficiências no acompanhamento e gestão das acções de controlo de epidemias.

Tabela 9. Análise FOFA COMPONENTE 5.

ÁREA: Previsão, Prevenção, Detecção e Controlo de Epidemias

FORÇAS	PONTOS FRACOS	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS	RECOMENDAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> Introdução de campanhas de PID em algumas das áreas epidémicas. Alguns municípios em risco foram priorizados na distribuição de MIT. Colaboração com a República da Namíbia, África do Sul e SADC. 	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiências no acompanhamento e gestão das acções de controlo de epidemias. Obertura abaixo do efeito protector de massas em todas as áreas elegíveis. Ineficiência do sistema de vigilância semanal. Atraso na actualização do mapeamento das áreas de risco de epidemias de malária. Insuficiente coordenação nas acções de controlo de epidemias entre províncias. 	<ul style="list-style-type: none"> Reforço do <i>Knowhow</i> nacional relativamente à PID e outras actividades de prevenção e gestão de epidemias de malária. Existência das equipas municipais de LAV. 	<ul style="list-style-type: none"> Dependência dos Parceiros externos para financiamento externos da PID. Emergência de resistência do vector aos insecticidas. 	<ul style="list-style-type: none"> Actualizar as áreas de risco de epidemias de malária (mapeamento, estratificação, população em risco, factores de risco); Monitorização dos factores de risco: identificação dos indicadores/elementos relativos aos factores de risco; Reforçar a vigilância epidemiológica semanal. Reforçar o controlo de qualidade do diagnóstico laboratorial. Fazer advocacia DMS e sector privado para reforço do orçamento para PID. Gestão rotativa dos insecticidas.

Componente 6. Monitoria e Avaliação: Vigilância Epidemiológica, Informação e Pesquisa

O PNCM tem um Plano de Monitoria e Avaliação (M&A) elaborado com base no Plano Estratégico Nacional 2008 -2012 baseado no princípio "Três Um " (uma coordenação, um plano de acção e um plano de M&A). O PNCM tem ao nível central um Ponto Focal para M&A.

O PNCM recolhe dados de morbimortalidade nas unidades sanitárias, mas também de gestão do programa, de logística, abastecimento e o consumo mensal de medicamentos. Em cada província, existem 2 pontos focais (OPPM e Supervisor), que velam pela implementação das intervenções de controlo da malária, recolha e envio de dados para o nível central.

O sistema de informação de saúde (SIS) colhe os dados mensais sobre os casos e óbitos das unidades sanitárias, como postos, centros de saúde e hospitais e segue o seu fluxo, consolida-os e analisa-os desde o nível municipal, provincial, e envia-os para o nível central.

O Instituto Nacional de Saúde Publica em Angola, é o órgão reitor para apoio as instituições do MINSA em termos de pesquisa. No entanto, a necessidade maior do PNCM faz com que este beneficie de colaboração com instituições internacionais de pesquisa, tais como o CDC Atlanta, Rede de investigação em Saúde da CPLP, "RIDES" e a rede de Investigação em saúde da América do Sul, "RAVEDRA".

A recolha de dados e sua devida análise, ainda não atingiu a qualidade desejada, devido a insuficiência de instrumentos específicos e capacidade para o tratamento da informação.

IV. ESTRUTURA DO PLANO ESTRATÉGICO

4.1 Visão: Angola, um país sem Malária

4.2 Missão e Valores e Princípios

A missão do Programa Nacional de Luta contra a Malária é de implementar a política de combate a malária no país, através de estratégias adaptadas ao perfil epidemiológico do país que assegurem o acesso universal das populações às melhores intervenções, a um custo aceitável e contribuir na redução do fardo da doença e suas consequências socio económicas.

O presente Plano Estratégico 2016-2020 pauta-se nas prioridades da Política Nacional de Saúde e do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 consubstancia-se nos seguintes Valores e Princípios:

- *Universalidade*: nos termos da Constituição, O Estado Angolano garante o direito aos serviços e cuidados da saúde a todo o cidadão sem distinção da sua condição socio económica, sexo, idade, raça, religião, cultura e grupos desfavorecidos.
- *Humanização*: a humanização do serviço e cuidado de saúde deve ser a tônica principal nos processos e acto de implementação das intervenções de Saúde em geral e da malária em particular ao nível do sistema de Saúde.
- *Equidade*: Fazer Chegar os serviços e cuidados de saúde a todas as populações particularmente as que vivem em áreas isoladas ou de difícil acesso e assim os e grupos desfavorecidos.
- *Inter e intrasectorialidade*: Procura-se integrar e coordenar as intervenções de todos sectores (Ministérios de ambiente, Agricultura, Educação, Comunicação social Energia e Agua, Transporte etc) Saúde Reprodutiva, Programa alargado de Vacinação Promoção da saúde, SIDA, etc.) para promover a qualidade de vida e do bem-estar da população de acordo com os objectivos da saúde.

4.3 Orientações estratégicas

As orientações estratégicas consubstanciam-se no alcance da cobertura universal das intervenções de combate a malária no país.

Com objectivo de melhorar o acesso da população aos cuidados e serviços de saúde em geral e de combate a malária em particular, a estratégias de Desenvolvimento a longo prazo "Angola 2025", entre outros princípios, estipula que: prestação dos cuidados primários de Saúde (CPS) deve ser, pelo menos até 2015,

gratuitas para os pobres e grupos vulneráveis e sujeita a taxa moderadora para o segmento da população com recursos.

- A gratuidade de cuidados de saúde aplicar-se-á em, TB, VIH/SIDA e Tripanosomiase. Todas as doenças endémicas consideradas prioritárias como sejam: Malária
- A Manutenção da gratuidade de cuidados de saúde materno infantil na rede primaria e secundaria do serviço nacional de saúde.

4.4 Objectivos

Objectivo geral

Reduzir em 60% a morbilidade e a mortalidade por malária no país até 2020 comparado à linha de base de 2012.

Objectivos específicos

I. Prevenção

Objectivos nº1: Até o final de 2020, que pelo menos 80% da população dos grupos alvo utilizem uma das medidas preventivas adequadas

1.1. Até o final de 2020, que pelo menos 80% de agregados familiares possuam pelo menos um mosquiteiro tratado com insecticida de longa duração.

1.2. Até o final de 2020, que pelo menos 80% das pessoas possuidoras de rede mosquiteiro tenham dormido debaixo de um Mosquiteiro tratado com insecticida de longa duração na noite anterior.

1.3. Até o final de 2020, que pelo menos 80% das crianças menores de cinco anos de idade tenham dormido debaixo de um Mosquiteiro tratado com insecticida de longa duração na noite anterior;

1.4. Até o final de 2020, que pelo menos 80% das mulheres grávidas tenham dormido debaixo dum Mosquiteiro tratado com insecticida de longa duração na noite anterior.

1.5. Até o final de 2020, que 80% das mulheres grávidas com acesso as consultas pré natais e elegíveis para o Tratamento Intermitente e Presuntivo (TIP), façam pelo menos três doses do TIP-SP.

1.6. Até o final de 2020, que pelo menos 60% das casas nas áreas de intervenção ou (nos municípios de risco) sejam pulverizadas.

1.7. Até o final de 2020, que pelo menos 60% das pessoas que vivem em áreas de risco onde a pulverização residual intra-domiciliar é implementado sejam protegidas.

1.8. Até o final de 2020, que pelo menos 90% dos municípios sejam cobertos com acções de luta antilarvar

1.9. Até o final de 2010, pelo menos 80% dos criadouros identificados nos municípios alvo do projecto sejam tratados com larvicidas

II. Manejo dos Casos de Malária

Objectivo nº 2: Até o final de 2020, 100 % de casos suspeitos da malária que se apresentam nas unidades sanitárias e nas comunidades devem ser testados antes de ser tratados

Objectivos nº3 Até o final de 2020, 100% dos casos de malária confirmados, devem ser tratados conforme às orientações da política nacional a todos níveis da pirâmide sanitária incluindo a comunidade.

III. IEC/CMC/MOB.SOC.

Objectivo nº 4: Até o final de 2020, garantir que a população de Angola utilize por lo menos 80% das intervenções de controlo da malaria

- 4.1 Até o final de 2020, que 80 % dos cuidadores de crianças conheçam a causa,,sinais e sintomas da malaria, pelo menos um das medidas de prevenção da malária e de tratamento eficaz da doença;

IV. Monitoria e Avaliação, Vigilância Epidemiológica, Gestão das Epidemias e Pesquisa operacional

Objectivo nº5: Até 2020, reforçar o sistema de vigilância epidemiológica, monitoria e avaliação e pesquisa operacional

- 5.1 Até o final de 2020, que 100% das províncias do país tenham um sistema eficaz de Vigilância epidemiológica, Monitoria e Avaliação
- 5.2 Até o final de 2020 que os 16 municípios em risco epidémico detectam epidemias em menos de 2 semanas e dão resposta adequada;
- 5.3 Até o final de 2020, 100% de Estudos de pesquisa operacional planejados sejam realizadas.

V: Gestão e Coordenação do Programa

Objectivo nº 6: Até 2020, reforçar as capacidades institucionais, técnicas e de gestão do PNLP a todos os níveis, para implementar as actividades ligadas ao programa de controlo da malaria.

6.1 Até o final de 2020, que 100% das Províncias e Municípios tenham um mecanismo funcional de coordenação e gestão das acções de prevenção e controlo da malária .

6.2 Até o final de 2020, 100% de municípios elegíveis das Províncias do Sul do País (Cunene, Huambo, Huíla, Cuando Kubango e Namibe) estejam na fase da pré eliminação da malária.

V. INTERVENÇÕES E ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO

DOMINIO PREVENTIVO

Objectivo nº1: Até o final de 2020, que pelo menos 80% das populações alvos utilizem uma das medidas preventivas adequadas

Estratégia Nº1 : Promoção do Uso dos Mosquiteiros Tratados

A implementação desta estratégia passa primeiramente pelo reforço e melhoria da distribuição dos Mosquiteiros tratados com insecticidas de longa duração com objectivo de aumentar o acesso e segundo pela mobilização e educação da população a usar estes mosquiteiros tratados. Por isso é necessário:

- Aquisição, distribuição e disponibilidade Dos Mosquiteiros Tratados em todos os municípios no País
- Elaboração/Actualização das ferramentas e guiões necessários para gestão de distribuição das MILDA
- Capacitação do Pessoal de saúde e actores envolvidos
- Mobilização e educação da população
- Monitoria e Avaliação da posse e de uso dos mosquiteiros tratados
- Estudos de Impacto do uso de mosquiteiros pela população

Componentes operacionais e Intervenções

- Campanha nacional de distribuição universal dos Mosquiteiros impregnados de insecticida de longa duração (todos os 3 anos).
- Distribuição de rotina nas unidades sanitárias através da Consulta Pré Natal (CPN)focalizada, da Vacinação infantil (Pentavalente 3), e através da organização das jornadas municipais de saúde (JMS).
- Distribuição a nível comunitário por as ONG nacionais e internacionais
- Mobilizar e incentivar o sector comercial para investir no comércio de redes e vender a um preço subsidiado

- Organização de palestras direccionadas a população.
- Uso dos meios de comunicação para divulgar mensagem em língua nacional sobre uso dos mosquiteiros tratados

Estratégia nº2: Pulverização Intra Domiciliar de insecticida com efeito residual

- Implementar a PID nos 16 municípios a risco epidémico do sul do País
- Implementar a PID em municípios da zona hiperendémica

Componentes operacionais e intervenções

- Quantificação e Aquisição, distribuição e disponibilidade dos materiais e consumíveis (insecticidas, pulverizadores, luvas, material de protecção, etc.) para implementação da PID.
- Recrutamentos e Capacitação dos mobilizadores e pulverizadores
- Reconhecimento geográfico e mapeamento das áreas a pulverizar e identificar as estruturas a pulverizar
- Estudo entomológico de base para conhecer o comportamento do vector, ver se são endofílico e endofagíco alguns dados e índices de base e Estudo de sensibilidade dos vectores para a selecção de insecticidas
- Monitoria da implementação da PID e de seu impacto na população

Estratégia nº3: Gestão dos criadouros de larvas para o controlo da malária

Componentes Operacionais e Intervenções

- **Elaboração dum Guião com as orientações nacionais para gestão dos criadouros**
 - As directrizes nacionais para gestão dos criadouros serão desenvolvidas tendo em conta as recomendações da OMS para guiar a implementação ao nível dos municípios.
- **Capacitação do Pessoal sobre a gestão dos criadouros de larvas**
 - Reforço da capacidade do grupo de peritos de Gestão dos criadouros para desenvolver as funções de supervisão e orientação técnica.
 - Treinamento do Pessoal de campo na identificação dos criadouros, aplicação de biolarvicidas.
 - Gestão ambiental: modificação física do meio ambiente.
- **Identificação e mapeamento dos criadouros de vector da malária**
 - As comunidades locais serão treinadas e engajadas para identificar e tratar criadouros do vector de malária.

- **Seleção de Inseticida:**

Quantificação e aquisição dos insumos (produtos biológicos como os biolarvicidas (Bactivec® e Griselesf® etc)

Seleção de larvicidas basear-se-á no status de susceptibilidade do vector local, residualidade (permanência no meio aquático), segurança ambiental bem como a relação custo-eficácia.

- **Uso de larvicidas:** O uso de larvicidas será realizada em todo o país em áreas específicas onde há poucos criadouros temporais e fixos como recomendado pela OMS e guiada por evidências, será realizado como um pacote integrado de intervenção

- **Gestão ambiental:** as actividades de gestão ambiental deverão incidir sobre a eliminação de criadouros de larvas através das seguintes actividades:

entulhar os criadouros identificados, construir e fazer manutenção da rede de drenagem em colaboração com as agências do Governo e Parceiros.

Estratégia nº4: Tratamento Intermitente e Presuntivo (TIP) com SulfadoxinaPirimetamina (SP)

Assegurar a prevenção da malária em todas as mulheres grávidas através do TIP com SP durante a CPN focalizada (vacinação contra o tétano, prevenção de anemia com ferro, Ácido fólico, prevenção de avitaminoses com Vitaminas, a prevenção da transmissão de VIH da mãe para o filho, promoção do MTILD, etc.). Em linha com orientação da OMS (OMS, 2013), uma dose de SP-TIP deverá ser dada em toda as visitas recomendada de cuidados pré-natais com intervalo de pelo menos um mês, depois do primeiro trimestre de gravidez. Isto equivale a três ou mais doses do SP.

Componentes Operacionais e Intervenções

- Adotar o "*Manual de Malária na Gravidez*" tendo em conta as recomendações da OMS. Fazer a sua difusão nas unidades sanitárias a todos os níveis da Pirâmide sanitária
- Capacitação do Pessoal de saúde a todos os níveis incluindo o nível comunitário
- Motivação do pessoal de saúde para registar e notificar de maneira permanente os casos de TIP realizados.
- Promoção a utilização dos serviços do CPN
- Quantificação, Aquisição, distribuição e gestão de stock de SP.

DOMINIO DE MANUSEIO DOS CASOS

Objectivo nº 2. Até o final de 2020, 100 % de casos suspeitos da malária que se apresentam nas unidades sanitárias e na comunidade devem ser testados antes de ser tratados

Estratégia nº 1: Reforço do Diagnostico Laboratorial com TDR e Microscopia de todos os casos suspeitos a todos os níveis da pirâmide sanitária incluindo o nível comunitário

Componentes operacionais e intervenções:

- Actualização e implementação das políticas e orientações para confirmação parasitológico da malária.
- Quantificação, Aquisição, distribuição e gestão de stock de TDR e reagentes de microscópio.
- Capacitação do pessoal das unidades sanitárias e do nível comunitário para confirmação parasitológica da malária.
- Disseminação das normas e indicações para uso correcto dos testes rápidos segundo as orientações da OMS.
- Expansão da cobertura do diagnóstico laboratorial através da disponibilização de TDR e da microscopia para confirmação parasitológica da malária ao nível das unidades sanitárias e da comunidade
- Reforço do sistema de garantia de qualidade e de controlo de qualidade de serviços e processos de diagnóstico de malária
- Criar a demanda para a utilização dos serviços de confirmação parasitológico da malária
- Realizar pesquisa operacional na confirmação parasitológico da malária realizados pelos serviços de laboratório

Objectivos nº3. Até o final de 2020, 100% dos casos de malária confirmados a todos níveis da pirâmide sanitária e na comunidade, devem ser tratados conforme à política nacional

Estratégias nº1:

Reforço do Tratamento de todos os casos confirmados por TDR e ou Microscopia a todos os níveis da Pirâmide sanitária incluindo o nível comunitário segundo as normas da política nacional em vigor.

Componente operacional e Intervenção

- Quantificação, Aquisição, distribuição e gestão de produtos medicamentosos e consumíveis para tratamento da malária simples e grave
- Actualização do Manual de Diagnostico e tratamento da malária
- Reforço da capacidade técnica dos profissionais das unidades sanitárias e dos agentes comunitários sobre as normas de diagnóstico e tratamento da Malária simples, grave e malária na gravidez;
- Expansão da implementação da nova política de tratamento a todos os níveis
- Tratar casos de malária simples e grave de acordo com a política nacional de tratamento da malária
- Reforçar a estratégia do tratamentodirectamente observado (DOT) do TIPna grávida
- Reforçar nos sítios sentinelas a vigilância da eficácia dos antimaláricos realizando estudo de eficácia terapêutica
- Reforçar a funcionalidade do sistema de fármaco-vigilância
- Implementação de gestão dos casos de malaria a nível comunitário como um componente de manejo de casos integrado das doenças prioritárias tais como Malária, Infecções respiratórias agudas e doenças diarreicas agudas (AIDI/iCCM)
- Garantir a informação, educação e comunicação (IEC) das comunidades, sensibilizando a população para que reconheça os sinais e sintomas da malária, acorra atempadamente aos locais adequados para o tratamento e siga as indicações apropriadas para o efeito
- Mobilização dos recursos financeiros adicionais para aquisição e distribuição dos CTA e respectivos instrumentos para a sua gestão racional;
- Negociar o co-financiamento com instituições de formação médica/paramédica e com parceiros, para treinamento, disseminação de políticas, normas técnicas e manuais;

DOMINIO DE IEC / Comunicação para mudança de comportamento /MOB.SOC.

Objectivo nº 4: Até o final de 2020, garantir que a população de Angola utilize pelo menos 80% das intervenções de controlo da malária

Estratégia nº1: Promoção da saúde

A estratégia de Promoção Sanitária, desenvolvimento da Capacidade Comunitária e Advocaciapropõe o desenvolvimento das capacidades das comunidades para um maior envolvimento, apropriação e responsabilização das mesmas através de uma acção

informativa, sensibilizadora e educativa pró-activa, que visa a mudança de comportamentos.

Componentes Operacionais e Intervenções

- Actualização e implementação da Estratégia Nacional de IEC/CMC e Mobilização Social referente a Malária.
- Elaboração e reprodução de materiais e mensagens de IEC sobre a prevenção, tratamento de casos simples de malária a domicílio, tratamento preventivo intermitente , uso de mosquiteiros .
- Reforço da produção de materiais em línguas locais;
- Formação de formadores sobre as técnicas de IEC e mobilização social .
- Dotar os municípios com material de IEC (cartazes, folhetos, álbum seriado e mensagens radiofónicas) sobre a malária em geral;
- Promoção de campanhas comunitárias de IEC com envolvimento das próprias comunidades;
- Realização da mobilização social durante as campanhas da PID, MTILD e aplicação de biolarvicidas
- Reforço e mobilização de parcerias com os líderes comunitários, autoridades tradicionais, activistas, promotores de desenvolvimento comunitário;
- Reforço da capacidade dos parceiros de implementação (Igrejas,ONGs, Associações e Organizações Comunitárias) de modo a servirem de facilitadores do IEC com base comunitária;
- Integração de mensagens de prevenção e controlo da malária nos meios de difusão massiva (Mídias) , e nos conteúdos escolares e de formação a nível do país;
- Coordenação e promoção da realização de estudos sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP) sobre prevenção e tratamento, através do Gabinete de Promoção da Saúde;

Monitoria e avaliação do impacto das mensagens e dos seus veículos

- Comemorar pelo menos dois eventos sobre malária por ano
- Reforço da gestão de dados relativa as actividades de IEC/CMC a todos os níveis
- Advocacia junto do governo central para a instalação de rádios ou programas comunitários sobre prevenção e controlo da malária;

Objectivo nº5: Até 2020, reforçar o sistema de vigilância epidemiológica, monitoria e avaliação e pesquisa operacional

Estratégia nº1:

Fortalecimento do funcionamento do sistema de Vigilância epidemiológico e de Monitoria & Avaliação

Assegurar a funcionalidade do sistema através de :

- Integração no sistema de vigilância de rotina das doenças transmissíveis;
- Reforço do sistema de vigilância semanal nas áreas de risco epidémico;
- Reforço dos sítios sentinelas - *Luanda (2), Huambo, Benguela, Bié, Cabinda, Uíge, Huíla, Malange, Kwanza Norte e Zaire* para a vigilância da eficácia terapêutica dos anti maláricos, e do impacto das acções do programa;
- Uso das informações de rotina, dos resultados de inquéritos e pesquisas operacionais para a planificação e definição de políticas com base em evidências

Componentes Operacionais e Intervenções

Para os próximos cinco anos, a implementação das estratégias de vigilância, Monitoria & Avaliação e pesquisa incluirão:

- Actualização do guião e de outras ferramentas de vigilância epidemiológica e de Monitoria e Avaliação
- Fortalecimento do sistema de gestão de dados a todos níveis (recolha, análise e difusão)
- Melhoria da utilização da informação disponível para planificação e tomada de decisões a todos níveis
- Formar os OPPM e SPPM e Implementar a base de dados “GMP” da OMS;
- Formação em serviço do pessoal técnico sobre o processamento de dados;
- Reforço de funcionamento do sistema de fármaco-vigilância no país
- Dotar os sítios sentinela de fármaco-vigilância de meios para o seu funcionamento;
- Dotar os sítios sentinela com recursos humanos, equipamentos e softwares
- Realização dos inquéritos (MIS; MICS; DHS; das avaliações nas Unidades Sanitárias e Avaliação rápida do Impacto;
- Estudo de sensibilidade dos vectores aos insecticidas
- Realização de Avaliação a médio prazo (2017) e final do PEN (2020) com a finalidade da elaboração de um novo plano estratégico 2020-2025

- Identificar as prioridades em pesquisa operacional e usar a informação obtida no processo de planificação e gestão do programa;
- Mapeamento dos vectores
- Estratificação epidemiológica da malária
- Advocacia para a criação de um Centro de Pesquisa de Malária, em coordenação com o Instituto Nacional de Saúde Pública.
- Estabelecimento de sítios sentinela por estrato epidemiológico para o seguimento da bionomia do vector da malária e a dinâmica de transmissão
- Retro informação através do Boletim epidemiológico
- Dotar os municípios abrangidos pela PID de meios para a monitorização da qualidade da pulverização (bioensaio)

Estratégia nº2

Estabelecimento e Implementação do Sistema de Alerta e de Controlo das Epidemias (MEWS) da Malária

Componentes Operacionais e Intervenções

- Actualizar as áreas de risco de epidemias de malária (mapeamento, estratificação, população em risco, factores de risco);
- Monitorização dos factores de risco: identificar os indicadores/elementos relativos aos factores de risco;
- Reforçar a vigilância epidemiológica semanal
- Controlo de qualidade do diagnóstico laboratorial.

DOMINIO DE GESTÃO E COORDENAÇÃO

Objectivo nº 6: Até 2020, reforçar as capacidades institucionais, técnicas e de gestão do PNLP a todos os níveis, para implementar as actividades ligadas ao programa de controlo da malária;

- a. Até o final de 2020, que 100% das Províncias e Municípios tenham um mecanismo funcional de coordenação e gestão das acções de prevenção e controlo da malária
- b. Até o final de 2020, 100% de municípios elegíveis das Provincias do Sul do País (Cunene, Huambo, Huíla, , KuandoKubango e Namibe) estejam na fase da pré eliminação da malária

Estratégias:

1. Coordenação das actividades de controlo da malária a todos níveis da pirâmide sanitária;
2. Reforço da Capacitação de quadros a todos os níveis;
3. Elaboração, revisão e/ou adaptação das normas de administração e gestão do PNCM, nas suas diferentes componentes;
4. Reforço e mobilização de parcerias e de recursos humanos, logísticos e financeiros adicionais, a nível nacional, provincial, municipal e internacional assim como a sua coordenação
5. Organização do sector comunitário para o envolvimento dos Agentes Comunitários de saúde na gestão de manejo de casos (incluindo diagnóstico com testes rápidos e tratamento do paludismo simples).
6. Reforçar a coordenação de actividades do Programa através de reuniões a nível Nacional , Provincial e Municipal
7. Reforçar os núcleos provinciais do Fórum de Parceiros e criar novos núcleos em outras provinciais

Intervenções e componentes operacionais:

- Planificação, monitorização e avaliação, e supervisão dos técnicos de saúde;
- Reforço institucional e desenvolvimento da estrutura e mecanismos de gestão do PNCM a todos os níveis;
- Adequação da estrutura de administração e gestão do PNCM de acordo ao estrato epidemiológico,
- Melhorar a comunicação do nível central (telefones e internet)
- Operacionalização e reforço das Comissões Técnicas Nacional, Provinciais e Municipais de Prevenção e Controlo da Malária;
- Institucionalização dos OPPMs de malária a nível nacional e provincial, sua valorização e advocacia para a sua sustentabilidade;
- Institucionalização e pleno funcionamento do Fórum de Parceiros;
- Informatização e criação de bases de dados a todos os níveis do PNCM;
- Reforço dos técnicos encarregues das estatísticas do programa em todos os níveis.
- Elaboração de normas e instrumentos de coordenação das actividades de prevenção e controlo da malária;
- Actualização e aprovação do Estatuto Orgânico do PNCM

VI. SISTEMA DE MONITORIA E AVALIAÇÃO

O Sistema de Monitoria e Avaliação constitui a principal função na gestão do Programa da Malária, permitindo assim monitorização e avaliação em tempo real da implementação do Plano Estratégico Nacional e a comunicação do impacto do Programa através dum mecanismo integrado de recolha, tratamento de dados e difusão da informação resultante.

Este sistema é essencial não só para apreciar os Progressos realizados em função dos objectivos definidos e dos Resultados obtidos mas também para providenciar aos Gestores e Parceiros de luta contra a malária informações pertinentes para tomada de decisões consequentes.

6.1 Quadro de Desempenho

O em baixo Quadro de Desempenho foi concebido no sentido de permitir o seguimento dos resultados obtidos (indicadores de Resultados e de impacto) em função dos objectivos fixados.

6.2. Monitoria dos Progressos e Medição do Impacto

O Seguimento dos progressos far-se-á através da recolha de dados de rotina e Encontros periódicos de avaliação a todos níveis (Central, Provincial e Municipal). Haverá auditoria

periódica da qualidade de dados "*On site data verification -OSDV*" e missões de supervisões formativas a todos níveis conforme às normas e processos definidos.

O sistema de M&A está assegurado conjuntamente pela a Secção de Vigilância Epidemiologica da Direcção Nacional da Saúde Pública , pelo Serviço de Monitoria e Avaliação do PNCM e Responsáveis do Programa ao nível municipal e provincial

Ao nível central , uma revisão anual permitirá a validação de dados e avaliação interna dos progressos realizados na luta contra a malária

Os inquéritos periódicos de avaliação do nível dos indicadores da malária (MIS) e os inquéritos nacionais nas comunidades (IDS e MICS) permitiram de documentar os progressos realizados na luta contra a malária no país.

Tendo o objectivo de trabalhar com os dados de qualidade , que servirão na tomada de decisões, far-se-á periodicamente investigações sobre os óbitos por malária notificados afim de reter somente aqueles cujo diagnóstico foi confirmado biologicamente (Microscopia ou TDR)

As supervisões formativas serão realizadas a todos níveis inferiores com a seguintes periodicidade:

- Nível central para o nivel Provincial: Semestral

- Nível Provincial para o nível Municipal: Trimestral
- Nível Municipal para Unidade sanitária: Mensal

VII. Gestão do Programa

O PNCM desenvolve as normas e políticas para prevenção e gestão de casos de malária, integrados no pacote de serviços essenciais de saúde de acordo o nível de cada unidade sanitária. O PNCM interage com outros Programas Nacionais tais como: Saúde Reprodutiva; Instituto Nacional de Luta contra Sida; Promoção da Saúde, para integração e harmonização dos aspectos relacionados com os distintos programas.

7.1 Recursos Humanos do PNCM

Nível Nacional

A este nível o PNCM têm diferentes áreas técnicas nomeadamente: Coordenação, Administração, Diagnóstico Laboratorial, Malária na gravidez, Controlo integrado do vector, Epidemiologia, Monitoria e Avaliação e vigilância epidemiológica e IEC.

Por outro lado, o PNCM conta também a este nível com órgãos de apoio que é o FNP contra a malária que congrega (parceiros bilaterais, multi laterais, sector público e privado e ONGs) e a Rede de Jornalistas.

Em termo de Recursos Humanos a equipa central do PNCM é composta por 15 elementos conforme descrito na tabela 12.

Tabela 12. Equipa actual do pessoal necessário para execução do PEN:

Existente	Actual	MINSa	Observações
Coordenador	1	X	
Entomologista	1	X	
Epidemiologista	1	X	
Parasitologista	1	X	
Técnico LAV	3	X	
Clinico	3 *	X	
Técnicos de TIP	1	X	Equipa integrada com outros sectores do MINSa.
Responsável de TIP	1	x	
Responsável de	1	X	Equipa integrada com outros

IEC				sectores do MINSA.
Responsável de M&A		1		
Logístico		1	X	
Administração & Finanças		1	X	
Assessor Técnico		1		

Nível Provincial

A este nível o PNCM conta com a Comissão Técnica Provincial:

Existente	Actual	MINSA	FG	Observações
Director Provincial	1	X		
Chefe de Depart SP	1	X		
Supervisor Provincial	1	X		
Equipa Cubana		X		

N.B: A nível de cada província o PNCM impulsionará um trabalho coordenado com os outros programas (SSR, Promoção da Saúde, VIH).

Além da comissão a cima referenciada, existe a este nível o Programa Provincial de controlo da Malária que é a estrutura responsável pela implementação e gestão das actividades da malária na província. O seu responsável é o supervisor provincial.

Nível Municipal

Existente	Actual	Ideal	MINSA
Director Municipal da Saude	1	1	X
Chefe de Saude Publica	1	1	X
Supervisor Municipal da malária	1	1	X
Equipa Cubana			X
ADECOS – Agentes de Promoção de Desenvolvimento Comunitário e Sanitário.		1080	MAT

O sistema de saúde ao nível municipal engloba serviços de diferentes actores, envolvidos na prestação de cuidados, tais como a promoção de saúde, a prevenção de doença, o tratamento e a reabilitação, cujo objectivo de melhorar o estado da saúde da população.

Uma das prioridades incide no aumento de acesso aos serviços de saúde, particularmente aos mais vulneráveis e desfavorecidos através da rede primária de atenção com capacidade resolutive, incluindo a intervenção de equipas móveis e avançadas em áreas de difícil acesso.

O agente comunitário, constitui o elo de ligação entre as unidades sanitárias e a comunidade. Neste contexto é necessário iniciar implementação da política dos ADECOS, com vista a estabelecer o seu enquadramento e promover a sua formação.

Obs: interligação com os serviços de revitalização e a implementação do sistema de informação, monitorização dos indicadores e vigilância epidemiológica incluindo a busca activa na comunidade.

7.2 Planificação e implementação

O Programa Nacional de Controlo da Malária elabora de cinco em cinco anos um plano estratégico e um plano de monitoria e avaliação. Anualmente há um encontro nacional de planificação e avaliação, o que permitirá retirar informação para elaboração do plano anual. Assim, anualmente após este encontro são feitos planos operacionais para implementação. De cada três em três anos há uma avaliação a meio termo e as lacunas identificadas são melhoradas nos anos seguintes.

Final de cada ano estratégico é feito uma revisão do plano estratégico. A última foi realizada em 2012 da qual surgiu um documento de recomendações.

O seguimento do plano anual é feito mediante 2 reuniões semestrais em que são convidados todas as províncias.

Nos últimos anos o PCNM tem desenvolvido diversos estudos epidemiológicos (ex: estudo para diagnóstico diferencial de doenças febris realizado no Huambo) os resultados destes estudos são usados e disseminados para adaptar o programa ao contexto envolvente.

O PNCM estabelece uma coordenação permanente com as instituições formadoras dos recursos humanos para realizar uma actualização dos currículos e conteúdos nas matérias relacionadas com os componentes do Programa da Malária.

O PNCM também conta com a participação do sector privado na execução do PEN. Nos 3 últimos anos o PNCM desenvolveu uma experiência piloto com clínicas e farmácias privadas a mesma, que tem mostrado sucesso e que são importantes para aumentar o acesso aos serviços.

7.3 COORDINAÇÃO DOS PARCEIROS/ESTRUTURA E PAPEL DOS PARCEIROS

O mecanismo de coordenação a nível nacional é assegurado através de encontros mensais do ICC comunitário, Encontros ordinários e extraordinários do MCN Angola e através de encontros bimensais do Fórum Nacional de Parceiros contra Malária. Por outro lado, o PCNM criou a Rede de Jornalistas como órgão de suporte das acções de coordenação, divulgação e visibilidade do Programa.

7.3.1 Parcerias a nível Nacional

Em Angola existe desde do Ano 2007 o FNP contra a Malária, que congrega todos parceiros, ONGs (nacionais e Internacionais) assim como instituições do sector público e privado que continuarão a apoiar na capitalização de todos esforços do PNCM na planificação e execução das actividades do PEN/Malária 2015-2020. O Fórum Nacional de Parceiros contra Malaria enquanto órgão colegial que funciona de acordo com as directrizes da Política Nacional do Programa Nacional de Controlo da Malária é gerido por uma Presidência rotativa eleita cada dois anos. Actualmente o FNPM conta com 100 membros, que a maior parte são implementadores na área de prevenção (ver mapa parceiros e áreas de implementação em anexo).

A Estrutura Do Fnpm Inclui:

- 1 Presidente e 2 Vice Presidentes
- Secretariado Executivo composto: PNCM, OMS, UNICEF, FAA, ADPP, FORÇA SAUDE, CHEVRON, EXXON MOBIL, USAID- PMI, GOLBAL FUND, SONANGOL, AFRICARE. BANCO MUNDIAL.
- Parceiros de implementação: Força Saúde, World Learning, PSI, AFDER, ADPP, ACJ, Antex e outros conforme lista em anexo.

- Sector Privado: SONAMET, ESSO Angola, Chevron, BFA, BIC Farmácias, e outros na lista em anexo.
- Organizações Bilaterais, Multilaterais: OMS, USAID, Global FUND, JICA, USAID, Banco Mundial, UNICEF, Embaixada da China, Cuba

Adicionalmente o PNCM conta com a colaboração institucional de assessores ligados a instituições de apoio e assistência técnica e financeira; nomeadamente: UNICEF, OMS, Iniciativa Presidencial Americana para Malária (PMI), Fundo Global (FG) e Antex, nas diferentes áreas técnicas (Manuseamento e Gestão de casos, Laboratório, Logística, Financeira e Luta- antivectorial. Todos estes parceiros trabalham sob coordenação do Programa na planificação e implementação das actividades do PEN/Malária de forma a evitar a duplicação das acções, para assegurar assim a utilização mais eficaz e rentável de todos os recursos necessários e disponíveis na luta contra a Malária no País.

7.3.2 Parcerias a nível Municipal

O nível municipal é onde são materializadas a execução de todas actividades controlo da Malária, planificadas quer pelo sector público como parceiros.

7.3.3. Parcerias a nível Comunitário

A comunidade desempenha um papel muito importante nas acções de controlo da doença, tais como a educação comunitária a partir dos líderes comunitários (sobas, pastores etc.), na implementação de acções específicas (agentes comunitários de saúde).

7.4 Aquisição e Gestão de meios para controlo da malária

A aquisição e gestão dos meios e serviços com financiamento interno são feitos através dos órgãos do MINSA (CECOMA e GEPE). Relativamente aos financiamentos dos Doadores as aquisições de meios e serviços são feitas normalmente por próprias entidades, enquanto que a sua gestão é da responsabilidade do MINSA de acordo com o nível de execução das respectivas actividades.

Os órgãos com a gestão é feita directamente e o recurso for o financiamento externo, poder-se-á recorrer as instituições que já tem um sistema logístico estabelecido a nível internacional para os principais produtos de apoio ao PNCM para implementação do seu plano estratégico. Os serviços operacionais como formação, supervisão, IEC, monitoria e avaliação e coordenação serão da responsabilidade do PNCM que poderá recorrer aos serviços de terceiros por meio de memorandos de entendimento e ou subcontratação. Os parceiros poderão estabelecer os seus mecanismos de aquisição e serviços desde que cumpram com as normas e directrizes do PNCM e do País e tendo em conta as boas práticas nacionais e internacionais para o efeito.

7.5 Gestão Financeira e contabilística

Com a implementação dos vários projectos e planos estratégicos nos últimos anos para controlo da malária, financiados tanto pelo Governo, como pelos parceiros, como (Fundo Global, PMI, Banco Mundial e outros), o Programa Nacional de Controlo da Malária utiliza o sistema de gestão financeiro e contabilístico estabelecido pelo Ministério das Finanças de Angola para o Fundos públicos. Em relação aos financiamentos provenientes de Doadores (internos e externos), são geridos de acordo as regras dos respectivos financiadores.

7.6 Gestão de Risco financeiro

Sendo que o PNCM gere fundos do Governo e de Doadores externos, é necessário reforçar os sistemas de controlo internos existentes e criar os que foram necessários de forma a assegurar a transparência no manejo destes recursos económicos. A nível institucional estão estabelecidas as regras e procedimentos para gestão de fundos provenientes do OGE e controlo interno do Tribunal de Contas, que fiscaliza todas as instituições do governo. No entanto, considera-se necessário ter em conta as seguintes actividades:

- Fazer um diagnóstico da área financeira e desenvolver políticas para melhorar as fraquezas identificadas.
- Separar as contas bancarias para recepção e gestão financeira.
- Estabelecer níveis e limites de aprovação.
- Criar sistema de auditoria interna com o pessoal externo
- Auditoria Externa Anual.

7.7 Gestão de riscos operacionais

Na operacionalização do presente Plano Estratégico é necessário considerar prováveis riscos operacionais que podem comprometer a implementação. Os principais factores de riscos identificados são:

- Insuficiência dos Recursos Humanos em quantidade e qualidade a todos níveis.
- Fraca capacidade do pessoal encarregado do uso das ferramentas de recolha dos dados e elaboração de relatórios, principalmente a nível das Unidades de Sanitárias.
- Aquisições adequadas dos testes e medicamentos e a gestão do stock
- Existência de mercados paralelos de medicamentos anti-maláricos e meios de diagnóstico
- Fraco investimento na área de Monitoria e Avaliação (Formação, Supervisão, Equipamento e Material).

Falta de cumprimento com as normas, os procedimentos estandardizados e guiões nacionais para a recolha dos dados.

Os principais factores de riscos podem ser corrigidos com as principais acções/actividades contepladas no plano de desempenho (Performance Framework):

- Implementação do plano de formação na area de Monitoria e Avaliação a todos níveis.
- Disponibilidade das ferramentas de recolha dos dados a todos níveis. Reforço da supervisão na área de Monitoria e Avaliação.

Na área de aquisições, os factores de riscos identificados são ligados as roturas de estoques dos medicamentos e de todos outros produtos médicos, incluindo os produtos de luta anti-vectorial. Isto implica necessariamente a existência de um bom plano de aquisição com uma definição clara de cada interveniente (PNCM, CECOMA e Parceiros). O actual PEN tem como anexo o plano de controlo de qualidade dos medicamentos e outros produtos médicos que tem de ser implementado. O controlo de qualidade obedece a política de desenvolvimento do sector farmacêutico de Angola que defina as normas de armazenamento e controlo de qualidade de todos medicamentos e outros produtos médicos.

VIII. ORÇAMENTO

8.1 RESUMO DO ORÇAMENTO DO PLANO ESTRATÉGICO POR INTERVENÇÃO

Ver anexo 5

8.2 RESUMO DO ORÇAMENTO DO PLANO ESTRATÉGICO / CUSTO POR CATEGORIA

Ver anexo 5

IX. Mobilização de Recursos

O financiamento do Programa Nacional de Controlo da Malária é assegurado pelo OGE, pelos parceiros bilaterais e multilaterais (PMI,JICA, FG,BM,WHO,UNICEF) assim como pelo sector privado (algumas empresas petrolifeiras : ExxonMobil,Chevron).

O Orçamento e Análise Gap Aencontra-se no anexo 5.

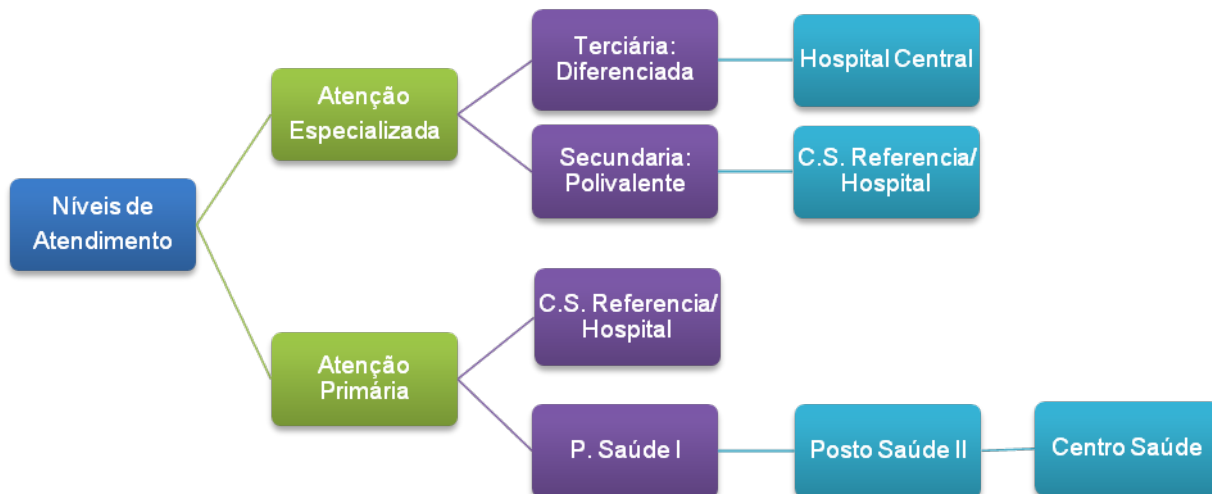
X. ANEXOS

Anexo 1. Referências bibliográficas

- Centro de Processamento de Dados Epidemiológicos de Angola 2012: Boletim epidemiológico 2012, Luanda.
- Boccolini D, Carrara GD, Dia Ibrahima, Fortes F, Cani Pedro, Costantini C, (2005), Chromosomal differentiation of *Anopheles Funestus* from Luanda and Huambo Provinces, Western and Central Angola, *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 73(6), 2005, pp. 1071–1076.
- Calzetta M, Santolamazza F, Carrara , Pedro J. Cani, Fortes F, Deco MA, Torre AD, and Petrarca V. Distribuição e Caracterização Cromossómica do Complexo do *Anopheles gambiae* em Angola (*Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 78(1), 2008, pp. 169–175).
- Cuambai N, Shik K, Townson H, Malaria vectors in Angola: distribution of species and molecular forms of the *Anopheles gambiae* complex, their pyrethroid insecticide knockdown resistance (kdr) status and *Plasmodium falciparum* sporozoite rates, *Malaria Journal* 2006, 5:2 doi:10.1186/1475-2875-5-2.
- Cosep Consultoria, Consaúde, and ICF International. 2011. *Angola Malaria Indicator Survey 2011*. Calverton, Maryland: Cosep Consultoria, Consaúde, and ICF International
- *Estratégia De Desenvolvimento De Longo-Prazo (2004) – Angola 2025 – Um País de Futuro* – Ministério do Planeamento.
- F Fortes, Dímbu, R, Ferreira, C. Carolina et al. 2007. *Estudo do parasita da malária em angola em assintomaticos, por técnicas comparativas de microscopia óptica e biologia molecular PCR*.
- Fortes F, Dimbu R, Figueiredo P, Neto Z, Rosario V, Lopes D. 2011, *Evaluation of prevalence's of pfdhfr and pfdhps mutations in Angola; Malaria Journal* 2011, 10:22.
- Gama et al.: *Molecular markers of antifolate resistance in Plasmodium falciparum isolates from Luanda, Angola*. *Malaria Journal* 2011 10:248.
- Guthmann JP, Cohuet S, Rigutto C, Fortes F, Saraiva N, Kiguli J, Kyomuhendo J, Francis M, Noel F, Mulemba M, Balkan S: High efficacy of two artemisinin-based combinations (artesunate + amodiaquine and artemether + lumefantrine) in Caala, Central Angola. *Am J Trop Med Hyg* 2006a
- Guthmann JP, Ampuero J, Fortes F, Overmeir Cv, Gaboulaud v, Tobback S, Dunand J, Saraiva N, 2006, *Antimalarial efficacy of chloroquine, amodiaquine, sulfadoxine-pyrimethamine, and the combinations of amodiaquine + artesunate and sulfadoxine-pyrimethamine + artesunate in Huambo and Bie provinces, central Angola*. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 75(1), 2006b

- INE-Instituto Nacional de Estatística de Angola (2008-2009); Inquérito Integrado sobre o Bem-estar da população (IBEP), 2008-09. Luanda Relatório Analítico - Vol. I: INE Ministério do Planeamento.- Angola, 2010
- Pinto J., Fortes F., J. Cani, Rosário V., Charlwood j., Sousa C., Kanganje Y, 2007, Estudo de Resistência a Insecticidas em Vectores de Malária em Angola, (Publicação em curso).
- Política Nacional de Saúde de Angola, 2010. Min Saúde Angola,
- *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário “Angola 2012 – 2025”*(2014);. Ministério da Saúde de Angola.
- PNUD 2013; Relatório de Desenvolvimento Humano de 2013 A Ascensão do Sul: o Progresso Humano num Mundo Diversificado; Disponível online:file:///C:/Users/joana/Documents/Eye%20Kutoloka%20Project/10.%20Literature/PNUD/HDR2013%20Report%20Portuguese.pdf
- Toto J.C. et al 2010, Preliminary evaluation of the insecticide susceptibility in *Anopheles gambiae* and *Culexquinquefasciatus* from Lobito (Angola), using WHO standard assay, *Entomologiemédicale*, Article 3665, reçu le 20 août 2010.

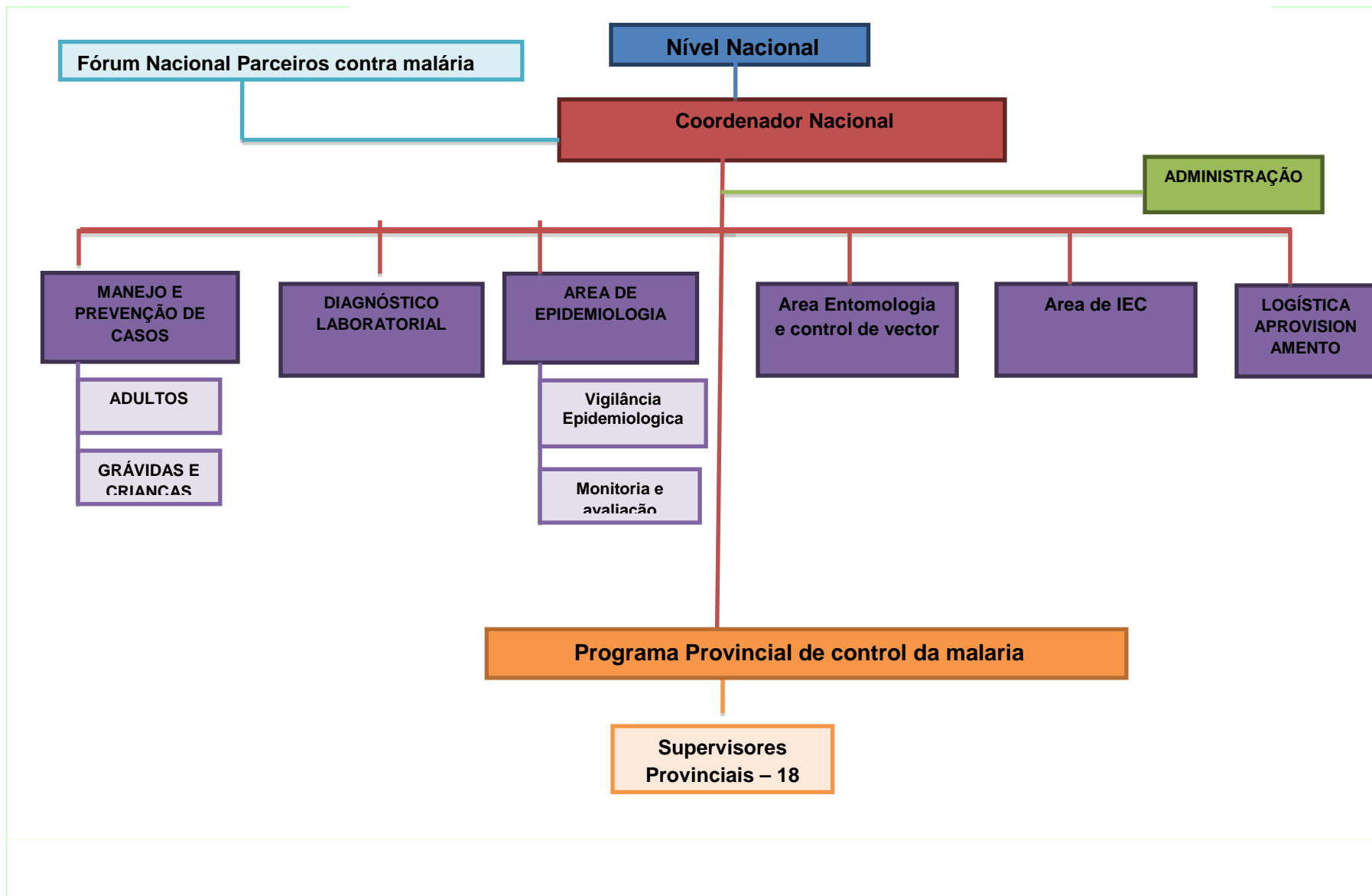
Anexo 2: Organigrama dos Níveis de Prestação dos Serviços de Saúde



Plano Estratégico Nacional de Controlo da Malária em Angola 2016-2020

Anexo 3. Organigrama PNCM

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA MALÁRIA (PNCM)



Plano Estratégico Nacional de Controlo da Malária em Angola 2016-2020

Anexo 4. Mapeamento completo dos parceiros (www.malaria-angola.com)

MAPA INDICATIVO DOS PARCEIROS DO FORUM NACIONAL CONTRA MALÁRIA			
PROVINCIA	PARCEIROS	CATEGORIA	ÁREA DE INTERVENÇÃO
LUANDA	PNCM	Governo	Coordenação das actividades da Malária
	OMS	UN	Apoio Técnico, guidelines
	USAID/PMI	Doador	Apoio financeiro e técnico,
	Fundo Global	Doador	Apoio financeiro,
	Unicef	UN	Aquisição de Mosquiteiros, Apoio técnico
	ExxonMobil/ ESSSO	Sector Privado	Apoio financeiro para Malária na comunidade, fornecimento de mosquiteiros.
	Antex/Labiofam	Sector Privado	Luta anti-vectorial selectiva
	CHEVRON	Sector Privado	BCC/IEC no local de trabalho
	MSH	ONG	Apoio técnico na área da logistica e fortalecimento do sistema de saúde.
	Força Saúde	ONG	Treinamento em Diagnostico e Tratamento e Supervisão, e Apoio técnico para planificação e orçamentação.
	CICCI	Sector Privado	Fornecimento de ACTs e MTILD, RDTs
	Core Grupo	ONG	Prevenção
World Learning	ONG	Apoio técnico, Gestão técnica e financeira, capacitação em diagnóstico e tratamento, supervisão, fortalecimento SIS	
HUAMBO	FORÇA SAUDE	ONG	Apoio Técnico para Escola de Formação de Técnicos de Saúde.
	MENTOR	ONG	Capacitação em diagnóstico e tratamento, supervisão, fortalecimento SIS, IEC
	MSH	ONG	Apoio técnico na área da logistica e fortalecimento do sistema de saúde.
	WORLD VISION	ONG	Capacitação em diagnóstico e tratamento, supervisão, fortalecimento SIS, IEC
	AMOSMID	ONG	BCC & IEC
	ABT	ONG	Assistência técnica e Pulverização Intra Domiciliar
UIGE	Antex/Labiofam	Sector Privado	Luta anti-vectorial selectiva
	MENTOR INITIATIVE	ONG	Capacitação em diagnóstico e tratamento, supervisão, fortalecimento SIS, IEC

Plano Estratégico Nacional de Controlo da Malária em Angola 2016-2020

	ERD	Igreja	Distribuição de mosquiteiros e BCC/IEC
	Africare	ONG	Distribuição de mosquiteiros
	Antex/Labiofam	Sector Privado	Luta anti-vectorial selectiva
	ESSO	Sector Privado	Fornecimento e distribuição de Mosquiteiros
BIE	Unicef	UN	Fornecimento e distribuição de Mosquiteiros
	MSH	ONG	Apoio técnico na área da logística e fortalecimento do sistema de saúde.
	Antex	Sector Privado	Luta Anti Larvar
Zaire	ADPP	ONG	Distribuição de mosquiteiros e BCC/IEC
	MENTOR	ONG	Capacitação em diagnóstico e tratamento, supervisão, fortalecimento SIS, IEC
Malange	Antex/Labiofam	Sector Privado	Luta anti-vectorial selectiva
	CONSAUDE	Sector Privado	Capacitação em diagnóstico e tratamento, supervisão, fortalecimento SIS, IEC
BENGUELA	Antex/Labiofam	Sector Privado	Luta anti-vectorial selectiva
	ADPP	ONG	Distribuição de mosquiteiros e BCC/IEC
	OHI	ONG	Distribuição de mosquiteiros e BCC/IEC
	CRB	ONG	Distribuição de mosquiteiros e BCC/IEC
	CRS	ONG	Capacitação em diagnóstico e tratamento, supervisão, fortalecimento SIS, IEC, Distribuição de mosquiteiros e BCC/IEC
	SONAMET	Sector Privado	Apoio financeiro para BCC/IEC na comunidade
KUANZA NORTE	Antex/Labiofam	Sector Privado	Luta anti-vectorial selectiva
	World Vision	ONG	Capacitação em diagnóstico e tratamento, supervisão, fortalecimento SIS, IEC
	CONSAUDE	Sector Privado	Treinamento e capacitação,
	ADPP	ONG	Distribuição de Mosquiteiros
HUILA	Antex/Labiofam	Sector Privado	Luta anti-vectorial selectiva
	PRAZEDOR	ONG	Capacitação em diagnóstico e tratamento, supervisão, fortalecimento SIS, IEC
	MSH/SIAPS	ONG	Aprovisionamento e logística
CABINDA	Antex/Labiofam	Sector Privado	Luta anti-vectorial selectiva
	CHEVRON	Sector Privado	Apoio financeiro
	CONSAUDE	Sector Privado	Treinamento e capacitação,
	CVA	ONG	Distribuição de Mosquiteiros
KUANZA SUL	Antex/Labiofam	Sector Privado	Luta anti-vectorial selectiva
	CONSAUDE	Sector Privado	Capacitação em diagnóstico e tratamento, supervisão, fortalecimento SIS, IEC
	CVA	ONG	BCC/IEC e distribuição de MTILD

Plano Estratégico Nacional de Controlo da Malária em Angola 2016-2020

	Antex	Sector Privado	Luta Anti Larvar
BENGO	AJD	ONG	BCC e distribuição de MTILD
	ADPP	ONG	Distribuição de Mosquiteiros
	Antex/Labiofam	Sector Privado	Luta anti-vectorial selectiva
LUNDA NORTE	CVA	ONG	Distribuição de Mosquiteiros
	CRS	Igreja	BCC/IEC
	Antex/Labiofam	Sector Privado	Luta anti-vectorial selectiva
LUNDA SUL	Antex/Labiofam	Sector Privado	Luta anti-vectorial selectiva
	ACJ	ONG	Distribuição de Mosquiteiros
	AFDER	ONG	Distribuição de Mosquiteiros
NAMIBE	Antex/Labiofam	Sector Privado	Luta anti-vectorial selectiva
	ADPP	ONG	Distribuição de Mosquiteiros
KUANDO KUBANGO	Antex/Labiofam	Sector Privado	Luta anti-vectorial selectiva
CUNENE	MSH	ONG	Apoio técnico na área da logística e fortalecimento do sistema de saúde.
	Antex/Labiofam	Sector Privado	Luta anti-vectorial selectiva

Plano Estratégico Nacional de Controlo da Malária em Angola 2016-2020

Anexo 5. Análise Gap Programática

	2016	2017	2018	2019	2020	Total	Comentários
Custo do Plano Estratégico Nacional	128284968	94007436	112194167	168932429	118904150	622323150	
Fontes de Financiamento corrente e planificadas A							
Orçamento Geral do Estado - OGE :A1	40 000 000*	42 000 000*	42 000 000*	42 000 000*	42 000 000*	208 000 000	*custo estimado
Empréstimos and Loans relief :A2							
Contribuição do Sector privado nacional A3							
Total Financiamento de Fontes Domesticas : A1 + A2 + A3							
PMI/ USAID/ CDC I	27 000 000	27 000 000	27 000 000*				*custo estimado
FUNDO GLOBAL	19 567 804	18 432 196				38 000 000	
EXXON MOBIL							
WB/ HAMSET							
JICA							
UNICEF							
WHO							
Cooperação Chinesa							

Plano Estratégico Nacional de Controlo da Malária em Angola 2016-2020

External sources of funding (C) - Non-GF							
External sources of funding (C) - GF							
Domestic + External Total resources available (B+C)							
Unmet need (A) - (B + C)							
Global Fund Round 7							
Global Fund Round 10							
% of Strategic Plan - GF							
Total all contributions NMCSF 2011-2015 (including GoA and R10)							
% of total NMCSF 2011-2015 covered by all donors							

Plano Estratégico Nacional de Controlo da Malária em Angola 2016-2020

Anexo 6. Tabela nº 11: QUADRO DE DESEMPENHO DO PLANO ESTRATÉGICO

ITEM	INDICADOR	LINHA DE BASE								FONTE	FREQUÊNCIA	RESPONSÁVEL
		Valor	Ano	Fonte	2016	2017	2018	2019	2020			
OBJECTIVO GERAL Reduzir em 60% a morbilidade e a mortalidade por malária no país até 2020 comparado à linha de base de 2014	Prevalência da parasitemia em crianças de 6-59 meses com infecção da malária (por microscopia)	10,1%	2011	MIS 2011	6,7%	N/A	5,4%	N/A	4,1 %	MIS	bianual	PNCM e parceiros
	Taxa de positividade da malária	43,8,%	2014	PNCM (Rotina)	35,0%	30,7%	26,3%	21,9%	17,5%	PNCM	Anual	PNCM e parceiros
	Casos de malária notificados (clínicos e confirmados)	3.180.021	2014	PNCM (Rotina)	2 544 017	2 226 015	1 908 013	1 590 011	1 272 008	PNCM	Anual	PNCM e parceiros
	Taxa de mortalidade proporcional da Malária (todas idades)	39%%	2013	PNCM (Rotina)	37,2%,1%	35,5%	32,9%	27,2%	25,6%	PNCM	Anual	PNCM e parceiros
	Taxa de letalidade intra hospitalar	2,4%	2014	PNCM (Rotina)	1,9%	1,7%	1,4%	1,2%	1,0%	PNCM	Anual	PNCM e parceiros
DOMINIO DE INTERVENÇÃO : PREVENÇÃO												
OBJECTIVOS ESPECIFICOS	INDICADORES DE RESULTADO											
Objectivo especifico 1.1 Até o final de 2020, que pelo menos 80% de agregados familiares possuam	% de agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro tratado com insecticida de longa duração	34,5%	2011	MIS 2011	45%	55%	%	75%	80%	MIS	Bianual	PNCM e parceiros

Plano Estratégico Nacional de Controlo da Malária em Angola 2016-2020

<p>pele menos um mosquito tratado com insecticida de longa duração.</p>												
<p>Objectivo especifica 1.2</p> <p>Até o final de 2020, que pelo menos 80% das Pessoas tenham dormido debaixo dum Mosquiteiro tratado com insecticida de longa duração na noite anterior</p>	<p>% de agregados familiares com pelo menos um mosquito tratado com insecticida de longa duração em cada 2 pessoas</p> <p>% de pessoas que dormiram debaixo de um mosquito tratado com insecticida de longa duração</p>	ND	NA	NA	45%	NA	60%	NA	80%	MIS	Bianual	PNCM e parceiros
		ND	NA	NA	6040%	NA	55%	NA	75%	MIS	bianual	PNCM e parceiros
<p>Objectivo especifico 1.3</p> <p>Até o final de 2020, que pelo menos 80% das crianças menores de cinco anos de idade tenham dormido debaixo dum Mosquiteiro tratado com insecticida de longa duração na noite anterior</p>	<p>% de Crianças menores de 5 anos que dormiram debaixo de um mosquito tratado com insecticida na noite anterior ao inquérito</p>	25,9%	2011	MIS 2011	40%	N/A	55%	N/A	75%	MIS	bianual	PNCM e parceiros
<p>Objectivo especifico 1.4</p> <p>Até o final de 2020, que pelo menos 80% das mulheres grávidas tenham dormido debaixo dum Mosquiteiro tratado com insecticida de longa duração na noite anterior;</p>	<p>% de mulheres grávidas que dormiram debaixo de um mosquito tratado com insecticida na noite anterior ao inquérito</p>	25,6%	2011	MIS 2011	40%	N/A	55%	N/A	75%	MIS	bianual	PNCM e parceiros

Plano Estratégico Nacional de Controlo da Malária em Angola 2016-2020

<p>Objectivo específico 1.5: Até o final de 2020, Que 80% das mulheres grávidas com acesso as consultas pré natais e elegíveis para o Tratamento Intermitente e Presuntivo (TIP), façam pelo menos três doses do TIP com SulfadoxinaPirimetamina (SP)</p>	<p>% de mulheres grávidas que fizeram pelo menos 3 doses de Tratamento Intermitente Preventivo durante a Consulta Pré Natal</p>	<p>18,0% (2 doses completas)</p>	<p>2011</p>	<p>MIS 2011</p>	<p>25%</p>	<p>N/A</p>	<p>40%</p>	<p>N/A</p>	<p>75%</p>	<p>MIS</p>	<p>Bianual</p>	<p>PNCM e parceiros</p>
<p>Objectivo específico 1.6: Até o final de 2020, que pelo menos 60% das áreas de risco em municípios de potencial epidémico sejam pulverizadas</p>	<p>% de áreas de risco pulverizadas em municípios de potencial epidémico</p>	<p>2,0%</p>	<p>2014</p>	<p>Relatório PID 2013 /Abt</p>	<p>5%</p>	<p>10%</p>	<p>30%</p>	<p>45%</p>	<p>60%</p>	<p>100%</p>	<p>anual</p>	<p>PNCM e parceiros</p>
<p>Objectivo específico 1.7: Até o final de 2020, que pelo menos 60% das pessoas que vivem em áreas de risco onde a pulverização residual intra domiciliar é implementado sejam</p>	<p>% de pessoas protegidas em áreas de risco onde a pulverização residual intradomiciliar foi implementada</p>	<p>2%</p>	<p>2014</p>	<p>Estimativa PNCM</p>	<p>5%</p>	<p>10%</p>	<p>30%</p>	<p>45%</p>	<p>60%</p>	<p>100%</p>	<p>anual</p>	<p>PNCM e parceiros</p>

Plano Estratégico Nacional de Controlo da Malária em Angola 2016-2020

protegidas												
Objectivo específico 1.8: Até o final de 2020, que pelo menos 90% dos municípios tenham cobertura do LAV	% de municípios com LAV	55%	2014	Projecto LAV	60%	65%	70%	75%	80%			
Objectivo específico 1.9: Até o final de 2020, que pelo menos 80% dos criadouros identificados nos municípios cobertos pelo LAV sejam adequadamente tratados.	% de criadouros tratados	60%	2014	Projecto LAV	60%	65%	70%		80%			
DOMINIO DE INTERVENÇÃO: MANEJO DE CASOS DE MALÁRIA												
Objectivo específico 2 Até o final de 2020, 100 % de casos suspeitos da malária que se apresentam nas unidades sanitárias e nas comunidades devem ser testados antes de ser tratados	% de casos suspeitos de malária testados com Testes rápidos e microscopia	85%	2014	PNCM (Rotina)	85%	87%	90%	90%	90%	95%	anual	PNCM e parceiros

Plano Estratégico Nacional de Controlo da Malária em Angola 2016-2020

<p>Objectivo específico 3 Até o final de 2020, Pelo menos 100% dos casos de malária confirmados, devem ser tratados conforme a orientações da política nacional a todos níveis da pirâmide sanitária incluindo a comunidade</p>	<p>% de casos simples de malária confirmados em pacientes de todas idades nas unidades sanitárias e na comunidade tratados conforme a orientações da política nacional</p>	88%	2014	PNCM (Rotina)	89%	90%	90%	95%	100%	100%	Anual	PNCM e parceiros
<p>DOMINIO DE INTERVENÇÃO: IEC/CMC/MOB.SOC.</p>												
<p>Objectivo específico 4 Até o final de 2020, que 80 % dos cuidadores de crianças conheçam a causa e sintomas da malária, pelo menos um dos métodos de prevenção da malária e de tratamento eficaz da doença</p>	<p>% de cuidadores de crianças que conhecem a causa da malária, pelo menos um método de prevenção e um método de tratamento conforme à política Nacional</p>	ND	N/A		60%	70%	80%		EStudo CAP	Bi anual	PNCM e parceiros	
<p>DOMINIO DE INTERVENÇÃO : MONITORIA & AVALIAÇÃO, VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA, GESTÃO DE EPIDEMIAS E PESQUISA OPERACIONAL</p>												
<p>Objectivo específico 5.1 Até o final de 2020, que 100% das províncias do país tenham um sistema eficaz de Vigilância epidemiológica, Monitoria e Avaliação</p>	<p>% das províncias do país tenham um sistema eficaz de Vigilância epidemiológica, Monitoria e Avaliação</p>	50% (O sistema existe em todas províncias mas ainda não é eficaz)	2014	PNCM	60%	70%	80%	90%	100%		PNCM e parceiros	

Plano Estratégico Nacional de Controlo da Malária em Angola 2016-2020

<p>Objectivo específico 5.2 Até o final de 2020 que os municípios das 4 províncias em risco epidémico detectam epidemias em menos de 2 semanas e dão resposta adequada</p>	<p>% Municípios das 4 províncias em risco epidémico capazes de detectar epidemias menos de 2 semanas e dão resposta adequada</p>	0%	2014	PNCM	40%	50%	70%	90%	100%	Relatórios provinciais	Anual	PNCM e parceiros
<p>Objectivo específico 5.3 Até o final de 2020, 100% de Estudos de pesquisa operacional planificados sejam realizados</p>	<p>% Estudos de pesquisa operacional planificados que foram realizados</p>	60%	2014	PNCM	65%	70%	80%	90%	100%	Relatórios dos estudos	Anual	PNCM/Parceiros
<p>DOMINIO DE INTERVENÇÃO: GESTÃO E COORDENAÇÃO DO PROGRAM</p>												
<p>Objectivo específico 6.1 Até o final de 2020, que 100% das Províncias e Municípios tenham um mecanismo funcional de coordenação e gestão das acções de prevenção e controlo da malária</p>	<p>% das Províncias e Municípios com mecanismo funcional de coordenação e gestão das acções de prevenção e controlo da malária</p>	40%	2014	PNCM	50%	60%	80%	90%	100%			PNCM e parceiros

Plano Estratégico Nacional de Controlo da Malária em Angola 2016-2020

<p>Objectivo específico 6.2</p> <p>Até o final de 2020, 100% de municípios elegíveis das Províncias do Sul do País (Cunene, Huambo, Huíla, , Kuando Kubango e Namibe) estejam na fase da pré eliminação da malária</p>	<p>% de municípios elegíveis das Províncias do Sul do País (Cunene, Huambo, Huíla, , KuandoKubango e Namibe) que estão na fase da pré eliminação da malária</p>	<p>0%</p>	<p>2014</p>	<p>PNCM</p>	<p>0%</p>	<p>0%</p>	<p>30%</p>	<p>60%</p>	<p>100%</p>	<p>Relatório</p>	<p>Anual</p>	<p>PNCM e parceiros</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	-------------	-------------	-----------	-----------	------------	------------	-------------	------------------	--------------	-------------------------