REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE
(Unidade - Disciplina – Trabalho)
MINISTÉRIO DA SAÚDE

CENTRO NACIONAL DE ENDEMIAS

Programa Nacional de Luta Contra o Paludismo

DOCUMENTO DE POLITICA PARA A ELIMINAÇÃO DO PALUDISMO NA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE (STP)

DEZEMBRO 2016

CONTEÚDOS

		Paginas
	Lista de abreviaturas, acrónimos, siglas	3
	Resumo	4
I	Introdução	5-6
II	Perfil do país	6-7
III	Organisação do sistema de saúde	7-8
IV	Análise a situação de luta contra o paludismo	8-15
	Epidemiologia do paludismo (transmissão do paludismo, tendência da morbilidade e da mortalidade)	
	Fases de eliminação do paludismo	
	Performance do programa (APP 2016)	
	Indicadores de impacto e de resultado	
	Análise FFOA por dominio de intervenção: Factores favoráveis e limitantes no alcance das metas.	
V	Visião, Objectivos e Orientação política em matéria de luta contra o paludismo em STP.	15-16
VI	Orientatições estratégicas no contexto de eliminação do paludismo em STP	16-26
	Vigilância epidemiológica e entomológica de casos de paludismo	
	Manejo de casos	
	Pevenção do paludismo	
	Iniciativas transfontalieras e prevenção da reintrodução de casos	
	Renforço das intervenções de apoio a gestão do programa para caminhar a eliminação do paludismo	
	Supervisão, seguimento e avaliação das intervenções	
VII	Disposições praticas de gestão do programa de eliminação do paludismo	26-27
	Quadro institucional e organizacional de eliminação do paludismo em STP :	
	Estrutúras de implementação da política de eliminação do paludismo	
	Adopção de uma política nacional para a eliminação do paludismo	
	Mobilisação de resurços financeiros apropriados a eliminação.	

LISTA DAS ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

API	Taxa anual de parasitas (Annual parasite index)
ASC	Agente de sáude comunitária
CNLP	Conselho Nacional para a Luta contra o Paludismo
CPN	Consulta Pré-Natal
CTA	Combinações terápeuticas a base de artemisinina
DOT	Tratamento Directamente observado (Direct observed treatment)
FFOM	Forças, Fraquesas, Oportunidades e Ameaças
GTS	Estratégia Técnica Global (Global technical strategy)
LIV	Luta intergrada de vector
MC	Manejo de casos
MILDA	Mosquiteiros impregnados com insecticidas de longa duração
MIS/MICS	Inquêritos de Indicadores de Paludismo (Malaria indicator survey)
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objectivos para o Desenvolvimento Sustentável
ODM	Objectivos para o Desenvolvimento do Milénio
OMS	Organização Mondial da Sáude
ONG	Organização Não Governamental
PID	Pulverização Intra Domiciliar
PCR	Cadeia de Reação em Polimerase (Polymerase chain-reaction)
PNLP	Programa Nacional de Luta Contra o Paludismo
PNSR	Programa Nacional de Saúde Reproductiva
PEN	Plano Estratégico Nacional
RAP	Região Autónoma do Príncipe
PO	Pesquiza Operativa
SA	Seguimento e Avaliação
SP	Sulfadoxina+ Pirimetamina
STP	São Tomé e Príncipe
TDR	Teste de diagnostico rápido
TPI	Tratamento Preventivo Intermitente
UA	União Áfricana
US	Unidade Sanitária
VIH/SIDA	Virus de Imunodeficiência Humana/Sindrome de Imunodeficiência adquirida
WHOPES	World Health Organization Pesticides Evaluation Scheme

RESUMO

Para Conduzir o país a eliminação do paludismo até 2025, o presente documento de política foi elaborado para demonstrar que a eliminação do paludismo é viável em todo o país. É de notar que um engajamento político e uma liderança sólida, com a aquisição de um financiamento ideal, devem ser considerado como condições sine qua non para acelerar e sustentar os ganhos da luta podendo assim conduzir o país para a eliminação do paludismo. A implementação das actividades destinadas à eliminação do paludismo guiado por um sistema robusto de vigilância e resposta ás epidémias será estabelecida a nível de todos os distritos.

Esta política está de acordo com a Estratégia Técnica Global de luta contra o paludismo (GTS, 2016-2030), que orienta aos países a acelerar os esforços com vista a eliminar o paludismo, e também com a Agenda 2063 da União Africana (UA, 2014), que estipula que em 2030, o paludismo será eliminada em todos os países africanos. A agenda da União Africana indica que as populações africanas terão acesso universal aos cuidados de saúde e de serviços, que todas as doenças transmissíveis (incluindo o paludismo) serão eliminadas e que as mortes causadas pelo VIH/SIDA, o paludismo e a Tuberculose serão reduzidas a zero.

Um grupo de trabalho, orgão de coordenação técnica da implementação e do seguimento e avaliação das actividades de eliminação do paludismo será criado para asaegurar a advocacia, a corrdenação dos parceiros e a mobilização de recursos para a luta contra o paludismo e sua eliminação no em toda aréa do país
Esse grupo de trabalho será formado de representantes de instituições públicas, organisações dos sectores privados, da sociedade civil, dos parceiros e agentes de do desenvolvimento multilateral e bilateral, do Fundo mundial e das ageências das Nações Unidas.
Um comité tecnico de peritos, com pelo menos 10 pessoas será formado para seguir regularmente os progressos realizados na implementação desta política, avaliar a eficácia da politica de eliminação e de adaptar as intervenções na base da crescente capacidades do país. Os menbros desta comité serão os decidores de alto nível e piritos técnicos das instituições académicas e de pesquisa, a OMS, a UNICEF, o PNUD, o FNUAP, da Cooperação taiwanesa, do Ministério da saúde, de Agricultura, da insfrastutura e da Camara, etc.

A presente política de eliminação do paludismo em STP é um instrumento de referência dinâmica. Deve ser revisto sempre que necessário para incorporar novas direções.

I. INTRODUÇÃO

Tendo em conta a situação actual do paludismo e seu nível de transmissão para todos os distritos de São Tomé e Príncipe, e seguindo o contínuo de eliminação indicando a fase de eliminação do paludismo na Região Autónoma do Príncipe desde 2010 e outros distritos do país; assim, decidiu-se considerar São Tomé e Príncipe entre os países que deverão eliminar o paludismo até 2025[1]. Isto está de acordo com a (1) Estratégia Técnica Mundial de luta contra o paludismo (GTS, 2016-2030), que orienta os países a acelerar os esforços com vista a eliminar o paludismo e (2) da Agenda 2063 da União Africana (UA, 2014)[2], que estipula que até 2030, o paludismo será eliminado em todos os países africanos. A agenda da União Africana orienta que as populações africanas terão acesso universal aos cuidados de saúde e de serviços, que todas as doenças transmissíveis (incluindo o paludismo) serão eliminadas e que as mortes causadas pelo VIH/SIDA, o paludismo e a Tuberculose serão reduzidas a zero.

Com base nos resultados satisfatórios alcançados até à data actual, na luta contra o paludismo e a fim de colocar o paludismo na agenda nacional, o PNLP de São Tomé e Príncipe se engajou em elaborar um documento de política que deve guiar ás ações podendo levar o país a eliminação do paludismo até 2025.

Esta política de eliminação, foi inspirada no manual operacional da vigilância epidemiológica para à eliminação do paludismo (WHO, 2014). O presente documento descreve os procedimentos, as linhas directivas (orientações), o sistema de saúde e as actividades necessárias para atingir o objectivo de eliminar o paludismo. As estratégias e actividades que conduzirão à eliminação do paludismo serão amplamente descritas no Plano Estratégico Nacional para o período 2017-2021. A presente política de eliminação será implementada a todos os níveis do sistema de saúde pelo governo de STP, seus parceiros e todos os profissionais de saúde. O PNLP com o apoio da OMS e outros parceiros técnicos e financeiros, e do Comité de eliminação seguirão a implementação das orientações descritas neste documento de política para conduzir o país à eliminação do paludismo até 2025.

Os princípios seguintes nortearão a execução desta política: (1) Um engajamento político e uma liderança solida, e a aquisição de um financiamento adequado, serão considerados como condição essencial para acelerar e sustentar os ganhos da luta podendo conduzir o país para a eliminação do paludismo, (2) a imparcialidade no acesso aos cuidados e serviços de qualidade, especialmente para populações vulneráveis e aqueles que vivem em áreas de difícil acesso e (3) a implementação de actividades destinadas eliminação do paludismo a nível de todos os distritos guiados por um sistema robusto de vigilância e de resposta às epidemias.

Esta política será submetido ao ministério de tutela (Ministério da Saúde) para a sua adopção e implementação a todos os níveis do sistema de saúde.

II. PERFIL DO PAÍS

O arquipélago de São Tomé e Príncipe (STP) está situado no Golfo da Guiné à 350 km da costa Africana. O país é de origem vulcânica e é constituído por duas ilhas, São Tomé e Príncipe, que distam uma da outra à 150 km de distância. O país tem uma área de 1.001 km², a ilha de São Tomé tem à maior área (859 km²). O país é relativamente perto do Gabon (a leste), da Guiné Equatorial e da Nigéria (no Noroeste) e Camarões (Nordeste). O país está dividido em seis distritos e uma região autónoma, a Região Autónoma do Príncipe (RAP). A população é de 178.739 habitantes (censo de 2012) e é estimada em 193,714 em 2016. Os dados demograficos de STP estão descritos na tabela abaixo:

Tabela 1. Dados demográficos de STP

Informação demográfica	
População total	187604 habitantes (projecção 2014)
População masculina	49,7% (RGPH- 2012)
População urbana	61,7%
População rural	38,3
Crianças : 0 - 4 anos	14,5%
Crianças : 5 - 14 anos	28,2%
Taxa de crescimento anual	1,6%
Mulheres 15-49 anos	49,6%
Esperança de vida	68 anos
Taxa de alfabetização	84,4%
% da população com acesso a água potável	94,1%
Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*	384 USD
Crescimento do PIB	6% (em 2007)

Fonte : PEN, 2012-2016

O país tem uma taxa bruta de escolarização no ensino primário a 110%, uma esperança de vida de 68 anos, a taxa de mortalidade entre crianças menores de cinco anos é de 51 por 1000 nascidos vivos, o acesso a uma fonte de água potável para 97% da população e o acesso à electricidade a 60% da população. São Tomé e Príncipe atingiu os ODM 2015 relativos a educação primária universal, a promoção da igualdade do género, a autonomisação das mulheres, melhorar a saúde materna e a luta contra o VIH/ SIDA, a tuberculose, o paludismo e outras doenças. O turismo é uma actividade importante e em crescimento, mas não pode suportar o crescimento da economia global do país. O sector agrícola teve um bom desempenho com

exportações de cacau e baunilha ao longo dos últimos anos. STP tem um clima tropical e úmido, com chuvas abundantes quase todo o ano, com exceção dos meses de Julho e Agosto, correspondente à estação seca. Uma forte umidade relativamente alta é de cerca de 80%. A temperatura média anual é compreendida entre 19,9 ° C à 30,5ºC, com uma média de 25,3 ° C.

III. ORGANISAÇÃO E REFORÇO DO SISTEMA DE SAÚDE

O sistema de saúde em São Tomé e Príncipe está composto de dois níveis, o nível central e o nível periférico ou disctritos sanitários. O nível central comprende o Ministério da Saúde o Centro Nacional de Endemias, o Fundo Nacional de medicamentos e o Hospital Central. O nível periférico está constituido por centros de saúde com internamento, postos de saúde e postos comunitários. Os postos comunitários são instalados nas comunidades onde o acesso a postos de saúde são de dificil acesso. Estes postos constituem o primeiro nível de sistema de referência e são geridos pela comunidade (agente de saúde comunitário voluntário) com o apoio do distrito sanitário (aprovisionamento em médicamentos). Existe no país unidades sanitárias privadas, geridas pelas confissões religiosas e pessoas particulares. A implicação destas estruturas sanitárias na eliminação do paludismo em STP será de uma grande importância.

Um dos pré-requisitos para à eliminação do paludismo é uma abordagem integrada baseada na rede de serviços de saúde existentes. O envolvimento do sector privado, organizações não-governamentais e programas comunitários irá assegurar o acesso universal ao diagnóstico, tratamento e prevenção de todas as populações a risco, contribuindo assim para a eliminação da doença. O programa deverá implicar o sector privado e público no seu programa de eliminação de paludismo no país.

O Programa Nacional de Luta Contra o Paludismo (PNLP) é uma instituição do nível Central do Ministério da Saúde, chefiada por um coordenador que é responsável pela implementação de estratégias e políticas nacionais. O coordenador traduz em acção os princípios e diretrizes desta política com uma visão de um STP livre do paludismo.

A infra-estrutura pública para realizar a prestação de serviços de cuidado de saúde comprende 38 estruturas sanitárias, entre elas 6 centros de saúde, 28 postos de de saúde, 2 centros de saúde reproductiva,1 Hospital Central e 1 Hospital Regional. O acesso aos cuidados de saúde é universal e o manejo de casos de paludismo no sector público é gratuito. O Centro de saúde do disctrito de Água Grande possui um guiché apropriado a entrega de medicamentos antipalúdicos. Uma vez que os medicamentos

são entregues ao paciente, este é seguido por um agente de saúde para se assegurar da sua toma (DOT)e garantir a sua cura

No sector privado, o manejo de casos de paludismo grave é pago, enquanto que para paludismo simples, o paciente recebe uma prescrição que ele submete a uma unidade pública para obter medicamentos antipalúdicos gratuitamente. A Carta Sanitária (2012) revela que 92% da população de São Tomé e Príncipe tem acesso a uma unidade de saúde em menos de uma hora de marcha .

IV. ANALISE DA SITUAÇÃO DA LUTA CONTRA O PALUDISMO

IV .1. História da luta contra o paludismo em STP

Iniciada em 1905 por Bruto da Costa, a luta contra o paludismo era feita através de drenagem de pantanos na cidade de São Tomé. Em 1968, o Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa (HIMT) criou a Missão para a Erradicação do paludismo em São Tomé e Príncipe (MEP) com uma estratégia de luta, pulverizaçãm o intradomiciliar (PID) com a utilização do DDT. A PID foi abolida em 1974 e somente após a independência do país, em 1975, que a luta foi retomada de forma organizada, com uma cobertura de PID atingindo até 97,6% (em 1983).

A missão MEP foi seguida transformada em um programa nacional de luta contra o paludismo (PNLP) e somente apartir de 1996 que a Política Nacional de Saúde reconheceu o paludismo como sendo uma prioridade absoluta do sistema de saúde na República Democrática do São Tomé e Príncipe. O sistema nacional de saúde confirmando a oferta de serviços gratuitos para todas as medidas de luta contra o paludismo, medicamentos antipalúdicos (paludismo simples e grave), diagnósticos biológicos (TDR e microscopia), a pulverização intradimiciliar (PID), ou até mesmo a distribuição de mosquiteiros impregnados com inseticida de longa duração de acção (MILD) e a luta antilarvar.

Em 2000, o país elaborou o seu primeiro Plano Estratégico Nacional de Luta Contra o Paludismo (PSN 2001-2010) tendo como estratégias a prevenção e uma gestão e precoce dos casos de paludismo em todas as unidades sanitárias e comunitárias. Entre 2002 e 2003 estudos-piloto foram realizadas nas duas ilhas: Príncipe e São Tomé para a introdução da pulverização intra domiciliar (PID) com inseticidas de ação residual. A PID começou em 2004 com o apoio da República da China (Taiwan) e do Fundo Global em 2008.

Em 2003, a Comissão Nacional para a Luta contra o paludismo foi criada, infelizmente, esta comissão tem permanecido inoperacional até hoje. O país não tem quadro

legislativo ou regulamentar exigindo que os vários prestadores de cuidados, as comunidades e outras partes interessadas aderem às políticas de luta contra o paludismo e suas linhas diretrizes.

Em 2011, uma avaliação de desempenho do PEN 2001-2010 foi realizada e apartir das recomendações saidas desta revisão, um PSN 2012-2016 foi elaborado tendo como principais estratégias (1) um diagnóstico precoce e um tratamento apropriado e adequado de casos utilisando combinações terapêuticas a base de artemisinina (CTA); (2) Um tratamento preventivo intermitente nas mulheres grávidas; (3) o uso de mosquiteiros impregnados com insecticida de longa duração de acção (MILDA) e pulverização intra domiciliar; 4) as actividades de IEC; (5) a promoção do saneamento do meio; e (6) o tratamento dos criadores larvares com um inseticida biológico.

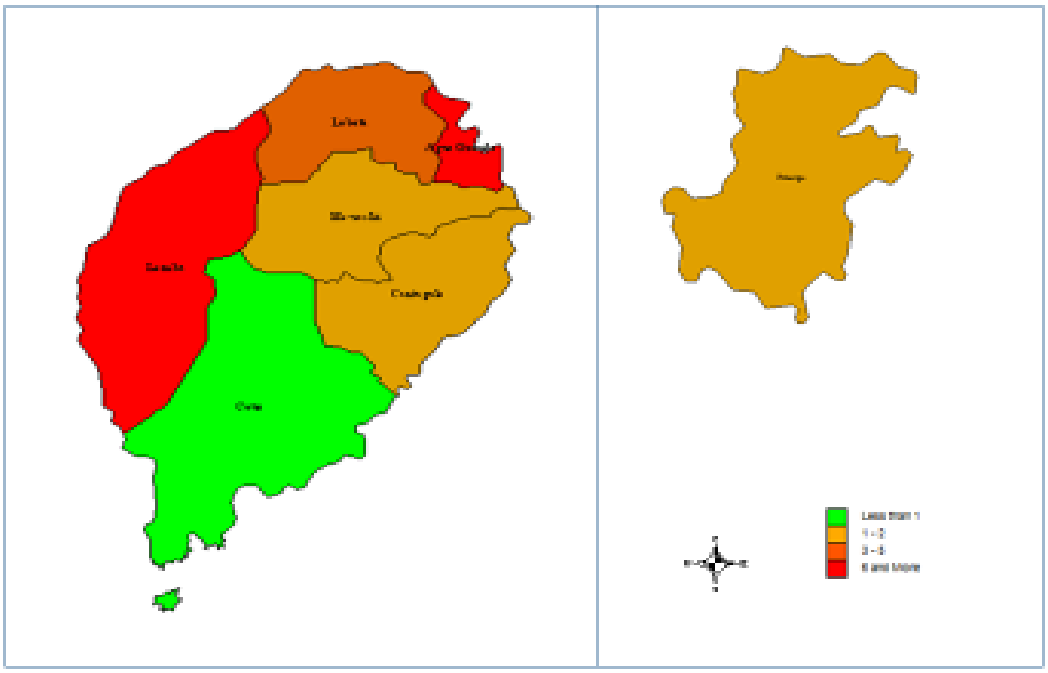
IV.2. Epidemiologia do paludismo (transmissão do paludismo, tendências da morbilidade e mortalidade)

O *Plasmodium falciparum* é a espece plasmodial predominante a mais de 90%.
A transmissão do paludismo em São Tomé e Principe é essencialmente assegurado pelas especes do complexo *Anopheles gambiae* s.s., actualmente reconhecido como *An. coluzzi (unpublished data, 2016)*. *Anopheles funestus* e *An. coustani* são considerados como vectores secondarios.

A tendência atual da morbilidade e mortalidade relacionadas com o paludismo está em declínio. O número de casos de paludismo confirmados passou de 10 744 casos, para 1498 casos de 2011-2015 representando uma redução de 87%. O número de mortes por paludismo passou de 14 casos para 0 casos de 2011 à 2015 representando um decréscimo de 100%. Quanto a incidência do paludismo, ela passou de 65,5 casos por 1000 habitantes em 2012 para 10,8 casos por 1000 habitantes em 2015, enquanto que a mortalidade por paludismo passou de 3,9 por 100.000 em 2012 para 0,0 casos por 100.000 habitantes em 2015. A taxa média de positividade dos testes de 8,5% em 2012 para 2, 5% em 2015. Todos os distritos registaram uma taxa de positividade dos testes abaixo de 5% desde 2014. A taxa de infecção do vector coluzzii passou de 0,78% em 2013 para 0% em 2014 e 2015.

O mapa abaixo mostra as taxas de incidência do paludismo por distrito durante o 1º semestre de 2016.

Taxa de incidência do paludismo segundo os distritos sanitários, 1º semestre 2016



IV.3. Fase de eliminação do paludismo

Segundo o quadro para a implementação da Estratégia Técnica Mondial de luta contra o paludismo 2016-2030 na região africana, cinco fases sucessivas do programa são previstos a saber :

Fase 1 : Intensificação dos programas para um impacto real ;

Fase 2 : Controlo da consolidação do programa ;

Fase 3 : Preparação dos programas com vista a eliminação (Pré-eliminação) ;

Fase 4 : Programas de interupção da transmissão (eliminação); e

Fase 5 :Implementação de um programa que impede a reaparição da transmissão do paludismo a nivel local.

Visto a situação actual da transmissão do paludismo em São Tomé e Prínipe, e tomando em conta os resultados acima mencionados (IV.2.), é de notar que as fases 1 e 2 já foram alcançadas . assim as fases 3 a 5 se que se aplicão para São Tomé e Príncipe ficam por atingir.

Fase 3 : Preparação a eliminação do paludismo (pré- eliminação)

Em São Tomé et Príncipe, a transmissão do paludismo já está reduzida a um nível muito baixo exigindo o país a progredir no sentido da eliminação. Com a suas baixas taxas de positividade de 0,3-2,4% (2014); 0,2-3,5% (2015) e de 0,4 para 2,3% (2016 [1]); o país está, portanto, classificado entre os países elegíveis para a pré-eliminação. Em alguns districtos do país, pode-se observar uma transmissão focalizada e sazonal. No entanto, o ressurgimento do paludismo continua a ser uma ameaça nestes distritos, na ausência de uma vigilância contínua e intervenções preventivas direcionadas; e todas as idades são vulneráveis a epidemias com alto potencial de morbilidade e mortalidade.

Nesta fase, a vigilância deve ser considerada como intervençã principal, nomedamente o registo e a notificação imediata, a investigação de casos e de focos e execução das intervenções; a introdução da luta contra os parasitas (usando um gametocida e outros antipalúdicos) para interromper a transmissão; intervenções chaves de luta anticevtorial em todos os focos astivos de transmissão; a investigação dos focos e dos casos pela depistagem activa de casos, seguida por um tratamento radical de todos os casos e o controlo dos focos; o diagnóstico de qualidade, incluindo o controlo de qualidade externa e as capacidades em bancos de lâminas para genotipagem; a colaboração transfronteiriça; o aumento do financiamento interno; o fortalecimento do sistema de saúde e das capacidades.

Fase 4 : Interrupçao da transmissaõ (Eliminação)

Os países classificados como elegíveis para a eliminação do paludismo são aqueles que atingiram uma taxa anual de parasitémia (API) muito baixa (menos de 1 caso por 1000 habitantes) ou registaram poucos casos de paludismo com uma transmissão local de zero casos em três anos consecutivos. Podem ser incluídos países ou regiões que passam uma intensidade muito baixa de paludismo como resultado dos esforços na luta contra o paludismo ou países ou regiões com uma capacidade vectorial naturalmente baixa. A transmissão do paludismo é altamente focalizada nessas áreas.

Nesta fase, as exigências operacionais dos programas são as seguintes: um sistema de vigilância caso por caso de qualidade; a luta contínua contra os parasitas utilisando antipalúdicos gametocidas para interromper a transmissão; intervenções chaves de luta antivectorial nos focos activos; a investigação de focos e casos pela detecção activ de

casos , seguido de um tratamento radical de todos os casos e o controlo dos focos.; diagnóstico de qualidade, incluindo o controlo de qualidade externa e as capacidades em bancos de lâminas para genotipagem; a colaboração transfronteiriça afim de reduzir a ameaça de reintrodução do paludismo apartir de casos importados; o aumento do financiamento interno.

Fase 5 : Prevenção da reaparição da transmissão local do paludismo

O objectivo desta fase é manter zero caso de paludismo na totalidade do país. As intervenções seguintes serão implmentadas durante esta fase: um sistema vigilância continuo para garantir que casos importados não conduzem à reintrodução da transmissão; capacidades para a notificação imediata, investigação de casos e o tratamento radical de todos os casos uma colaboração transfronteiriça para impedir a reintrodução dos casos.

IV .4. Performance do programa (APP 2016)

O objectivo concernente a redução da morbilidade e mortalidade por paludismo (60%) excedeu significativamente para atingir 72% (2016). A RAP por sua vez, registou uma incidência de casos autoctones inferior à 1 caso por 1000 habitantes desde 2014.

Esforços para mobilizar recursos financeiros internos e externos devem continuar afim de colmatar à lacuna financeira do programa. Apenas 57% do orçamento planificado nos últimos cinco anos foi mobilizado. O compromisso do governo na luta contra o paludismo é traduzido pela gratuitidade nos serviços de saúde (preventivos e curativos). Todos os casos de paludismo (não complicado e grave) são tratados gratuitamente. Além dos cuidados, os médicamentos antipalúdicos e outros consumíveis (MILD, inseticidas, TDR) são isentos de taxas adoaneiras.
Para lutar contra o paludismo, uma combinação de intervenções, constituida pela pulverização intra domiciliar (PID), o uso de mosquiteiros impregnados com insecticida de longa duração de acção (MILDA e a luta antilarval está sendo implementado). Anopheles Coluzii, vector do paludismo tornou-se resistente aos piretróides e ao DDT. Afim de gerir essa resistência, o PNLP propõe uma rotação de dois inseticidas apartir de 2018, o Bendiocarbe (carbamatos) e Actellic 300 CS (organofosforado).

Desde 2015, o país adotou um novo protocolo de tratamento adicionando uma dose única de primaquina (para eliminar os gametócitos) ao Artesunate + Amodiaquina em.

Todos os casos positivos ao TDR são confirmados pela microscopia e tratados com um ACT e seguidos durante 28 dias.

Dado o reduzido número de casos de paludismo observado em todos os distritos de São Tomé, é desejável que se fassa a busca ativa em torno dos casos detectados como é o caso da Região Autónoma do Príncipe.
Em conclusão, as seguintes lições aprendidas foram tiradas da revisão a saber : (1) a PID constitui a maior intervenção na redução dos casos de paludismo em STP, (2), apesar de um elevado conhecimento da população sobre os benefícios das intervenções implementadas, a cobertura em MILDA (61%) e PID (73%) permanecem abaixo da cobertura exigida pela OMS (mais de 80% para PID e MILD) e (3) o financiamento das atividades de luta depende quase totalmente de fundos externos.

A análise do desempenho das actividades do programa indica que a luta aintivectorial e a monitorização e avaliação, pesquisa operacional alcançam níveis de execucão de 84% e 74%, respectivamente, seguido da gestão do programa, o menejo de casos e a comunicação para mudança de comportamento.

IV.5. Indicadores de impacto e de resultado

Indicadores de impacto

A avaliação do programa realizada em 2015 mostrou que a incidência do paludismo foi de aproximadamente 11 casos por 1000 habitantes em todo o país. A ilha de São Tomé tendo a maioria dos casos (10,8 casos), seguida pela ilha do Príncipe (0,6 casos / 1000 habitantes). A taxa de mortalidade por 100000 habitantes foi 0. Segundo o inquêrito MIS / MICS, a taxa de prevalência a nível da comunidade foi de 0,2%.

Indicadores de resultados (Manejo de casos)

Concernente aos indicadores de resultados relacionados com o manejo de casos, foram consideradas 4 indicadores. Note-se que todos os casos suspeitos (100%) foram testados numa unidade sanitária e todos os casos positivos beneficiaram de um tratamento adequado. Todos os casos de paludismo não complicado e complicado (grave) foram tratadas de acordo com o protocolo da OMS. Apesar de um indicador de base de 98% (2012), todos os pacientes foram tratados (100%) ao longo dos anos (2013-2016).

Indicadores de resultado (Luta antivectorial e TPIg)

No que diz respeito a luta antilarval, 12 indicadores foram considerados no PEN 2012-2016. No geral, os indicadores relacionados com MILDA e a PID tiveram uma tendência para diminuição entre 2014 e 2015 em comparação com 2013.

Em termos de TIP, verificou-se que a proporção de mulheres grávidas que receberam pelo menos 2 doses de TPI foi de 67,7% em 2015. Poucas mulheres receberam a terceira dose de TPI. A proporção de mulheres que tomaram a 4ª dose de TIP foi de 0%. Isso pode ser justificado pela não-implementação das diretrizes TPI. IPTp.

De um modo geral, nota-se que quase todos os indicadores não atingiram a meta revista o que exigirá um reforço das estratégias para alcançar a meta.

Indicadores de resultado (Vigilância epidemiológica , S&A, PO e Preparação e Resposta as épidémies et Préparation et réponse aux épidémies)

Para indicadores de resultado relacionados com a vigilância, seguimento e avaliação, as respostas às epidemias e a pesquisa operacional, constatou-se que 100% das epidemias de paludismo deveriam ser detectadas dentro de um período máximo de duas semanas. No entanto, notamos que, apesar dos surtos de casos de paludismo em 2011 e 2012 nenhuma epidemia foi declarada nem documentado.

Em 2014, verificou-se que 78% das pessoas com febre, frequentaram unidades sanitárias a tempo. Esse número passou para 77% em 2015.

IV.6. Análise FFOA por domínio de intervenção : Factores favoraveis e factores que limitaram o alcance das metas.

Factores favoravéis (forças e oportunidades) :

- Existe um forte engajamento político do governo que se traduz na mobilização de recursos para a luta contra o paludismo, isenção das taxas adoaneiras de todos os insumos da luta contra o paludismo, na grauitidade dos serviços de prevenção e de manejo de casos.
- Luta Integrada do vectore pela combinação de intervenções (MILDA, PID e tratamento dos criadores larvares).
- Rotação de inseticidas (carbamatos e organofosforados) preconisado para 2018.
- Aprovisionamento contínuo dos antipalúdicos em todas as unidades sanitárias.

- Participação dos líderes religiosos, representantes dos jovens e associações de pescadores, das ONGs na sensibilização da comunidade.
- Celebração do Dia Mundial de luta contra o paludismo em todos os distritos também é uma forma de envolver o público e fazer advocacia a favor das acções de luta.
- Centralização dos dados epidemiológicos em uma plataforma à nível central e acessível a todos os utilizadores ver mesmos os parceiros.

Factores limitadores (fraquezas e ameaças) :

- O financiamento do programa depende quase totalmente da ajuda externa,
- Falta de colaboração entre o sector privado e o programa,
- Inexistência de um quadro de concertação dos parceiros e dos grupos técnicos,
- Falta de colaboração intersectorial na luta contra o paludismo,
- Aumento gradual da taxa de recusa da PID, conduzindo a sua baixa de cobertura,
- Extração de areia em certas localidades contribuen para a proliferação dos criadores larvares,
- A resistência dos vectores aos peritróides conduzindo a utilização des insecticidas carros,
- Falta de participação dos responsáveis administrativos dos districtos na planificação, na implmentação e no seguimento das actividades de PID, campanha de massa de distribuição de MILDA e saneamento do meio,
- Não respeito das directivas para o tratameto preventivo intermitente(TPI) e o tratamento de casos de paludismo na mulher grávida,
- Mensagens de comunicação não adaptadas a situação epidémiologica do paludismo no pays
- Falta de formação do pessoal sobre as directivas da vigilância epidemiologica e da detecção precoce das epidemias.

V. ORIENTAÇÃO POLITICA EM MATÉRIA DE LUTA CONTRA O PALUDISMO EM STP (ENGAJAMENTO POLITICO DO PAÍS)

A visão promiordial dessa política, é de eliminar o paludismo em todo o país até 2025 e contribuir assim para meliorar a saúde e a qualidade de vida da população de São Tomé e Príncipe e evitar a reintrodução de uma transmissão local.

O governo de STP deverá considerar a eliminação do paludismo como uma prioridade nacional. Em coordenação com o MS, todos os ministérios e serviços concernentes

deverão se engajar no processo de eliminação do paludismo. Os parceiros e ONGs saúde deverão também se implicar no processo de eliminação do paludismo.
As camaras serão chamadas a se engajar de uma maneira proactiva no processo. O engajamento comunitário será de uma importancia capital no processo de eliminação do paludismo.
O reforço das capacidades na eliminação do paludismo sera um engajemnto de cada sector implicado (público e privado) em colaboração com o MS. Um comité national para a eliminação do paludismo composto de representantes de diferentes instituições do secteur público e privado, os membros da comissão nacional de luta contra o paludismo (CNLP), o PNLP sera, sera implementado e terá como papel de dar orientações estratégicas para a eliminação do paludismo no país.

Embora os resultados satisfatórios alcançados a nível do país, o programa deverá reforçar a sua liderença, demostrar o seu engajamento para a eliminação do paludismo por um financiamento (accru) as actividades do programa e a organizar as revisões para planificar as actividades. No entanto o seu sistema de saúde, os desafios a aceitação das intervenções pela comunidade, um investimento reduzido para as actividades de luta contra o paludismo, e a resistência dos vectores aos insecticidas e dos parasitas aos medicamentos, continuam sendo um obstáculo a eliminação dessa doença e necessitará um reforço a todos os níveis.

O fim da transmissão local do paludismo em São Tomé e Príncipe com vista a sua eliminação será feita gradualmente com as estratégias adaptadas a cada nível de transmissão. Durante o período 2017-2021, o objectivo será o de reduzir a incidência da paludismo para menos de 1 caso por 1000 em todos os distritos da ilha de São Tomé e interromper a transmissão local no ilha do Príncipe. Durante o período 2022-2025, o objectivo principal será de parar a transmissão local em todos os distritos de São Tomé e prevenir à reintrodução da paludismo na ilha de Príncipe.

Para atingir este objectivo, o programa deverá (1) reforçar a vigilância epidemiológica e entomológica, (2) assegurar o acesso universal ao diagnóstico parasitológico de qualidade e ao tratamento de eficaz das infecções palúdicas, (3) acelerar a redução da transmissão através intervenções suplementares de apuramento /clearence de parasitas e vectores a nível nacional, (4) assegurar a investigação, o tratamento e seguimento de casos individuais e (5) identificar e classificar todos os focos de paludismo para um seguimento adequado.

VI. EIXOS ESTRATÉGICOS NO CONTEXTO DE ELIMINAÇÃO DO PALUDISMO EM STP

VI.1. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E ENTOMOLÓGICA DE CASOS DE PALUDISMO

O objectivo do sistema de vigilância é de detectar todas as infecções palúdicas (sintomaticas ou não), e assegurar-se que essas infecções sejam correctamente tratadas num estado precoce para que elas não geram casos secondarios.

1.1. Definição de casos (infecção) palúdica no quadro da eliminação

É considerado como caso ou infecção por paludismo, todo caso independentemente da presença ou ausência de sintomas clínicos, em que os parasitas do paludismo foram confirmados por um diagnóstico laboratorial de qualidade controlada (microscopia).

1.2. Identificar e classificar todos os casos locais (autoctonos) e importados de paludismo

A vigilância será baseda na detcção de casos. Todos os casos uma vez identificados positivos serão investigados e clasificados em casos locais ou autoctones (transmissão local), importados de fora do país e / ou importados no interior do país (ou seja de un distrito a outro). Todas as infecções palúdicas serão identificadas, seja pela detecção activa ou passiva.

1.3. Tomar em conta todos os casos positivos notificados a nível das unidades sanitárias : Detecção passive de casos

A detecção passiva de casos é definida como uma depistagem do paludismo nas pessoas que recorrem às unidades sanitárias ou a um agente de saúde comunitário (ASC) afim de obter um tratamento geralmente por uma doença febril. Todas as unidades de saúde (públicas e privadas) devem foncionar como centros de depistagem de casos de paludismo, o que não invalida a detecção pelos agentes de saúde comunitária. Todos os casos detectados devem ser notificados ao nível central (PNLP) através da plataforma « File maker Pro ». A notificação dos casos (do distrito para o nível central) deve ser feito cada dia.

1.4. Testar todas as pessoas vivendo num raio de 2 KM do caso confirmado : Detecção activa de casos de paludismo

A depistagem activa de casos de paludismo será feita pelos técnicos de saúde e/ou agentes de saúde comunitária.isso poderá ser uma depistagem de pessoas com ou sem febres, seguido de um exame parasitologico na comunidade utilizando o TDR, e a lâmina para os casos positivos. Existêm 2 tipos de depistagem activa de casos : Reactiva e pro-activa.

a) Detecção reactiva de casos

Para a detecção reactiva de casos, a população que vive numa comunidade será testada, para o paludismo, em resposta a um caso confirmado. A equipa de detecção e de resposta do distrito, utilizará o TDR para despistar todas as pessoas, num raio de 2 Km de cada caso confirmado. Assim, todos os casos de paludismo confirmados positivos serão tratados de acordo com o protocolo nacional.

.

b) Detecção proactiva de casos

A deteção proativa de casos será efetuada assim que se suspeitar da existência de transmissão do paludismo numa comunidade de alto risco (por exemplo, grupos de viajantes, imigrantes provenientes de países onde o paludismo é endémico) que se instala numa zona sem paludismo. Em tais situações, a equipa de detecção e de resposta do distrito, bem como a equipa central, identificarão a zona para a detecção activa de casos.

1.5. Georreferência de aldeias/localidades e casas habitadas

Na medida do possível, todas as aldeias e todas as casas habitadas serão georreferenciadas (reconhecimento geográfico). Isto para permitir uma despistagem rápida e o seguimento de casos de paludismo detectados.

1.6. Escolha de intervenções em função da estratificação do paludismo

Todos os dados epidemiológicos e entomológicos serão analisados a fim de permitir a estratificação do País. Assim, todos os distritos do País serão estratificados com base em evidências/resultados obtidos. A escolha das intervenções será feita com base na estratificação do paludismo ao nível dos distritos, tendo em conta o custo-eficácia relacionado com o desenvolvimento destas intervenções.

1.7. Organização da pulverização intradomiciliar (PID) num raio de 2 Km dos casos confirmados

Tendo em conta que se considera a PID como uma grande intervenção na redução de casos de paludismo em STP, serão organizadas pulverizações intradomiciliares focalizadas em torno de casos positivos. Assim, as habitações que tenham casos positivos serão pulverizadas, bem como todas aquelas que se encontram num raio de 2 quilómetros.

1.8. Seguimento de casos positivos de paludismo

Cada caso tratado será classificado de modo apropriado e deverá ser seguido durante 28 dias. As amostras de sangue de casos positivos por *Plasmodium falciparum* serão analisadas nos D3, D7, D14, D21 e D 28, a fim de se verificar a eliminação dos parasitas. Em relação ao PCR, as amostras serão recolhidas no D0, D14 e D28, para verificar a cepa do parasita, a recrudescência ou a existência de uma nova infeção. No caso de um paludismo por *Plasmodiun vivax* o seguimento dos casos deverá ser feito até ao D42.

1.9. Implementação de um sistema de seguimento da resistencia dos parasitas aos antipaludiscos e dos vetores aos insecticidas

Dada a necessidade de avaliar periodicamente a eficácia terapêutica dos medicamentos antipalúdicos em uso no País, torna-se imperativo implementar um sistema de seguimento periódico (de dois em dois anos) da resistência dos parasitas aos medicamentos.
Relativamente à resistência dos vetores aos inseticidas, o programa irá prosseguir com a gestão da resistência dos vetores aos inseticidas, nos 8 postos sentinelas, realizando regularmente os testes de sensibilidade dos vetores aos inseticidas. Por outro lado, a fim de gerir a resistência dos vetores aos pyretróides, o PNLP propõe uma rotação de inseticidas a partir de 2018.

1.10. Implementação de um sistema de farmacovigilância

A fim de prevenir os efeitos secundários causados pelos antipalúdicos, o País implementará um sistema de farmacovigilância tendo como objetivo a avaliação e a

análise dos efeitos secundários e outros problemas ligados ao uso de medicamentos. Todas as estruturas sanitárias trabalharão com o nível Central e sobretudo com o Departamento de Farmácia.

1.11. Formação/reforço dos conhecimentos das equipas para melhor detetar e responder aos surtos de casos e às epidemias

Tendo em conta as taxas de positividade inferiores a 5%, todos os Distritos de STP são elegíveis para a pré-eliminação. Por conseguinte, o País é suscetível de ter surtos de casos ou mesmo situações de epidemias.
Neste caso, o PNLP deverá formar e reforçar os conhecimentos do pessoal em análise de dados epidemiológicos, no sentido de detetar e melhor responder às epidemias.

VI.2. ACESSO UNIVERSAL AO DIAGNOSTICO PARASITOLOGICO DE QUALIDADE ASSEGURADA E AO TRATAMENTO EFICAZ DO PALUDISMO

O manejo de caso precoce e orrecto dos casos, seguido de um tratamento rápido com um antipalúdico eficaz é o elemento chave para a redução da morbilidade e mortalidade causada pelo paludismo. O manejo de casos faz parte da boa prática clínica e é utilizado para reduzir o uso indevido e abusivo de medicamentos antipalúdicos.

2.1. Acelerar o diagnostico de todos os casos suspeitos

Serão consideradas como casos suspeitos de paludismo todas as pessoas com história de febre superior a 37,5 ° C nas 72 horas, excepto pessoas provinientes de países livres de paludismo. Todos os casos de febre serão testados quer por TDR ou microscopia para detectar o *Plasmodium*. As pessoas febris provinientes de países livres do paludismo serão examinadas para procurar outras causas de febre.

2.2. Classificar correctamente todos os casos febris

Todos os casos de febre serão submetidos a um TDR ou a microscopia com vista a os classificar quer em estado febril causado pelo paludismo ou em uma infecção qualquer. O diagnostico parasitologico (TDR ou microscopia) será gratuito.

Confirmação pela microscopia :
A microscopia continua sendo o exame de referência (padrão ouro). Ela será realizada em hospitais e centros de saúde com um laboratório funcional e um (a) microscopisto

(a) cujo o desempenho foi avaliado e que participaram de um programa de controle de qualidade extrema

Confirmação por TDR :

Os TDR serão utilisados nas US que não dispoêm de microscopia e nas comunidades. As unidades de saúde que fazem à microscopia deverão ter um stock de TDR destinados aos serviços urgência e de piquete. O país deverá se aprovisionar em TDR recomendado pela OMS.

2.3. Tratar os casos de acordo com os resultados dos testes (Diagnóstico biológico e confirmação dos casos)

A confirmação dos casos por diagnóstico biológico ou por microscopia será obrigatória. Todos os casos positivos serão tratados com um antipalúdico apropriado e seguidos durante 28 dias. Nenhum tratamento antipalúdico será administrado a qualquer pessoa que apresentar um teste negativo

Segurança e controlo de qualidade do diagnóstico parasitológico do paludismo

O sistema do controlo de qualidade da microscopia será feito através da elaboração de procedimentos e operações padrão para o diagnóstico parasitológico, formações e reciclagem dos microscopistas e a supervisão e segimento do desempenho dos microscopistas. O laboratório nacional de referência será reforçado em equipamentos, insumos e recursos em humanos.
Controlos de qualidade internos e externos serão realizados sob a responsabilidade do PNLP, em colaboração com o laboratório de referência nacional e um laboratório de referência regional credenciado pela OMS.

Tratamento de casos confirmados

O PNLP deverá reforçar as capacidades de todas os médicos e enfermeiros no manejo correto de casos, e os técnicos de laboratório e microscopistas nas técnicas de laboratório, para melhorar a *performance* dos mesmos na leitura das lâminas (gota espessa e esfregaço sanguíneo). Todos os pacientes serão corretamente tratados incluindo os casos de paludismo assintomático e os portadores de gametócitos, a fim de prevenir a transmissão. A lista de medicamentos antipalúdicos reconhecidos dependerá das diretrizes nacionais do País.

Tratamento de casos de paludismo não complicado

O tratamento de casos de paludismo não complicado será feito nas US públicas e privadas. O esquema terapeutico recomendado é a administração de um ACT + primaquina 0,25 mg / kg (dose única) para a sua ação anti gametócida, com exceção de crianças com menos de 1 ano e mulheres grávidas. Para o tratamento de crianças com menos de 1 ano e mulheres grávidas deverão consultar as directrizes nacionais

Tratamento de casos de paludismo garve e tratamento pré-transferência

Para o tratamento de casos de paludismo severo e / ou transferência para as unidades de saúde com equipamentos apropriados, consultar as directrizes do PNLP.

2.4. Manejo de casos ao nível comunitário

Os agentes de saúde comunitária (ASC) serão implicados nas atividades de gestão de casos de paludismo não complicado, e terão como tarefa orientar os pacientes para uma unidade de saúde mais próxima possível. Os ASC serão formados e reciclados cada vez que uma nova molécula for incluída na lista dos antipalúdicos reconhecidos. Isto permitirá que toda a população de STP tenha acesso a serviços de cuidados de saúde apropriados.

2.5. Sistema de faramacovigilência

Um sistema de farmacovigilância alvejando os antipaludicos e outras moleculas será implementado ao nivel do Departamento de Farmácia. O objetivo do FV será de monitorar as reacções adversas e efeitos colaterais manisfestados pelos pacientes após a toma dos medicamentos. O sistema FV irá promover uma melhor adesão ao tratamento e, assim, melhorar o manejo de casos. A FV também irá fornecer informações necessárias para a tomada de decisões com base nas evidências, a fim de melhor regulamentar o uso de antipalúdicos e outros medicamentos.

A proibição da comercialização e utilização de monoterapias por via oral de derivados a base de artemisinina para limitar o risco de aparecimento de resistência aos ACTs será reforçada.

VI.3. ACESSO UNIVERSAL A MEDIDAS DE PREVENÇÃO DO PALUDISMO

3.1. Luta antivectorial

A luta integrada dos vetores (LIV) é um processo de tomada de decisão racional para otimizar a utilização de recursos na gestão das populações de vetores, a fim de reduzir ou interromper a transmissão das doenças. A LIV visa melhorar o custo-eficácia das intervenções e perenizar as medidas de luta impedindo a proliferação dos vetores.

Neste contexto, e no âmbito da eliminação do paludismo, STP irá reforçar a estratégia de luta integrada contra os vetores combinando a PID, MILDA, luta antilarvar e gestão do meio ambiente através do saneamento do meio.

3.1.1. Utilização de mosquiteiros impregnados de inseticida de longa duração de ação (MILDA)

Os MILDA constituem uma medida de proteção individual, familiar e comunitária.
O acesso universal aos MILDA à toda à população à risco continua a ser uma prioridade nacional (1 MILDA para 2 pessoas). Os MILDA são supostos de guardar suas actividades biológicas durante pelo menos 20 lavagens com 3 anos de utilização sob condições normais. A distribuição de MILDA será feita durante as campanhas de massa que serão organizadas em todo o país. Estas campanhas serão feitas cada 3 anos para manter um nível adequado de cobertura. A quando da distribuição de MILDA, uma atenção especial será dada aos focos de infecção por paludismo. Para manter uma alta cobertura de MILDA, a distribuição de rotina irá continuar nas CPNs para as mulheres grávidas, lactentes e crianças com menos de 5 anos e em crianças em idade pré-escolar através de sessões de vacinação de rotina. É recomendado ao país de obter os MILDA recomendados pela WHOPES.

O PNLP com os parceiros (ONG Zatona Adil, cruz vermelha e outras) vão seguir a durabilidade dos MILDA depositados na comunidade. A informação recolhida no momento do seguimento sevirá para (1) planificar a subistituição de MILDA usados e/ou rasgados ; (2) facilitar a aquisição de MILDA apropriados as condições do meio ambiente; (3) estimar o intervalo entre as campanhas de distribuição de MILDA ; e (4) se possivel planificar a colecta ou a reciclagem dos MILDA velhos.

A bio-eficácia dos MILDA será avaliado a cada 2 anos por uma equipa de pesquisa local e/ou regional.

3.1.2. Pulverização intradomiciliar (PID)

Devido à taxa elevada de genes resistentes aos piretróides e ao DDT, será introduzida a rotação de inseticidas em 2018 com o organofosforado Perimifos-metil (Actellic 300CS), em um único ciclo anual de pulverização (8-12 meses de eficácia), e o Bendiocarb, um inseticida da Classe dos Carbamatos. O PNLP deverá garantir uma boa gestão dos pesticidas incluindo os resíduos.

Perante surtos de casos e de epidemias por paludismo, a PID será efetuada independentemente dos ciclos de pulverização normais. Na Região Autónoma do Príncipe, serão asseguradas as condições de armazenamento de inseticidas e fornecimento de equipamentos de pulverização.
Todavia, a PID será mantida em todo o País, até que não haja mais transmissão local.

3.1.3. Tratamento dos criadores larvares e saneamento do meio

O tramaneto dos criadores larvares será feito utilisando os insecticidas biologicos sem risco para o homem e para o ambiente, mais eficaz contra as larvas dos mosquitos vectores. Sobre o plano nacional todos os criadores identificados serão tratados com insecticida biologico eficaz.
A luta contra os vectores merecerá uma atenção particular com a participação de sectores que tem afinidade com o ambiente, a saber o Ministério da saúde, Ministério dos recursos naturais, infraestruturas e ambiente, Ministério da agricultura e o Ministério do interior (tendo em seu seio todas as Camaras). Afim de manter a eficácia das intervenções de luta antivectorial a curto médio e longo prazo, um parceiro solido entre o Ministéro de Agricultura e o PNLP será estabelecido no dominio de utilização de pesticidas no país. Um projecto de lei que rege a importação, a venda, à fabricação e utilização de produtos toxicos será submetido à assembleia nacional para aprovação.

3.1.4. Seguimento das flutuações sazonais dos vectores

O seguimento das flutuações sazonais dos vetores, incluindo estudos de distribuição, densidade, taxa de infeção e outros estudos relativos aos vetores do paludismo, serão realizados nos postos sentinela existentes em cada um dos Distritos de S. Tomé e na Região Autónoma do Príncipe.

3.2. Prevenção do paludismo durante a gravidez

Um pacote gratuito de intervenções será administrado às mulheres grávidas no momento da consulta pré natal nas US públicas e privadas ou nas actividades realizadas pelos serviços de saúde ao nível da comunidade.

Tratamento preventivo intermitente (TPIg)

Conforme as recomendações da OMS, todas as mulheres grávidas deverão receber quatro doses de sulfadoxina+pirimetamina (SP) por via oral em toma directa observada (DOT) com espaço de um mês à partir do segundo trimestre da gravidez. A este serão adcionado ácido fólico+sal férrico e um MILDA . As crianças em idade pré-escolar receberão igualmente um MILDA na sua primeira visita ao programa alargado de vacinação (PAV). A administração da SP e a distribuição dos MILDA na CPN será coordenada pelo Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR) com o apoio do PNLP.

3.3. Quimioprofilaxia nas pessoas não imunes

É aplicada aos habitantes da Região Autónoma do Príncipe (RAP) que visitam Países onde o paludismo é endémico.

No entanto, a quimioprofilaxia será também assegurada a todos os habitantes de S. Tomé e Príncipe que visitem países endémicos. Com efeito, todos os habitantes de STP receberão medicamentos apropriados tais como a Méfloquina e/ou o Atovaquone proguanil antes de viajar.

VI.4. INICIATIVA TRANSFRONTEIRIÇA E PREVENÇÃO DA RE-INTRODUÇÃO DE CASOS

Os serviços instalados ao nível dos pontos de entrada (portos marítimos e aeroportos) serão reforçados para monitorar os casos de febre e assegurar que os barcos e as aeronaves sejam pulverizados. Será implementada uma planificação conjunta com os países vizinhos

.

VI.5. REFORÇO DAS INTERVENÇÕES DE APOIO À GESTÃO DO PROGRAMA DIRECIONADO PARA A ELIMINAÇÃO DO PALUDISMO

Comunicação para a mudança de comportamento

Serão produzidos, para as Mídias e para a comunidade, material de informação sobre o paludismo adaptado ao contexto de eliminação. Serão também produzidos painéis e

folhetos informativos em línguas nacional e em português. Os painéis serão colocados ao longo das estradas, ao nível dos grandes centros (cidades dos Distritos) e ao nível dos aeroportos e portos. As jornadas comemorativas de luta contra o paludismo serão utilizadas para sensibilizar a população sobre a eliminação do paludismo. As mulheres grávidas serão sensibilizadas a frequentar os serviços de CPN. Os viajantes provenientes da RAP e dos Distritos de S. Tomé que tenham reduzido a transmissão do paludismo, serão sensibilizados a fazer a quimioprofilaxia de acordo com as normas nacionais.

Será solicitado o apoio do setor privado na difusão das mensagens de sensibilização das comunidades.
As comunidades, a sociedade civil e outros parceiros jogarão um papel importante na eliminação do paludismo. O programa deverá promover a participação dos parceiros comunitários na eliminação desta doença, reforçar as capacidades institucionais, a corrdenação e a planificação das actividades bem como o seguiemento e a pesquisa operacional.

VI. 6. SUPERVISÃO, SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Uma supervisão e um seguimento regular das intervenções serão instituidas ao longo desse programa de eliminação a todos os níves da pirámida sanitária. A equipa do nível nacional e do districto serão encarregadas dessa supervisão e o seguimento das actividades do programa. Uma supervisão formativa dos agentes implicados no programa de eliminação será assegurado toda vez que for necessário e em todo aspecto relativo a eliminação do paludismo. Sessões de formação serão organizadas no quadro de reforço das capacidades do pessoal implicado no processo de eliminação do paludismo em STP.

VII. DISPOSIÇÕES PRÁTICAS DE GESTÃO DO PROGRAMA DE ELIMINAÇÃO DO PALUDISMO

VII.1. Quadro institucional e organizacional de eliminação do paludismo em STP

Será criado um grupo independente formado por pelo menos por 10 peritos, visando aconselhar o País em matéria de eliminação do paludismo. Este grupo compreenderá o Ministério da Saúde, a Comissão Nacional de Luta Contra o Paludismo (CNLP) revitalizado, o Diretor do CNE e o coordenador do PNLP. Este grupo consultivo terá um Secretariado executivo com mandato preciso. O grupo reunirá regularmente para avaliar a eficácia da politica de eliminação, acompanhar o progresso do programa de eliminação e revisar a politica e/ou estratégia de maneira apropriada.

1.1. Grupo de trabalho

O orgão técnico de coordenação da implementação e do seguimento e avaliação das actividades de aliminação do paludismo, esse grupo assegurará a supervisão técnica e dará as orientações necessarias na implementação das actividades. Esse grupo de trabalho será responsável pelas seguintes tarefas :Assegurar a advocacia, a coordenação assurer dos parceiros e a mobiisação dos recursos para a luta contra o paludismo e sua eliminação em todo país, seguir os progressos e o desempenho das partes interresadas na implementação dessa política, e fornecer orientações estratégicas as partes interessadas na caminhada rumo a STP sem paludismo. Esse grupo de trabalho será formado de representantes : das instituições académicas e de pesquisa, orgaisações do sector privado, da sociedade cívil, dos parceiros e agências de desenvolvimento multilateral e bilateral, do Fundo Mundial e das agências das nações unidas. O grupo se reunirá pelo menos duas vezes por ano e um dos membros será eleito como presidente com um mandato limitado a 5 anos, a menos que ele seja reeleito.

Uma vez por ano o grupo de trabalho, organisara um Forum sobre o paludismo em STP. Esse forum servirá de plataforma anual para todos os actores implicados, de modo que possam toma rem conta as suas responsabilidades técnicas e financeiras na implentação dessa política de eliminação . assim no momento desse forum, as partes ineteressadas serão convidadas a fornecer informações sobre os progressos realizados no quadro de eliminação do paludismo em STP, nomeadamente sobre o seguimscento e o estado de execução dos engajementos de cada um dentre eles relarivamente a total implementação desta política. O forum permimirá um engajamento de advocacia a favor de um aumento de engajamento incluindo em matéria de financiamento.

1.2. Comité tecnico de peritos na luta contra o paudismo

Esse grupo técnico de peritos na eliminação do paleudismo em STP terá por responsabilidade : de seguir regularmente os progressos realizados na implementação desta política e de adptar as intervenções na base da crescente capacidade do país ao longo do tempo, de proceder a uma auditoria anual independente de asseguraro seu seguimento, de apoiar o país na preparação da documentação necessária para a

certificação de eliminação, e de aconselhar o grupo de trabalho sobre a preparação a certificação de eliminação. Os membros da comité técnica de peritos na luta contra o paudismo devem ser os decisores de alto nível e peritos técnicos das instituições concernentes.o comité se reunirá pelo menos duas vezes por ano.

VII.2. Estrutura de implementação da política de eliminação do paludismo

Tal como acontece para todas as doenças, a eliminação é um processo que se inicia ao nível do distrito e se estende por todo o País. Acontece o mesmo para o paludismo, que em nossa opinião, a sua eliminação será de um distrito para o outro até cobrir todo o País. Todavia, os aspetos de consolidar os ganhos serão considerados para não perder os ganhos. A implementação da política de eliminação do paludismo será assurada em ligação com a política nacional de saúde.

VII.3. Adoção de uma política nacional para a eliminação do paludismo

Uma legislação sobre a eliminação do paludismo será adotado e promulgado, pela Assembleia nacional. Os diferentes documentos normamtivos do país em matéria da luta contra o paludismo deverão ser inspirados das orientações da presente política nacional de eliminação do paludismo. Trata-se entre outros de documentos estratégicos, das diretrizes, dos protocolos e dos guias.

O presente documento de política de eliminação do paludismo de STP é um instrumento de referência dinâmica. Deve ser revisto sempre que necessário a fim de introduzir novas orientações.

VII.4. Mobilização de recursos financeiros apropriados à eliminação

Devido às ameaças frequentes de supressão do financiamento aos Países de fraca transmissão do paludismo, canalizando este financiamento para os países endémicos, será solicitado a Grupo de trabalho uma vez criado, de apoiar os esforços do país para para um financiamento perene, a fim de evitar a perda dos ganhos já adquiridos.

[1] Cette politique est en ligne avec l'Agenda 2063 de l'Union africaine, et des ODD cible 3, visant l'élimination de VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme d'ici 2030 (AMS, 2015).

[1] Cadre pour la mise en œuvre de la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 dans la Région africaine
[1] Surveillance épidémiologique en vue de l'élimination du paludisme : Manuel opérationnel, OMS, 2014