GOVERNO DA
GUINÉ-BISSAU

Ministério da Saúde Pública

Direção Geral de Prevenção e Promoção de Saúde

Programa Nacional de Luta contra o Paludismo

PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE LUTA CONTRA O PALUDISMO 2026-2030

Abril 2026

Índice

LISTA DAS TABELAS, DAS FIGURAS E GRÁFICO *4*
Lista das tabelas *4*
Lista das figuras *4*
Lista dos gráficos *4*
PREÂMBULO *5*
AGRADECIMENTOS *6*
LISTA DOS ACRÓNIMOS *7*
RESUMO *9*
Objetivo geral 11
Objetivos específicos 11
1. INTRODUÇÃO *13*
2. PERFIL DO PAÍS *14*
2.1 Visão Geral 14
2.2 Sistema sociopolítico 15
2.3 Situação demográfica 16
2.4 Ecossistema, ambiente e clima 17
2.4.1 Zonas climáticas 17
2.4.2 Efeitos das alterações climáticas sobre o paludismo 17
2.5 Situação socioeconómica 18
2.6 Análise do sistema de saúde 20
2.6.1 Política e estratégia nacional de saúde 20
2.6.2 Sistema de saúde pública 21
2.6.3 Outros setores de caráter público 23
2.6.4 Setor privado 23
2.6.5 Setor da Medicina Tradicional 24
2.6.6 Recursos humanos para a saúde 24
2.6.7 Gestão e aprovisionamento de Produtos Farmacêuticos 26
2.6.8 Financiamento da saúde 26
3. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO PALUDISMO *27*
3.1 Apresentação do PNLP 27
3.2 Histórico da luta contra o paludismo 28
3.3 Perfil epidemiológico 29
3.3.1 Parasitas do paludismo 29
3.3.2 Vetores do paludismo 29
3.3.3 Mudança/evolução da distribuição de espécies de parasitas 29
3.3.4 Estratificação e cartografia do paludismo 30
3.4 Revisão do plano estratégico de luta contra o paludismo 2023-2027 34
3.4.1 Principais resultados de luta contra o paludismo 34
3.4.2 Evolução dos indicadores do quadro de performance 35
3.4.3 Análise do panorama do financiamento do paludismo 36
3.4.4 A análise das atividades PEN planeadas e implementadas 38
3.4.5 Eficácia do sistema de saúde na prestação de serviços de paludismo 38
3.4.5.1. Evolução da luta anti-vetorial (LAV) 38

3.4.5.2. Evolução do manejo de casos 40
3.4.5.3. Evolução da prevenção do Paludismo nas grávidas 43
3.4.5.4. Evolução da Quimioprevenção do Paludismo Sazonal 43
3.4.5.5. Evolução da Gestão do Aprovisionamento e de Stock (GAS) 44
3.4.5.6. Evolução da advocacia, mobilização social e da comunicação para a mudança de comportamento 44
3.4.5.7. Nível de realização dos objetivos de preparação e resposta contra as epidemias do paludismo 44
3.4.5.8. Evolução da vigilância, Seguimento e Avaliação 44
3.4.5.9. Evolução da funcionalidade da gestão do programa 44
3.4.5.10. Principais fraquezas de implementação e medidas de reforços 46
3.4.5.11. Desafios para o programa em 2023-2025 52
4. QUADRO ESTRATÉGICO DO PEN 2026-2030 52
4.1. Finalidade 54
4.2. Objetivos 54
Objetivo geral 54
Objetivos específicos 54
5. QUADRO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PEN 2026-2030 61
5.1. Modalidades de implementação do PEN 2026-2030 61
5.1.1. Mecanismo de planificação e de implementação 61
5.1.2. Sistema de parceria e de coordenação 61
5.1.3. Sistema de gestão das aquisições e aprovisionamento 62
5.1.4. Gestão dos recursos financeiros 62
5.1.5. Gestão e atenuação dos riscos 62
5.2. Orçamentação do PEN 2026-2030 61
5.2.1. Resumo do orçamento 61
5.2.2. Análises das lacunas orçamentais 61
5.2.3. Mapeamento dos parceiros 61
5.2.4. Plano de mobilização dos recursos 62
6. QUADRO DE SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO 63
6.1. Quadro de performance 63
6.2. Sistemas de gestão dos dados 66
6.3. Mecanismos de coordenação do S&A 66
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 68
8. ANEXOS 69
8.3. Organigrama do PNLP 89
Organigrama do PNLP / ATN-PNLP 89

LISTA DAS TABELAS, DAS FIGURAS E GRÁFICO

Lista das tabelas

Tabela 1: Dados demográficos
Tabela 2 : Indicadores sanitários e socioeconómicos
Tabela 3: Distribuição das áreas sanitárias por região sanitária na Guiné-Bissau, 2024
Tabela 4: A força de trabalho do MINSAP
Tabela 5: Provisões orçamentais da Saúde no OGE (2023 – 2025)
Tabela 6: Regiões e tamanho da população por estrato
Tabela 7: Evolução dos indicadores do quadro de performance
Tabela 8: Mobilização de recursos financeiros 2023-2025
Tabela 9: Mobilização de recursos financeiros por parceiro 2023-2025
Tabela 10: Análise das lacunas de financiamento em 2023-2025
Tabela 11: Execução da implementação do PEN 2023-2027
Tabela 12: Distribuição de MILDA na campanha
Tabela 13: Distribuição de MILDA de rotina nas crianças <1ano
Tabela 14: Distribuição de MILDA de rotina nas grávidas
Tabela 15: Progressos dos indicadores do diagnóstico imunológico e parasitológico ao nível das Etruturas Sanitárias, 2023 -2025
Tabela 16: Taxas de positividade nos setores público, privado e comunitário, 2023-2025
Tabela 17: Casos tratados nos setores público, privado e comunitário, 2023-2025
Tabela 18: Coberturas TPI durante as Consultas Pré-natais 2023 -2025
Tabela 19: Cobertura infantil por ano
Tabela 20: Principais fraquezas de implementação e medidas de reforços
Tabela 21: Repartição do orçamento por domínio
Tabela 22: Lacunas financeiras de 2026 a 2030
Tabela 23: Domínios de intervenção dos parceiros
Tabela 24: Lista das áreas sanitárias selecionadas para a vacinação

Lista das figuras

Figura 1: Mapa administrativo da Guiné-Bissau
Figura 2: Pirâmide Sanitária da Guiné-Bissau, PNDS 2023-2028
Figura 3: Incidência Bruta / 1000 casos em 2023
Figura 4: Principais intervenções
Figura 5: Calendário de vacinação do paludismo na Guiné-Bissau.

Lista dos gráficos

Grafico 1: Taxa de incidência de paludismo 2023-2025
Grafico 2: Prevalência da infeção por paludismo nas crianças dos 6-59 meses.
Grafico 3: Tendência da prevalência da infeção por paludismo nas diferentes faixas etárias, 2012-2023
Grafico 4: Taxa de mortalidade por paludismo 2023-2025
Grafico 5: Número de exames realizados de 2023 a 2025 (01 janeiro a 30 setembro 2025)
Grafico 6: % utilização de exames de 2023 a 2025 (01 janeiro a 30 setembro 2025)
Grafico 7: Número de casos suspeitos de paludismo testados e confirmado de 2023 a 2025

PREÂMBULO

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

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

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

Tratam-se essencialmente de: "atingir a cobertura universal no que diz respeito ao manejo de casos no sector público, privado e na comunidade", "atingir e manter o acesso universal no que diz respeito as medidas de prevenção assim como sua utilização" e "acelerar o desenvolvimento dos sistemas de vigilância".
É neste contexto, que intervêm a elaboração do Plano Estratégico Nacional 2026-2030. O roteiro das intervenções deste documento deverá permitir aos diferentes atores de luta contra o paludismo, em particular os parceiros nacionais e internacionais de dispor de instrumentos de planificação, execução e avaliação das ações
É por isso que eu convido a todos os parceiros do desenvolvimento, pessoal de saúde, decisores, ONG, sociedade civil, setor privado à se apropriarem deste documento, para uma melhor conjugação e coordenação dos esforços no terreno, para a implementação das intervenções essenciais em via de atingir os objetivos propostos.
Aproveito esta ocasião para exprimir a minha gratidão à todas as pessoas e instituições que contribuíram para a elaboração deste documento.

O Ministro da Saúde Pública

Comodoro Dr. Quinhin Nantote

AGRADECIMENTOS

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

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



O Diretor Geral de Prevenção e Promoção da Saúde

Dr. Armando Sifna

LISTA DOS ACRÓNIMOS

ACT	Terapia Combinada à base de Artemisinina
AQ+SP	Amodiaquina + Sulfadoxina-Pirimetamina
ARFAME	Autoridade Reguladora Farmácia, Laboratório, Medicamentos e outros Produtos de Saúde
AS	Área Sanitária
ASC	Agentes de saúde comunitária
CCSS	Comité de Coordenação do Setor da Saúde
CECOME	Central de Compras de Medicamentos Essenciais
CIV	Controlo Integrado de Vetores
CMC	Comunicação para a Mudança de Comportamento
CPN	Consulta Pré-Natal
DGPPS	Direcção Geral de Prevenção e Promoção da Saúde
DHIS2	Distric Health Information System 2
DRS	Direções Regionais de Saúde
ERS	Equipas Regionais de Saúde
FG	Fundo Mundial
HNSM	Hospital Nacional Simão Mendes
IEC	Informação, Educação, Comunicação
INASA	Instituto Nacional de Saúde Pública
INE	Instituto Nacional de Estatística
LAL	Luta anti larvária
LAV	Luta Antivectorial
LMIS	Sistema de informação de gestão logística
MILDA	Mosquiteiro Impregnado de Longa Duração de Acão
MINSAP	Ministério da Saúde Pública
MICS	Inquéritos aos Indicadores Múltiplos
MIS	Malaria indicator survey
NFM	Novo mecanismo de financiamento
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OGE	Orçamento Geral de Estado
OSC	Organizações da sociedade civil
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PBO	Butoxyde de pipéronyle
PCR	Polymerase chain reaction
PIC	Plano Integrado de Comunicação
PID	Pulverização intra domiciliaria
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitários
PNLP	Programa nacional de luta contra o paludismo
PSB	Projeto de Saúde Bandim
QPS	Quimioprevenção do paludismo sazonal
RBM	Roll Back Malaria
RS	Região Sanitária
SAB	Setor Autónomo de Bissau
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SIS	Sistema de Informação Sanitária

VS&A/PO	Vigilância, Seguimento e Avaliação/ Pesquisa Operacional
TDR	Teste de Diagnóstico Rápido
TPI	Tratamento Preventivo Intermitente
UNDP	United nations development programe
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VCR	Controle vetorial

RESUMO

O paludismo na Guiné–Bissau uma doença endémica de transmissão estável e de prevalência elevada. A doença representa a primeira causa de morbilidade e de mortalidade geral, sobretudo, nas crianças menores de 5 anos e grávidas.
Apesar da diminuição progressiva do número de casos e óbitos por paludismo nos últimos anos, a doença continua a constituir um importante problema de saúde pública no país. Em 2025, foram notificados cerca de 113.990 casos do paludismo, correspondendo a uma incidência de 49 casos por 1.000 habitantes. Entre estes, 17.666 casos (15,5%) foram registados em crianças menores de cinco anos, grupo no qual se notificaram também 45 óbitos (19%).
As grávidas representaram 2.443 casos (2%), com 2 óbitos (1%) notificados neste grupo. A faixa etária de 5 a 14 anos contribuiu com 31,1% dos casos (35.395) e 29% dos óbitos (66) registados no mesmo período.
Na sua declaração política, o Estado da Guiné-Bissau reconheceu a saúde como base do desenvolvimento durável e como um investimento precioso para as futuras gerações.
Desde 2001 que a Guiné-Bissau elaborou planos estratégicos quinquenais para combater o paludismo, baseados nas orientações estratégicas inspiradas em estratégias globais definidas pela OMS.
O plano mais recente, que abrange o período de 2023 a 2027, inicialmente previsto para uma revisão a meio termo, foi alvo de uma revisão final que engloba o período de 2023 a 2025. Isto foi feito para alinhar com os objetivos mundiais da Estratégia Técnica Global 2016-2030 e para aproveitar as oportunidades de financiamento internacional.
O presente plano 2026-2030, tem como finalidade melhorar os resultados obtidos ao longo da implementação dos planos estratégicos anteriores e alcançar e/ou manter a cobertura universal de todas as intervenções de luta contra o paludismo com o objetivo de eliminar o paludismo em determinadas áreas sanitárias do país, até 2030. Dado o compromisso do país com a eliminação do paludismo, este plano também incorpora a vigilância como um objetivo.
O processo da elaboração foi participativo e inclusivo, envolvendo estruturas do Ministério da Saúde, parceiros técnicos e financeiros, organizações da sociedade civil e outros ministérios.
Este plano segue o ciclo de planificação do Ministério da Saúde, que assenta num plano trienal que tomou em consideração os microplanos elaborados pelas estruturas operacionais em cada nível do sistema nacional de saúde.
As recomendações da avaliação final do PEN 2023-2027 foram tidas em conta no desenvolvimento deste plano estratégico.
Este Plano Estratégico Nacional cobre o período de 2026 a 2030. Está alinhado com os documentos nacionais de planificação, nomeadamente o PNDS-III e o PNLP, bem como a Estratégia Técnica Global (ETG) de Controlo do Paludismo 2016-2030.

Principais resultados de luta contra o paludismo
Indicadores de mortalidade ao paludismo. A taxa de positividade para os testes de diagnóstico do paludismo (microscopia e/ou TDR) em doentes (hospitalizados e ambulatórios) tem vindo a diminuir continuamente desde 2023, passando de 27,8% para 21,2% em 2025, com uma meta de 28%. Portanto, este indicador atingiu o seu objetivo.
A prevalência parasitária nas crianças dos 6 aos 59 meses é de 1,6% em 2023, acima da meta de 0,6%. Assim sendo, a meta não foi atingida em 2023. Este indicador será reportado para 2027, utilizando os resultados do MIS de 2026.
A taxa de mortalidade de crianças com menos de cinco anos por todas as causas por 1.000 nados-vivos não está disponível. Deverá ser recolhida pelo inquérito MICS, previsto para 2026. Em 2020, esperava-se que esta taxa fosse de 51 por 1.000 nados-vivos.

- Melhorar da qualidade dos dados do paludismo;
- Reforçar as parcerias e a coordenação das intervenções de controlo da paludismo;
- Melhorar a implicação do sector privado na luta contra o paludismo e fazer advocacia junto do Governo para reforçar a sua contribuição financeira à causa da doença;
- Melhoria o aprovisionamento e a gestão de stocks para assegurar a boa gestão e o controlo de qualidade dos produtos de controlo do paludismo;
- Reforço da resposta a epidemias e emergências;
- Melhoria a advocacia, comunicação e mobilização social a todos os níveis no domínio da prevenção do paludismo;
- Consolidação das capacidades de gestão de programas a todos os níveis, incluindo parcerias e colaboração multissetorial;
- Integrar as considerações sobre as alterações climáticas em todas as intervenções de controlo da luta contra o paludismo (vigilância, abordagens multissetoriais, resposta baseada na comunidade, etc.).

4.4. Finalidade e objetivos

4.1. Finalidade

A finalidade da luta contra o paludismo na Guiné-Bissau é de eliminar a doença em todo o território nacional.

4.2. Objetivos

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

Objetivos específicos
Até final de 2030:

- Reduzir a taxa de mortalidade por malária em 83% em relação com 2025;
- Reduzir a taxa de morbilidade por paludismo em 83% em relação com 2025;
- Reduzir o risco de transmissão do paludismo em pelo menos de 1/1000 habitante em pelo menos 40% das áreas sanitárias do país.

4.5. Principais estratégias de luta contra o paludismo

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

- O diagnóstico biológico de casos, seguido de um tratamento específico e precoce, de acordo com a política nacional;
- A luta contra os vetores, através da distribuição de MILDA para a população, combinado com o saneamento do meio ambiente;
- A prevenção do paludismo nas grávidas, através da administração de TPI e a distribuição de MILDA nas CPN;
- A prevenção do paludismo nas crianças de 3 a 120 meses, nas regiões alvos através da estratégia Quimioprevenção do Paludismo Sazonal (QPS);
- As estratégias de suporte que serão transversais a todos os níveis: a IEC/CMC/Mobilização Social sobre o paludismo, o monitoramento/vigilância,

Seguimento e Avaliação de todas as intervenções e Pesquisa Operacional, a Gestão racional dos Aprovisionamentos e dos Stocks e a Gestão e Coordenação do Programa

- Gestão e coordenação do programa Luta Anti vetorial (LAV).

As intervenções do Plano Estratégico Nacional do PNLP estão listadas na tabela abaixo

4.5.1. Gestão e coordenação do programa

Objetivo da componente: Reforçar as capacidades institucionais, técnicas e de gestão do Programa Nacional de luta contra o paludismo a todos os níveis, a fim de implementar atividades relacionadas com a eliminação da doença até 2030.

INTERVENÇÕES	DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES
1. Reforço da capacidade do PNLP na gestão da luta contra o paludismo	O PNLP necessitará de reforço da sua capacidade institucional, o que passa necessariamente de um lado, pela capacitação dos seus técnicos em matéria de gestão e por outro lado, pela realização da advocacia junto das autoridades nacionais e dos parceiros para a melhoria das suas condições de trabalho (materiais, equipamentos, espaço físico, recursos humanos tendo em conta a equidade do género, financeiros, transporte, etc.).
2. Reforço da liderança, parceria e multissetorialidade	O PNLP assegurará a liderança do Ministério da Saúde pela coordenação eficiente das parcerias e mobilização de recursos humanos e financeiras para implementação do PEN a luta contra o paludismo a nível nacional e regional. Um dos seus maiores desafios será de levar os parceiros a aderirem aos princípios de 3 em 1 (1 só mecanismo de coordenação da luta contra o paludismo, 1 só plano estratégico e 1 só plano de seguimento e avaliação); o que implicará uma convergência de esforços, evitando assim a duplicação de ações no terreno. A fim de coordenar os esforços para eliminação de controlo do paludismo num quadro multissectorial, o PNLP procurará novas parcerias em vários sectores e ministérios nao saude (Ministério da Administração Territorial e Poder Local, através da Camara Municipal de Bissau e Administração Regional e Sectorial, Ministério da Agricultura, Ministério de Comunicação Social, Ministério das Finanças, etc....) Estes Ministérios, o sector privado e a sociedade civil serão sensibilizados para a necessidade de adoptar as responsabilidades e ações definidas no plano estratégico nacional de combate ao paludismo. (Ver anexo.). Além disso, dentro do mesmo quadro, será implementada uma orientação para uma ação multissectorial abrangente do paludismo e desenvolvimento sustentável, ou seja, os atores individuais do sector empenhar-se-ão na luta contra o paludismo, muitas vezes através do trabalho no "sector da saúde". Será estabelecida uma colaboração transfronteiriça com a Guiné Conakry e o Senegal para realizar atividades conjuntas em ambos os lados da fronteira. Será criado um comité de eliminação do paludismo para orientar e monitorizar os progressos no sentido da eliminação do paludismo. Será criado um fundo para a eliminação do paludismo para financiar esta eliminação, e serão formados grupos de trabalho técnicos para prestar aconselhamento técnico sobre as diversas estratégias de combate ao paludismo.
3. Recursos humanos de apoio de luta contra o paludismo	Esta intervenção visa reforçar as competências dos técnicos do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo (PNLP) em diversas áreas identificadas para melhorar o desempenho do programa (gestão baseada em resultados, gestão administrativa e financeira, entomologia e paludologia, tecnologias de informação, etc.).

3.4.5.11. Desafios para o programa em 2023-2025

- Baixa adesão das gestantes às consultas pré-natais;
- Ausência de coordenação intersectorial enfraquece a integração dos programas e a abordagem multissetorial;
- Aspetos socioculturais, como condições habitacionais inadequadas e práticas locais, reduzem o uso efetivo dos mosquiteiros;
- Falta de orçamento nacional estável na aquisição e distribuição dos insumos de diagnóstico do paludismo (TDR e Gota Espessa) anti palúdicos;
- Preferência por medicamentos tradicionais em vez anti palúdicos;
- Fazer validar o documento de criação do PNLP no Conselho de Ministros e publicar no Boletim Oficial;
- Garantir condições de trabalho adequadas (espaço físico, equipamentos, etc) para os técnicos do PNLP;
- Reativar o Comité de Coordenação para o combate ao paludismo;
- Aumentar e disponibilizar a contribuição doméstica, através do OGE, no combate ao paludismo;
- Harmonização dos dados da plataforma do DHIS2 (dados dos livros de consulta e dados de dispensação das farmácias);
- Reforço da garantia de qualidade dos insumos;
- Insuficiência dos recursos humanos qualificados;
- Falta de dados e evidências para influenciar decisores;
- Baixo alcance em áreas remotas e rurais;
- Mensagens genéricas e pouco;
- Ausência de monitoramento de ações de comunicação;
- Envolvimento comunitário desigual;
- Integração das atividades com outros programas;
- Harmonização dos instrumentos de coleta de dados entre o nível central, regional e periférico.

4. QUADRO ESTRATÉGICO DO PEN 2026-2030

4.1. Visão

A visão do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo é que esta doença seja eliminada na Guiné-Bissau.

4.2. Missão

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

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

A Constituição da República da Guiné-Bissau (no seu Art.15) reconhece o direito de todos os cidadãos à saúde. Outros documentos fundamentais, tais como o DENARP, não só indicam que o direito à saúde é uma prioridade para o governo, mas, também que a luta contra o paludismo constitui igualmente uma das prioridades do governo. O País aderiu às várias iniciativas mundiais de luta contra o paludismo, tais como, os acordos de Abuja e a Iniciativa Fazer Recuar o Paludismo, estratégia técnica mundial 2016-2030 e Declaração de Yaounde 2023.

A parceria Fazer Recuar o Paludismo (FRP) reafirmou as metas e estratégias de luta contra o paludismo no seu Plano Estratégico Global de 2026-2030, ambicionando trazer clareza, unidade e impulso à resposta global ao paludismo, harmonizando e acelerando a ação dos países, reunindo o ecossistema e impulsionando o progresso para a erradicação.

O ODS-3 identifica o paludismo como uma das doenças endémicas que deve deixar de representar um problema de saúde pública.

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

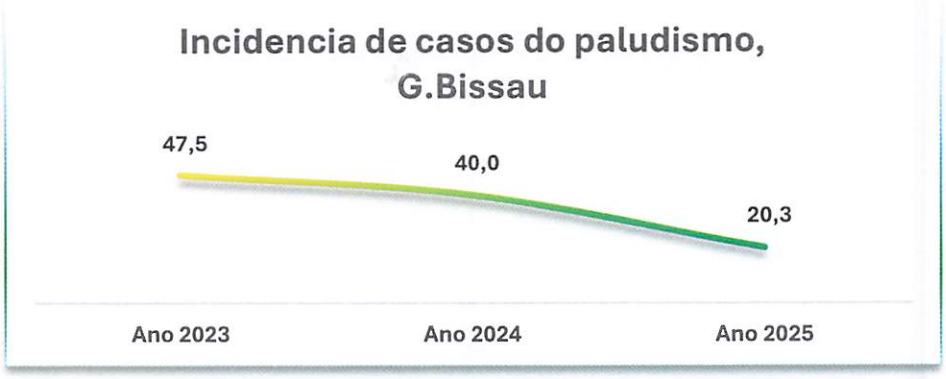
Os **valores** que orientam este plano advêm do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS-III) e são: a equidade, o respeito pela pessoa humana (solicitude, qualidade de serviços, confidencialidade e atendimento às suas necessidades), a integralidade (bem-estar físico, mental e social) e a integridade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

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

4.3. Orientações estratégicas e prioridades políticas

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

- Manter o acesso universal e a utilização de MILDA;
- Aumentar a cobertura das doses recomendadas de tratamento preventivo intermitente (TPI) para as grávidas e de quimioprevenção do paludismo (QPS) para as crianças dos 3 aos 120 meses de idade;
- Manter o slogan de "Não há malária sem confirmação biológica" de todos os casos suspeitos de paludismo a todos os níveis e garantir o controlo de qualidade;
- Tratar todos os casos confirmados de paludismo a todos os níveis, realizar o controlo de qualidade e a fármaco vigilância;



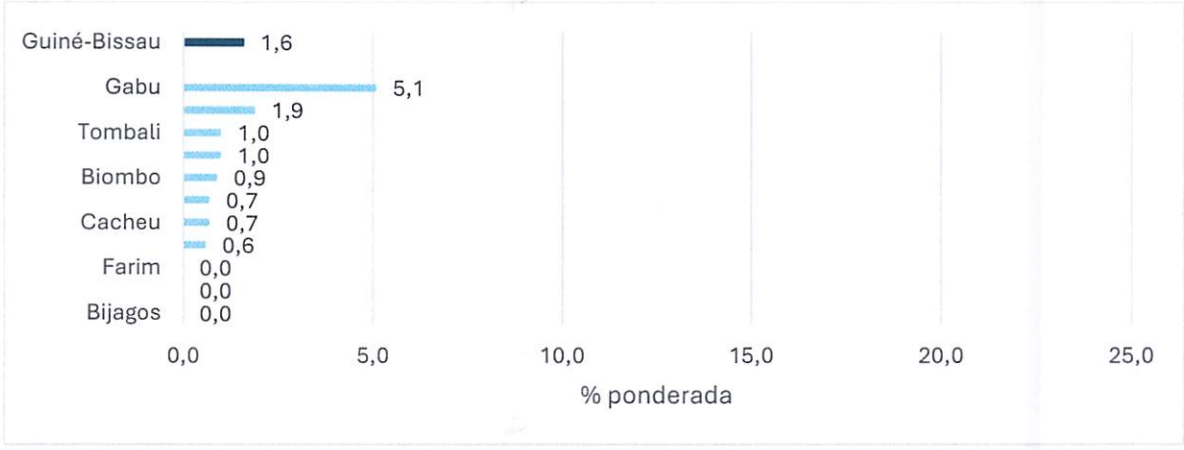
Fonte: Relatorios anuais do PNLP/INASA e DHIS2

Grafico 1: Taxa de incidência de paludismo 2023-2025

Entre 2023 e 2025, observa-se uma tendência decrescente da taxa de incidência, passando de 47,5% para 20,3% Isto representa uma redução de 57%.

A infeção pelo paludismo na comunidade sofreu um declínio considerável de 2020 a 2023 em todas as faixas etárias de 6.4% para 3.1%.
Nos menores de cinco anos, registou-se uma queda de 3.6% para 1.6%, nos maiores de cinco anos foi de 7.8% para 5.0% e, já na faixa etária dos 5-14 anos de idade, diminuiu de 12% para 7.3% (MIS 2023).

A prevalência ajustada nas crianças dos 6 aos 59 meses testadas foi de 1,6% no geral, sendo de 5,1% em Gabú e 1,9% em Bafata (gráfico 1).



Fonte: Relatorios anuais do PNLP/INASA e DHIS2

Grafico 2: Prevalência da infeção por paludismo nas crianças dos 6-59 meses.

A prevalência geral nas zonas rurais foi significativamente maior do que nas urbanas.

Analisando a distribuição geográfica da infeção por paludismo a nível regional, observou-se que a zona leste e sudeste do país. No entanto, analisando por setor, notaram-se áreas mais afetadas dentro das regiões. Na região sanitária de Gabú, a prevalência nos menores de cinco anos foi mais elevada em Boé, Sonaco e Gabú, já para os maiores de 5 anos foi em Sonaco, Pitche e Gabú. Na região de Bafatá, os setores de Cossé e Contuboel apresentaram tendência de maior prevalêcia; em Tombali, foram os setores de Komo e Cacine.

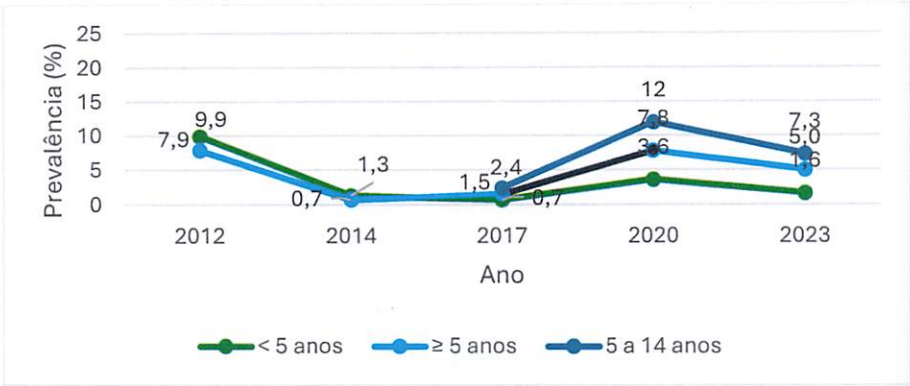


Grafico 3: Tendência da prevalência da infeção por paludismo nas diferentes faixas etárias, 2012-2023

A taxa de mortalidade também diminuiu entre 2023 e 2024, descendo de 9,8 para 4,8, uma redução de 51%. Mas no entanto, voltou haver um aumento de taxa de mortalidade entre 2024 2025 de 4,8 para 9,8, conforme consta no gráfico abaixo. Para com isso, poder-se ter havido uma melhoria na notificacação de casos em 2025, quando comparado com os dados de paludismo notifcados em 2024, com aumento de óbitos na maioria das regiões sanitárias (7/11). Por outro lado, provável as ações de controlo de qualidade de dados (CQD) efetuadas entre PNLP, INASA e PR/PNUD) nesse ano de 2025.



Fonte: Relatorios anuais do PNLP/INASA e DHIS2

Grafico 4: Taxa de mortalidade por paludismo 2023-2025

- **Principais intervenções**

A definição das principais intervenções foi baseada na combinação de três elementos fundamentais, nomeadamente:

- Incidência Ajustada;
- Prevalência do MIS, 2023; e
- Risco de importação de casos

Áreas de risco muito baixo: Foco no manejo de casos, vigilância semanal, distribuição de MILDA (mosquiteiros impregnados de longa duração) tanto na rotina quanto em campanhas e TPIg (Tratamento Preventivo Intermitente em Grávidas).

Áreas de risco baixo: Além das intervenções para áreas de risco muito baixo, inclui-se a Quimioprofilaxia Sazonal (QPS) conforme a sazonalidade da transmissão.

Áreas de risco moderado: Acrescentam-se intervenções mais intensivas como o Programa de Pulverização Intradomiciliar (PID) e a vacinação contra o paludismo.

Áreas de risco elevado: Aplicação de todas as estratégias mencionadas, com reforço especial no PID, vacinação para reduzir a carga da doença.

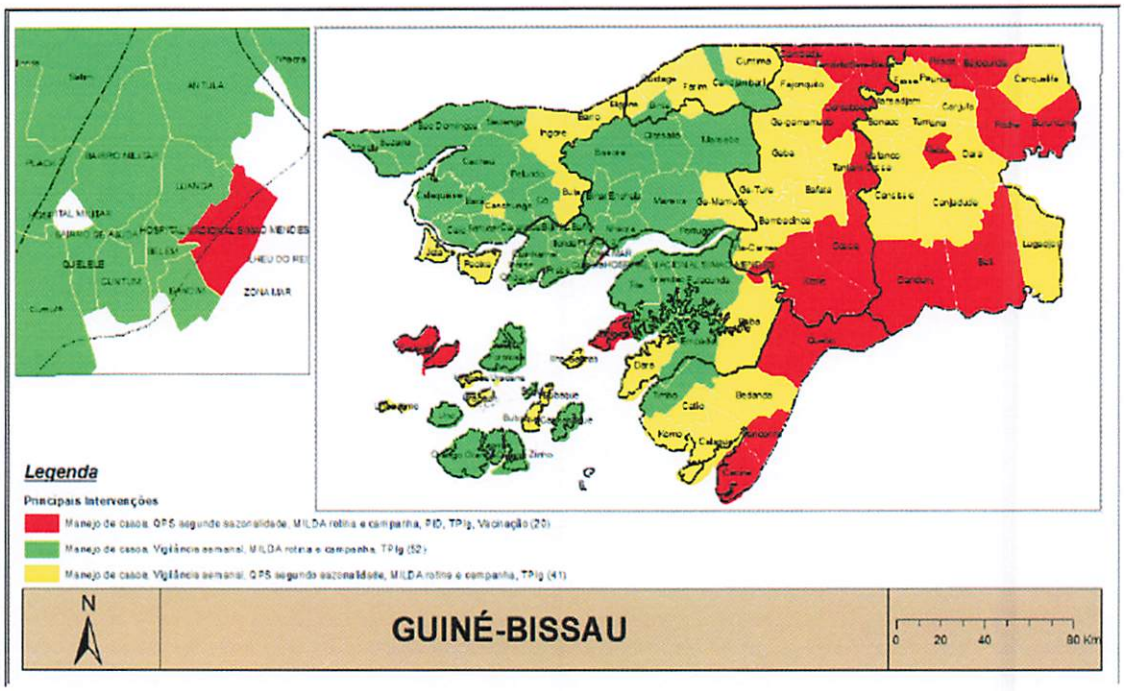


Figura 4: Principais intervenções

3.4 Revisão do plano estratégico de luta contra o paludismo 2023-2027

O Ministério da Saúde organizou com apoio dos parceiros técnicos e financeiros, a revisão da performance do PNLP que decorreu concretamente de outubro a dezembro de 2025.

Essa revisão focalizou-se em cinco objetivos: **(i)** fazer a revisão de epidemiologia do paludismo, **(ii)** avaliar o quadro estrutural, organizacional e administrativo da implementação das políticas e do programa no seio do sistema de saúde e do plano nacional de desenvolvimento sanitário; **(iii)** avaliar os progressos realizados em relação aos objetivos nacionais, regionais e mundiais; **(iv)** avaliar a performance atual do programa por domínios temáticos de intervenção e por nível de prestação de serviço; (v) definir as próximas etapas a fim de melhorar a performance do programa ou de redefinir a orientação e as prioridades estratégicas nomeadamente pela revisão das políticas e das estratégias.

Os dados qualitativos têm sido objeto de análise para a identificação dos desafios e das prioridades.

3.4.1 Principais resultados de luta contra o paludismo

- Indicadores de morbilidade ao paludismo

A taxa de positividade para os testes de diagnóstico do paludismo (microscopia e/ou TDR) em doentes (hospitalizados e ambulatórios) tem vindo a diminuir continuamente desde 2023, passando de 27,8% para 21,2% em 2025, com uma meta de 28%. Portanto, este indicador atingiu o seu objetivo.

A prevalência parasitária nas crianças dos 6 aos 59 meses é de 1,6% em 2023, acima da meta de 0,6%. Assim sendo, a meta não foi atingida em 2023. Este indicador será reportado para 2027, utilizando os resultados do MIS de 2026.

- Indicadores de mortalidade ao paludismo

A taxa de mortalidade de crianças com menos de cinco anos por todas as causas por 1.000 nados-vivos que é de 67% na Guiné-Bissau, segundo o Relatório Anual de Resultados das Nações Unidas na Guiné-Bissau 2024. Este deverá ser recolhida pelo inquérito MICS, previsto para 2026.
Em 2020, esperava-se que esta taxa fosse de 51 por 1.000 nados-vivos.
O número de mortes hospitalares por paludismo foi de 4,7 por 100.000 habitantes em 2024, com uma meta de 8,4, e de 4,2 por 100.000 habitantes em 2025, com uma meta de 7,4. Portanto, este indicador atingiu o seu objetivo.

3.4.2 Evolução dos indicadores do quadro de performance

Os indicadores do quadro de desempenho são apresentados na tabela abaixo.

Tabela 3: Evolução dos indicadores do quadro de performance

Indicadores	Base (ano)	Nível alcançado	Metas	Diferença em relação aos dados de base	Fonte
Taxa de positividade dos testes do paludismo (microscopia e/ou TDRs) nos pacientes (internados e nas consultas externas)	37% (2022)	21,2% (2025)	28%	+74%	SIS
Prevalência parasitaria em crianças de 6 á 59 meses	0,7% (2017)	1,6% (2023)	0,6%	-56,25%	MIS
Taxa de mortalidade das crianças menores de 5 anos, todas causas confundidas para 1.000 nascidos vivos	88,8 (2014)	-	-	-	MICS
Número de óbitos hospitalares por paludismo: taxa por 100.000 habitantes por ano	12 (2016)	4,2 (2025)	7,4	+183	SIS
Proporção de casos suspeitos de paludismo submetidos a um teste parasitológico nos estabelecimentos de saúde do sector público	99,9% (2021)	99,8% (2025)	100%	-0,1%	SIS
Proporção de casos suspeitos de paludismo submetidos a um teste parasitológico na comunidade	59,8% (2021)	42,8% (2025)	99%	-40%	SIS
Proporção de casos suspeitos de paludismo submetidos a um teste parasitológico nas locais do setor privado	95,5% (2021)	100%	100%	+4,5%	SIS
Proporção de casos de paludismo confirmados e tenham recebido tratamento antipalúdicos nos estabelecimentos de saúde do setor público	98,1% (2021)	98,63% (2025)	100%	+0,53%	SIS
Proporção de casos de paludismo confirmados e tenham recebido tratamento antipalúdicos nos estabelecimentos de saúde do setor privado	88,7% (2021)	93% (2025)	100%	+4,6%	SIS

Indicadores	Base (ano)	Nível alcançado	Metas	Diferença em relação aos dados de base	Fonte
Proporção de casos de paludismo confirmados e tenham recebido tratamento antipalúdicos na comunidade	87% (2021)	73% (2025)	99%	+19%	SIS
Proporção de casos de paludismo que foram beneficiados do tratamento correto do paludismo	96% (2022)	98% (2025)	99%	+2%	SIS
Percentagem de grávidas que beneficiaram de cuidados pré-natais receberam pelo menos 3 doses de tratamento preventivo intermitente (TPI)	36% (2021)	63,5%	66%	+43%	SIS
Percentagem de crianças de 3-59 meses de idade que receberam o número total de doses de QPS (quimioprofilaxia sazonal) época da transmissão nas zonas alvo	95% (2022)	97,6% (2025)	97,6%	+3%	SIS
Proporção de crianças menores de cinco anos que tenham dormidas na noite anterior sob um mosquiteiro impregnado de insecticida	89% (2020)	97% (2023)	90%	-	MIS, CMILDA impact survey
Proporção de grávidas que tenham dormidas na noite anterior sob um mosquiteiro impregnado de insecticida	88% (2020)	77% (2023)	90%	-	MIS, CMILDA impact survey
Proporção de agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro impregnado com insecticida	93% (2020)	88% (2023)	94%	-	MIS, CMILDA impact survey
Proporção de agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro impregnado para duas pessoas	63% (2020)	91% (2023)	65%	=	MIS, CMILDA impact survey

3.4.3 Análise do panorama do financiamento do paludismo

Durante o período 2023-2025, o financiamento previsto no PEN 2023-2027 ascende a 21 648 976 895 F CFA (33 001 489 Euros) dos quais 8 074 349 791 F CFA (12 308 460 Euros) foram destinados para a mobilização, representando uma taxa média de mobilização de 37%.

Tabela 8: Mobilização de recursos financeiros 2023-2025

Itens	Ano			TOTAL
	2023	2024	2025	
Total planificado PEN por ano	8 211 917 697	6 431 751 704	7 005 307 494	**21 648 976 895**
Total mobilizado por ano	2 272 613 339	1 322 615 530	4 479 120 753	**8 074 349 791**
Taxa de mobilização por ano	28%	21%	64%	**37%**

Fonte: Revisão do Plano Estratégico Nacional 2023-2027

Em 2023-2025, o PEN foi maioritariamente financiado por parceiros de desenvolvimento, nomeadamente o Fundo Global (99,2%).

A repartição do financiamento mobilizado pelos doadores é a seguinte:

Tabela 9: Mobilização de recursos financeiros por parceiro 2023-2025

Fonte de financiamento	Anos			Total
	2023	2024	2025	
Orçamento nacional	7 924 464	25 076 088	23 933 484	**56 934 036**
Fundo global	2 257 390 385	1 297 539 442	4 455 187 269	**8 010 117 265**
OMS	ND	ND	ND	**ND**
ALMA	7 298 490	0	0	**7 298 490**
Total mobilizado de parceiros	2 272 613 339	1 322 615 530	4 479 120 753	**8 074 349 791**
Total mobilizado para a PEN	2 272 613 339	1 322 615 530	4 479 120 753	**8 074 349 791**
Proporção mobilizada com parceiros	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Fonte: Revisão do Plano Estratégico Nacional 2023-2027

Os recursos mobilizados pela estratégia são os financiados pelo Fundo Global através do PNUD. Todos os recursos planeados para as estratégias foram mobilizados, representando uma taxa de mobilização de 100%. A estratégia LAV representa o maior montante planeado, com 5.019.894.781 FCFA e com a despesas de 2.220.755.818 FCFA, representando uma taxa de absorção de 44%. A estratégia QPS representa a segunda maior despesa, com 1.248.146.288 FCFA e uma taxa de absorção de 91%. A estratégia de Comunicação representa o montante mais baixo planeado, 88.744.370 FCFA, com uma absorção de 38%. Os custos relativos ao combate às epidemias do paludismo não foram incluídos ou planificada no PEN.

Ao total, a mobilização dos recursos pelo PNUD representa 100% e a taxa de absorção de 49% ao longo do período de três anos. A taxa de absorção em 2023 foi de 106%, enquanto que a taxa de absorção para 2025 representa em apenas 13%.

O défice financeiro do PEN é de 63% para o período de 2023 a 2025. O maior défice foi observado em 2024 (79%).

Tabela 10: Análise das lacunas de financiamento em 2023-2025

Fonte de financiamento	Anos			Total
	2023	2024	2025	
A. Total planificado PEN, por ano	8 211 917 697	6 431 751 704	7 005 307 494	21 648 976 895
B. Total mobilizado por ano	2 272 613 339	1 322 615 530	4 479 120 753	8 074 349 791
C. Lacuna de Financiamento **(A-B)**	5 939 304 358	5 109 136 174	2 526 186 741	13 574 627 104
% Gap financeiro por ano (C/A)	**72%**	**79%**	**36%**	**63%**

Fonte: Revisão do Plano Estratégico Nacional 2023-2027

3.4.4 A análise das atividades PEN planeadas e implementadas

Para o período de 2023 a 2025, foram planeadas 703 atividades no plano estratégico, das quais 556 foram totalmente implementadas. Não houve registo de atividades parcialmente implementadas. A percentagem de atividades totalmente concluídas é de 79%.

Tabela 11: Execução da implementação do PEN 2023-2027

OBJETIVOS DO PEN	Desempenho técnico Bruto (%)	Desempenho Ajustado (%)
Objetivo 1: Reduzir a taxa de mortalidade por paludismo em pelo menos 75% em relação à 2015	44	38
Objetivo 2: Reduzir a taxa de morbilidade por paludismo em pelo menos 75% em relação à 2015	83	55
Objetivo 3: Reforçar a capacidade de gestão do programa em todos os níveis	63	56
TOTAL PEN	**48**	**37**

A taxa de conclusão ajustada para todas as atividades do plano durante o período de 2023-2025 é de 37%.

Esta baixa taxa pode ser explicada, entre outros fatores, pelo facto de algumas atividades não cumprirem as especificações de qualidade e pela insuficiência de informação sobre algumas atividades implementadas.

O Objetivo 1 apresenta a taxa de conclusão mais baixa, com 38%. Isto pode ser explicado pela falta de financiamento para as atividades de prevenção, particularmente para o Desenvolvimento da Infância e a comunicação interpessoal.

O rácio de desempenho para a implementação do plano estratégico 2023-2027 no período 2023-2025 é baixo, dado que menos de 75% das atividades foram totalmente concluídas.

3.4.5 Eficácia do sistema de saúde na prestação de serviços de paludismo

3.4.5.1. Evolução da luta anti-vetorial (LAV)

- **Distribuição de MILDA**

Tabela 12: Distribuição de MILDA na campanha

Discursos Intervenção	Ano			Total
	2023	2024	2025	
MILDA distribuídos na campanha de massa	1 344 960			1 344 960
Total	**1 344 960**			**1 344 960**

Fonte: Relatorios anuais do PNLP/INASA

Em 2023 foi realizada a 5ª campanha de distribuição universal de MILDA no país. Do total de MILDA previstos para distribuição (1 393 279 unidades), foram efetivamente distribuídos 1.344.960, correspondendo a uma taxa de cobertura de 96,5%.
Segundo o relatório da CMILDA 2023, a maioria das regiões ultrapassou os 100% da meta de distribuição inicialmente prevista, sugerindo um acréscimo face ao planeado. No entanto, este desempenho não se verificou na região sanitária de SAB, que registou uma cobertura relativamente baixa, situando-se nos 89%. A análise da distribuição com base nos microplanos da campanha revelou que apenas a região sanitária de Bafatá conseguiu atingir os 100% da distribuição de MILDA para os agregados familiares previstos, as regiões de Biombo e SAB apresentaram níveis de distribuição de MILDA para os agregados familiares previstos inferiores a 90%.
Entre os fatores que contribuíram para a distribuição aquém do previsto, destacam-se: a não implementação das recomendações técnicas de distribuição elaboradas pelo PNLP em algumas das zonas visitadas, bem como a entrega, no terreno, de quantidades de MILDA não conformes, ou seja, inferiores ou superiores às metas previamente estabelecidas.

Tabela 13: Distribuição de MILDA de rotina nas crianças <1ano

Descrição Intervenção	Ano			TOTAL
	2023	2024	2025	
Rotina Infantil MILDA<1ano	34 941	44 603	44 874	124 418
Rotina infantil outros grupos das crianças <1ano	0	0	0	0
Total	**34 941**	**44 603**	**44 874**	**124 418**

Fonte: Anuais do PNLP/INASA

O número total de MILDA de rotina distribuídos de 2023 a 2025 é de 124 418 MILDA. Verificou-se um aumento significativo na cobertura da distribuição de MILDA na rotina para crianças com menos de um ano de idade, passando de 56% em 2023 para 79% em 2024. Este progresso resultou da implementação gratuita de atividades de distribuição e promoção do uso de MILDA nas sessões de vacinação e através de estratégias avançadas em todas as estruturas sanitárias públicas e em algumas unidades privadas convencionais do país ao longo de todo o ano de 2024.
Em 2025 durante os primeiros 3 trimestres chegamos cerca de 95% dos MILDA distribuídos na rotina em relação ao ano de 2024.
Contudo, não foi implementada a recomendação relativa à inclusão das escolas e das ilhas nas ações de distribuição de MILDA no âmbito da rotina.

Tabela 14: Distribuição de MILDA de rotina nas grávidas

Itens	2023	2024	2025
(a)-CPN1	54 314	53 366	45 396
(b)-MILDA distribuído em CPN	39 120	52 263	41 948
Cobertura MILDA(b/a)	**72%**	**98%**	**92%**

Fonte: Relatórios anuais do PNLP/INASA

O número de grávidas atendidas durante a primeira CPN diminuiu entre 2023 e 2024, atingindo as 41.948 em 2025 (3 trimestres). A cobertura é de 72% e 98% em 2023 e 2024, e de 92% em

2025. Este crescimento reflecte um progresso significativo na protecção das grávidas contra o paludismo.
A implementação da distribuição universal dos Mosquiteiros Impregnados de Longa Duração (MILDA) tem sido favorecida pelo aumento da cobertura entre grávidas, pela integração nas consultas pré-natais, pela mobilização comunitária e pelo empenho das unidades sanitárias.
Contudo, persistem desafios como a baixa adesão às consultas, a distribuição irregular, o financiamento insuficiente, fragilidades logísticas, falta de coordenação intersetorial e barreiras socioculturais.

- **A gestão da resistência aos inseticidas**

Entre 2018, 2021 e 2022, os dados revelaram resistência de média a alta intensidade (5x e 10x), fornecendo ao PNLP evidência científica para a introdução, em 2023, de MILDA com formulação combinada (Piretrinóide + PBO).
Apesar da adoção desta medida, a pressão seletiva gerada pela utilização intensiva de MILDA e pesticidas agrícolas continua a comprometer os resultados.

3.4.5.2. Evolução do manejo de casos

- **Diagnóstico do paludismo**

Tabela 15: Progressos dos indicadores do diagnóstico imunológico e parasitológico ao nível das Estruturas Sanitárias, 2023 -2025

Item	2023	2024	2025	Total
Número de casos suspeitos de paludismo	427 271	398 053	311 512	1 136 836
Número de casos testados por TDR	297 303	306 759	217 179	821 241
Número de casos testados por GE	129 968	91 994	94 783	316 745
Total de casos testados TDR+GE	427 271	398 753	311 962	1 137 986
Percentagem de casos testado	100%	100%	100%	100%
Total confirmado	118	98 392	66 212	282 684
Taxa de confirmação	28%	25%	21%	25%

Fonte: Relatorios anuais do PNLP/INASA

Percentagem de casos testado de 100% em 2023 e 2025. Taxa de confirmação a média é de 25%. Diminuiu entre 2023 e 2024.

Os principais indicadores são apresentados nos gráficos abaixo.

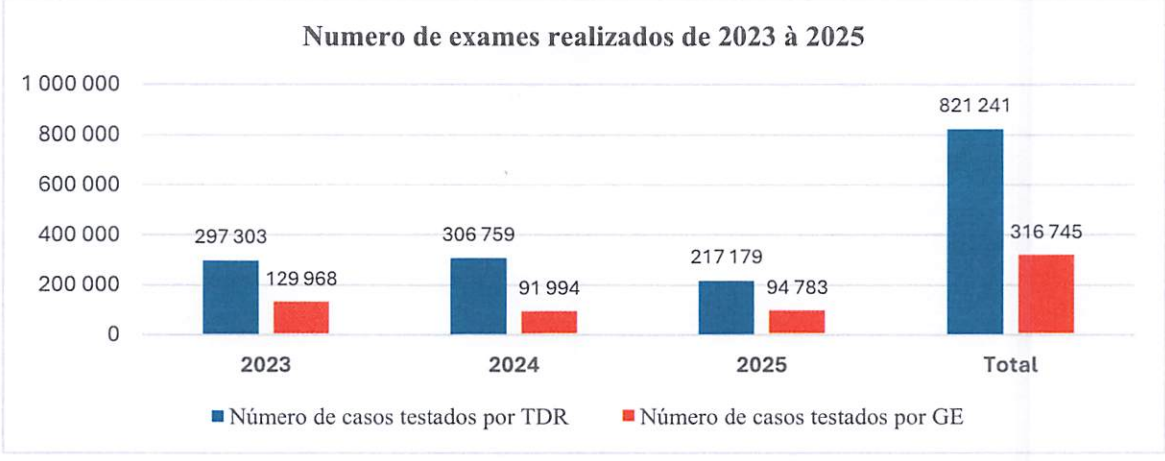


Grafico 5: Número de exames realizados de 2023 a 2025 (01 janeiro a 30 setembro 2025)

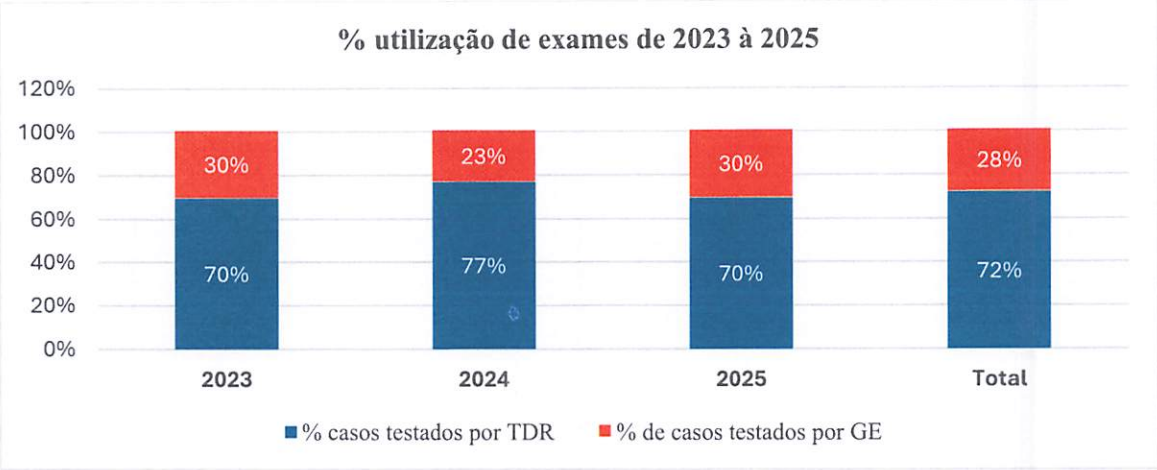


Grafico 6: % utilização de exames de 2023 a 2025 (01 janeiro a 30 setembro 2025)

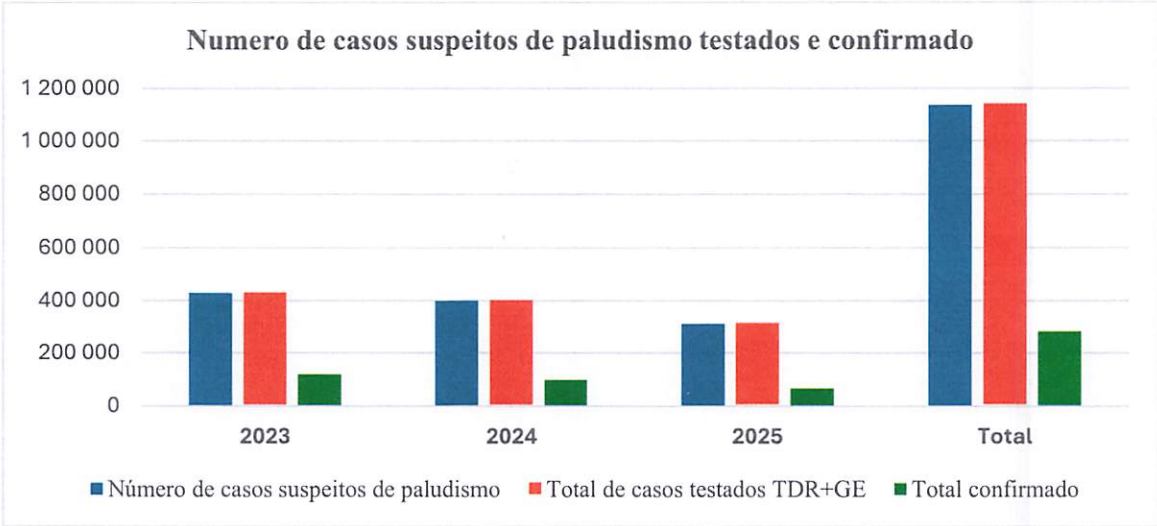


Grafico 7: Número de casos suspeitos de paludismo testados e confirmado de 2023 a 2025

A proporção de casos suspeitos de paludismo que receberam teste parasitológico nos estabelecimentos de saúde pública foi de 99% desde 2023, perto da meta dos 100%.

A proporção de casos suspeitos de paludismo testados para parasitologia na comunidade variou entre 2023 e 2025, aumentando de 80% em 2023 para 100% em 2024 e 43% em 2025, com uma meta de 99%. Portanto, este indicador não atingiu a sua meta.

A proporção de casos suspeitos de paludismo testados para parasitologia no sector privado está acima dos 90% desde 2023. Em 2025, atingiu os 100% e atingiu o seu objetivo.

O número de casos testados e as taxas de positividade nos diferentes setores são apresentados na tabela abaixo.

Tabela 16: Taxas de positividade nos setores público, privado e comunitário, 2023-2025

Itens	2023			2024			2025		
	Publico	**Privado**	**Com**	**Publico**	**Privado**	**Com**	**Publico**	**Privado**	**Comun.**
Casos suspeitos de paludismo testados com (TDR+GE)	381199	29772	16300	372753	22280	3060	352 688	55277	15021
Taxa de Testes	99,1%	99,2%	80,1%	99,5%	99,7%	100%	96%	87%	49%
Casos suspeitos de paludismo testados positivo com (TDR+GE)	105491	7107	5482	94483	2671	1238	99 134	10 318	4 548
Taxa de positividade	27,4%	22%	26,9%	25,3%	12%	40%	28%	19%	30%

Fontes: **Relatórios anuais do PNLP 2023-2025**

➢ Tratamento específico e precoce dos casos de paludismo

A proporção de casos confirmados de paludismo a receber tratamento antipalúdico nos estabelecimentos de saúde pública está acima dos 90% desde 2023. Em 2025, este número chega aos 98,6%, próximo da meta dos 100%.

A proporção de casos confirmados de paludismo a receber tratamento antipaludico nos estabecimentoss de saúde privadas é de 93% em 2025, contra uma meta de 100%. Portanto, este indicador não atingiu a sua meta.

A proporção de casos confirmados de paludismo a receber tratamento antipalúdico na comunidade variou entre 2023 e 2025, aumentando de 57,6% em 2023 para 61% em 2024 e 73% em 2025, com uma meta de 99%. Portanto, este indicador não atingiu a sua meta.

Os casos tratados nos diferentes setores estão listados na tabela abaixo.

Tabela 17: Casos tratados nos setores público, privado e comunitário, 2023-2025

Etens	2023			2024			2025		
	Publico	Privado	Com	Publico	Privado	Com	Publico	Privado	Comun.
Casos suspeitos de paludismo	105491	7107	5 482	94483	2671	1238	**99 134**	**10 318**	**4 548**
Doentes tratados	101551	6986	3 159	93456	2662	751	**98 613**	**10 300**	**3200**
Taxa dos casos tratados positivo com (TDR+GE)	96,3%	98,3%	57,6%	98,9%	99,7%	60,7%	99%	100%	70,4%

3.4.5.3. Evolução da prevenção do Paludismo nas grávidas

Tabela 18: Coberturas TPI durante as Consultas Pré-natais 2023 -2025

Itens	2023	2024	2025
(a)-CPN1	54 314	53 366	45,396
(b)-TPI 1	44 339	46 804	39,586
Capa TPI1	**81,6%**	**87,7%**	**87.2%**
(c)-TPI 2	35 601	46 962	35,033
Cobertura TPI2 (c/a)	**65,5%**	**88%**	**77.2%**
(d) TPI 3	26 519	31 602	28,826
Cobertura TPI3 (d/a)	**49%**	**59%**	**63.5%**

Fonte Relatórios anuais do PNLP

Entre 2023 e 2025, o número de CPN1 diminuiu, enquanto a cobertura do TPI3 aumentou de 49% para 63,5 entre 2023 e 2025.
A percentagem de grávidas que receberam cuidados pré-natais e pelo menos três doses de tratamento preventivo intermitente (TPI) é de 63,5% em 2025, em comparação com o objetivo de 66%. Portanto, este indicador não atingiu a sua meta.

3.4.5.4. Evolução da Quimioprevenção do Paludismo Sazonal

As coberturas da QPS variaram entre 2023 e 2025. As taxas de cobertura para 2025 são superiores às de 2023.

O ano de 2024 registou uma diminuição da cobertura face a 2023 e 2025 (1ª e 2ª passagem), Isto justifica o aumento dos alvos até 120 meses recomendado pelo PEN nas 4 regiões sanitárias. Em 2025, duas das quatro regiões habituais beneficiaram do QPS devido à falta de recursos financeiros e as metas foram limitadas a 59 meses em vez de 120 meses.

Em 2024, as taxas de cobertura mais elevadas entre as crianças dos 3 meses aos 10 anos que receberam a QPS foram registadas na região sanitária de Bafatá.

As taxas de cobertura mais baixas foram registadas em Bolama, entre 45,6% e 55,31%.

Tombali registou também taxas abaixo da média (cerca de 77%).

A taxa de cobertura na região sanitária de Bolama e Tombali se explica pela sobrestimação da população.

Tabela 19: Cobertura infantil por ano

Indicadores	Resultados		
	2023	2024	2025
Número de crianças previstas para a 1ª passagem	127 841	252 698	*110 128*
A cobertura da 1ª ronda	**91,2 %**	**86,9%**	***98%***
Número de crianças previstas para a 2ª passagem	127 841	252 698	*110 128*
A cobertura da 2ª ronda	**90,8%**	**86,5%**	***98%***
Número de crianças previstas para a 3ª passagem	127 841	252 698	110 128
A cobertura da 3ª ronda	**90,6%**	**86,2%**	***97%***
Número de crianças previstas para a 4ª passagem	127 841	252 698	110 128
A cobertura da 43ª ronda	**90,4%**	**85,8%**	***97%***
Cobertura de crianças que se beneficiaram de 4 passagens	**90,7**	**86,3**	**97,5**

Fonte: Relatórios anuais do PNLP/INASA

3.4.5.5. Evolução da Gestão do Aprovisionamento e de Stock (GAS)

O Percentagem de estruturas de saúde do setor público ou privado cujos principais produtos que não têm conhecido rotura de stock (incluindo agentes de saúde comunitários) não foram reportados no período.
O modo de cálculo deste indicador não tinha sido de maneira consensual.

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

População consegue cumprir com comportamentos favoráveis para a luta contra o paludismo: este indicadore não foram reportados no período.
Percentagem de pessoas (grupos-alvo ou não) que conhecem pelo menos três sinais e três medidas de prevenção sobre o paludismo: este indicadore não foram reportados no período.
Nenhuma pesquisa para informar os indicadores foi realizada devido à falta de financiamento.
Embora existam resultados notáveis, não existe nenhum relatório que determina o número de pessoas sensibilizadas durante o período.
A única informação disponível do inquérito MIS 2023 mostrou que 67% dos inquiridos referiram ter recebido alguma mensagem sobre o paludismo nos últimos seis meses.
No entanto, não existe um sistema de monitorização para determinar a produção de programas de rádio e TV durante o período. Os desafios persistem, como a conectividade digital desigual e a necessidade de uma maior integração entre parceiros, o progresso alcançado neste período demonstra um caminho positivo rumo à consolidação de estratégias mais eficazes e sustentáveis no combate ao paludismo.

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

Percentagem das epidemias de paludismo, sobretudo em zonas de transmissão epidémica sazonal ou com uma vasta população de risco: este indicadore não foram reportados no período.
Nenhuma pesquisa para informar os indicadore foi realizada devido à falta de financiamento.

3.4.5.8. Evolução da vigilância, Seguimento e Avaliação

A Proporção de relatórios recebidos das estruturas comparados com os esperados durante o período de transmissão é de 100% em 2025. Em 2023, esta taxa foi de 91% e, em 2024, de 97%. Taxas de completação e prontidão de relatórios mensais do ano 2024 est de 59%.
Em 2023, este número era de 37%.

3.4.5.9. Evolução da funcionalidade da gestão do programa

O PNLP, tem um plano de trabalho ao qual é feito o seguimento e orientação interno através da coordenação com o envolvimento de toda equipa do programa e da assistência Técnica Nacional afeto ao programa.
O seguimento externo do PNLP é feito com o envolvimento da Direção Geral de Prevenção e Promoção da Saúde que coordena as atividades de todos os programas e serviços técnicos do Ministério.
No que diz respeito à parceria, diversas organizações têm desempenhado um papel relevante nas ações de combate ao paludismo. Entre elas destacam-se: O PSB, Cruz Vermelha da Guiné-Bissau, Cáritas, ENDA Santé, AGMS, a Associação de Moradores e a Câmara Municipal de Bissau (CMB).

Outros parceiros como a OMS e a RBM apoiam o PNLP na elaboração dos documentos estratégicos e na definição das estratégias de combate ao paludismo. Enquanto que o PNUD, o UNICEF e o FNUAP prestam apoio técnico na execução das suas atividades.
No âmbito da luta contra o paludismo, foi criado um Comitê de Coordenação, cuja finalidade é fortalecer a articulação entre os diferentes intervenientes. No entanto, este órgão encontra-se atualmente inativo, o que limita a eficácia da coordenação multissectorial.
No entanto, a fim de garantir o alinhamento estratégico e operacional, o PNLP realiza reuniões periódicas com os principais parceiros, nomeadamente o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e o Fundo Mundial (FM), com periodicidade anual, trimestral e mensal, conforme a natureza das atividades em curso e a necessidade.
Taxa de mobilização de recursos: em 2025, a taxa de mobilização é de 64%, de 21% em 2024 e de 28% em 2023. O financiamento do Fundo Mundial representou 99,2% do total no período. Não foi definida uma meta para 2025.
Taxa de absorção dos recursos mobilizados: em 2025, a taxa de absorção é de 58% e, entre 2023 e 2025, de 64%. O financiamento do Fundo Mundial representou 99,2% do total no período. Não foram definidas metas para 2025.

3.4.5.10. Principais fraquezas de implementação e medidas de reforços

Tabela 20: principais fraquezas de implementação e medidas de reforços

Domínio	Fraquezas	Medidas de reforços
LAV	• Baixa taxa de adesão às CPN • Distribuição de MILDA fora do público-alvo prioritário • Insuficiencia de financiamento para atividades propostas • Insuficiencia de envolvimento da população/comunidade • Insuficiencia de multisectorialidade (memorandum de entendimento sobre a multisectorialidade) • Ausência do plano para a monitorização da resistência aos inseticidas	• Assegurar um aprovisionamento regular às estruturas sanitárias com MILDA de rotina; • Sensibilizar a população para a utilização de MILDA • Sensibilizar maridos e membros influentes da família para orientar/convidar esposas/ grávidas a assistir a consultas pré-natais (CPN) • Reforçar a consciencialização através dos ASC para encaminhar as grávidas para as CPNs • Garantir a disponibilidade de MILDA em locais de estratégias avançadas • Anticipara campanha de MILDA de 2029 para 2028, de forma a evitar sobreposições com elaboraçao do novo pedido de subvenção do Fundo Mundial • Advogarjunto dos parceiros o apoio à mobilização de recursos • Assegurar o levantamento e o mapeamento dos sitios larvarios • Assegurar um aprovisionamento regular de fitas/bandeletes de genotipagem para testes moleculares (PCR); • Elaborar o plano de gestão da resistência dos vetores do paludismo aos inseticidas. • Elaborar o Plano Nacional de Controlo Integrado de Vectores (CIV) • Solicitar o PSB para coletar informaçoes sobre a mudança e evoluição na distribuição da especie de parasitas no próximo (Investigação de confirmação de Anopheles stephensi) • Implementar um sistema estruturado de recolha, análise e partilha de informações sobre a vigilância de vetores. • Selecionar sítios para implementação da Pulverização intradomiciliaria • Selecionar sítios para implementação da luta anti larvar • Assegurar a gestão do meio ambiente.

Domínio	Fraquezas	Medidas de reforços
		• Elaborar um memorando de entendimento (MoU) com os outros atoes na luta contra o paludismo (Ministerio de Agricultura, Ambiente, Administraçao Teritorial e Poder local, Turismo…) • Elaboração de um plano de ação bianual de luta contra o paludismo
Quimio Prevenção	• Pouca informação sobre a importância das CPN • Início tardio de CPN assim como a falta de completação de número mínimo de doses recomendadas • Mau acolhemento dos prestadores dos serviço nas respetivas estruturas sanitarias as gravidas durante a CPN • Nao respeito a gratituidade dos insumo ligado a CPN em algmas esstruturas sanitárias • Baixa taxa de adesão às CPN • Distribuição de MILDA fora do público-alvo prioritário • Fragilidades logísticas, • Dificuldades logísticas na operacionalização da campanha • Atraso na disponibilização de alguns materiais QPS • Baixa cobertura QPS em Bolama • Acesso difícil a determinados locais • Atrasos nos pagamentos aos agentes de sensibilização comunitária	• Disponibilizar quantidades suficientes de SP as estruturas de saúde • Alinhar a intervenção da luta contra o paludismo nas Grávidas com a Direção do Serviço da Saude Reprodutiva • Distribuição periódica e sistemática de SP na CPN através de estratégia avançada • Assegurar o aprovisionamento regular de MILDA para as grávidas nas estruturas de saúde • Reforçar a sensibilização das grávidas durante CPN sobre a importância do TPI e o uso de MILDA • Reforçar a consciência da sensibilização das grávidas, maridos, parentes e pessoas influentes sobre o CPN • Incluir o pacote CPN em estratégias avançadas especialmente nas zonas de difícil acesso • Reforçar as atividades de IEC nas estruturas de saúde durante as estratégias avançadas (importância dos cuidados precoces, nutrição, higiene, utilização de MILDA, etc.) • Quimioprevenção do paludismo sazonal em crianças • Assegurar a disponibilização atempada dos materiais para QPS • Melhorar os procedimentos para os aspectos logísticos das campanhas de QPS (reprodução de ferramentas, compras com cartão de crédito, disponibilidade de senhas de combustível) • Melhorar a disponibilidade dos recursos humanos a nível dos centros de saúde para implementar as campanhas de QPS • Formar/capacitar os técnicos na utilização dos tablets DHIS2 (tecnologia inovadora) • Instaurar um mecanismo para assegurar a entrega atempada de dados de algumas áreas sanitárias devido ao acesso limitado à rede • Manter a campanha QPS para crianças dos 3 aos 120 meses

Domínio	Fraquezas	Medidas de reforços
Diagnóstico e Tratamento Do Paludismo, Eficácia e Farmacovigilância	• Desparidade dos dados na plataforma de iagnóstico • Falta de fornecimento de dados • Falta de alocação atempado dos TDR e ACT aos ASCs • Sobreposiçãode atividades em algumas regiões fez com que não foi possível concluir as sessões de formações • Dias de supervisão do nível centralinsuficiente • Incoerrencia de dados de fonte primária em relação ao relatório mensal • Afetação tardia dos insumos nas regiões • Preferência por medicamentos tradicionais em vez de anti palúdicos • Falta de notificação de casos • Não envio das fichas de notificação a DRS e Nivel Central • Não descentralização de tarefas nas AS • Falta de uma equipa multidisciplinar em relação seguimentos eventos adversos dos medicamentos • Não realização de ensaios *in vitro* para detetar a presença de mutações	• Assegurar o cumprimento da política do PNLP sobre o manejo correto de casos de paludismo • Assegurar o manejo correto do paludismo a nível comunitário • Assegurar a disponibilidade permanente dos insumos para o manejo correto do paludismo • Garantir o fornecimento das lâminas e outros insumos (Gimsa e TDR) nos sítios sentinela • Proceder à assinatura de um memorando de entendimento com as estruturas privadas lucrativas para a transmissão de dados de diagnóstico e tratamento do paludismo • Reforçar a capacidade o Laboratório Nacional de Saúde Pública para o Diagnóstico do paludismo (formação, equipamento, controlo de qualidade...) • Fazer cumprir a política do PNLP (procedimento operacional padrão) • Assegurar a disponibilidade permanente dos medicamentos antipalúdicos • Colaborar com as DRS para assegurar o bom funcionamento dos sítios sentinela • Disseminar o circuito do envio do formulário de notificação • Proporcionar às regiões e áreas sanitárias com meios financeiros para levar a cabo o controlo ao seu nível • Capacitar os profissionais de saúde em farmacovigilância • Sensibilizar os técnicos de saúde para a farmacovigilância (registo de casos, apresentação dos processos notificados, etc.) • Aumentar o número dos técnicos formados no setor privado • Disponibilizar técnicos formados em entomologia nos sítios sentinela • Proceder à assinatura de uma convenção com as estruturas privadas lucrativas para a transmissão de dados de diagnóstico do paludismo • Implementar um sistema estruturado de recolha, análise e partilha de informações sobre eventos adversos associados aos medicamentos antipalúdicos • Aumentar os dias da formação inicial • Elaborar um plano de formação específico para a luta contra o

Domínio	Fraquezas	Medidas de reforços
		paludismo; • Disponibilidade de um plataforma interativo de formacao em linha sobre a política e protocolo de paludismo.
GAS	• Fraco seguimento das recomendações dos pontos identificadas nas reuniões dos comités • Insuficiência de retro informação nos diferentes níveis • Insuficiência dos recursos humanos qualificados • Falta de preenchimento correto dos instrumentos da logística • Existência de deposito regional que não despõe de condições de stockagem • insuficiência dos técnicos da farmácia nas Estruturas • Abandono dos técnicos formados nas AS • Transferência frequente dos técnicos nas estruturas • Recursos humano qualificado insuficientes • Indisponibilidade do comité nacional de avaliação dos casos notificados • Ausência da notificação dos casos nível das Estruturas sanitárias • Existência das duas entidades reguladoras • Ausencia das Energia eletrica em alguns depósitos	• Identificar e convidar os parceiros a nivel central e Regional para participar nas reuniões de quantificação • Cumprir os prazos de envio dos relatórios de consumo para CECOME central • Fazer seguimento constante do (stock) dos prudutos de Luta Conta Paludismo nas diferentes estruturas • Promover a recolha e reafectação interna dos medicamentos e produtos entre as ES em caso da rotura antes da distribuição trimestral pela CECOME central • Reforçar a coordenação do comité do GAS (ARFAME, CECOME, PNLP, UNDP, etc.) • Assegurar o feedback da gestão dos insumos do controlo do paludismo para o PNLP • Formar os técnicos na ferramenta de gestão de stocks • Realizar a farmacovigilância dos insumos de luta contra o paludismo • Apoiar o CECOME na melhoria da infra-estrutura de armazenamento de produtos, de acordo com as normas da OMS • Assinar acordos entre o MINSAP e organizações privadas para a obrigatoriedade de comunicação de dados para todos os programas de saúde pública. • Exercer um controlo rigoroso sobre todas as organizações/instituições privadas
IEC/CMC/Advocacia & Mobilização Social	• Necessidade recursos humanos • Dependência de capacitação continua • Baixa padronização das mensagens • Limitação de alcance geográfico • Capacidade limitada de comunicação estratégica • Fraca documentação dos sucessos do programa • Falta de envolvimento da sociedade civil • Mensagens pouco adaptadas ao público-alvo	• Elaborar o Plano de Advocacia e Mobilização Social • Elaborar o PIC • Envolver as líderes Comunitárias, Religiosos, Pessoas Influentes, OSC, Associações Juvenis e Parlamento Infantil • Reforçar capacidade dos técnicos de saúde na comunicação interpessoal

Domínio	Fraquezas	Medidas de reforços
	• Défice de recursos humanos qualificados em zonas críticas • Capacitação pontual e não sistemática • Falta de materiais didáticos atualizados • Baixa retenção de quadros formados • Custo elevado de produção e veiculação • Pouca interação com o público • Mensagens genéricas e pouco adaptadas ao contexto local • Necessidade de campanhas repetitivas • Capacidade limitada de coordenação e gestão • Falta de formação de mobilizadores comunitários • Dependência de voluntários sem incentivos • Dificuldade na monitoria e avaliação -desafios para medir o impacto direto das atividades da comunicação e da mobilização sobre o comportamento e indicadores	• Realizar um estudo de Comportamento, Atitudes e Práticas, com vista a ter uma perceção dos comportamentos; atitudes e práticas relativamente à prevenção do paludismo nas diversas camadas sociais • Mapear todos os grupos organizados em todas as regiões sanitárias: curandeiros tradicionais (Djambacus), ONG, líderes de opinião, artistas, desportistas • Formar o ponto focal de comunicação de PNLP em comunicação para a saúde • Elaborar instrumentos de recolha de informação (advocacia, IEC/CMC, mobilização social....) e usá-los para recolha • Promover a participação do sector privado (bancos, empresas de telecomunicações, etc.) nas atividades de luta contra o paludismo • Promover o envolvimento e a participação da comunidade nas atividades de prevenção do paludismo • Monitorizar e avaliar as catividades IEC/CMC • Adquirir e organizar um conjunto de documentos orientadores que sistematizem as melhores práticas na prevenção e luta contra o paludismo
Vigilância, S&A e Pesquisa Operacional	• Dificuldades na integração das atividades com outros programas • Limitações na retroinformação dos resultados de desempenho às regiões e áreas sanitárias. • Insuficiência de recursos humanos dedicados exclusivamente à monitoria e avaliação • Fragilidades na harmonização dos instrumentos de coleta de dados entre o nível central, regional e periférico • Falta de plano nacional de pesquisa operacional consolidado • Escassez de recursos financeiros e humanos dedicados à investigação aplicada • Ausência de técnicos especializados para as atividades de VE	• Apoiar a supervisão a nível regional • Desenvolver um protocolo em convênio com o setor privado para disponibilização de dados • Melhorar a qualidade dos dados do paludismo • Desenvolver e publicar o boletim trimestral de informações e feedback; • Assegurar a divulgação dos resultados da investigação • Formar técnicos a diferentes níveis na gestão de dados (recolha, análise e interpretação dos dados antes da sua transmissão ao nível central) • Formar//capacitar técnicos regionais e assistentes SIS em análise e gestão de dados • Realizar reuniões semestral de validação de dados a nível nacional • Realizar a estratificação epidemiológica do paludismo a nível nacional, de acordo com as diretrizes da OMS

Domínio	Fraquezas	Medidas de reforços
	• Necessidade de reforço do material para atividades de campo (armadilha, …)	• Preencher os indicadores do PEN de acordo com a frequência definida
Gestão do programa nacional de luta contra o paludismo e liderança	• Inexistência do documento legal de criação do PNLP • Organograma e TdR dos postos desatualizados • Inadequação dos técnicos aos perfis predefinidos nos TdR • Ausência de capacitação dos técnicos do PNLP • Equipamentos informáticos obsoletos • Insuficiência de equipamentos informáticos tendo em conta o número de técnicos existentes no PNLP • Insuficiência de espaço físico para o funcionamento do PNLP • Não atribuição da linha orçamental existente no OGE ao PNLP • Fraca contribuição do Estado no combate ao paludismo • Não funcionamento do Comité de Coordenação do combate ao paludismo • Indisponibilidade de alguns produtos constantes no protocolo nacional de tratamento de paludismo	• Assegurar a divulgação dos documentos do PNLP • Fornecer ao PNLP uma ligação à Internet; • Reforçar o pessoal técnico do PNLP em recurso humano • Formar pessoal no domínio de paludologia, comunicação e S&A, • Rever e implementar os termos de referência para os cargos existentes e desenvolver os termos de referência para os novos cargos • Solicitar a colocação de novos técnicos de acordo com as solicitações • Elaborar um plano de formação definindo claramente as áreas de interesse (entomologia, paludologia, saúde pública, seguimento e avaliação, gestão de projectos e programas de saúde, comunicação para a mudança de comportamentos, gestão de aprovisionamentos, etc.) • Defender junto do governo o aumento das contribuições nacionais e a redução da dependência financeira dos parceiros • Identificar parceiros nacionais e internacionais, considerando também uma abordagem multissetorial • Organizar uma reunião semestral com os parceiros para apresentar o trabalho realizado • Integração das atividades de controlo do paludismo com outras doenças transmitidas por vectores • Estabelecer um sistema transparente e regular de registro e partilha de dados financeira relacionada às atividades da região e de luta contra o Paludismo, que inclui comunicação periódica sobre fontes de financiamento.

- Melhorar a qualidade dos dados do paludismo;
- Reforçar as parcerias e a coordenação das intervenções de controlo da paludismo;
- Melhorar a implicação do sector privado na luta contra o paludismo e fazer advocacia junto do Governo para reforçar a sua contribuição financeira à causa da doença;
- Melhorar o aprovisionamento e a gestão de stocks para assegurar a boa gestão e o controlo de qualidade dos produtos de controlo do paludismo;
- Reforçar a resposta as epidemias e emergências;
- Melhorar a advocacia, comunicação e mobilização social a todos os níveis no domínio da prevenção do paludismo;
- Consolidar as capacidades de gestão de programas a todos os níveis, incluindo parcerias e colaboração multissetorial.

Finalidade e objetivos

A finalidade da luta contra o paludismo na Guiné-Bissau é de eliminar a doença em todo o território nacional.

Objetivo geral

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

Objetivos específicos

Até final de 2030:

- Reduzir a taxa de mortalidade por paludismo em 83% em relação com 2025;
- Reduzir a taxa de morbilidade por paludismo em 83% em relação a 2025;
- Reduzir o risco de transmissão do paludismo em pelo menos de 1/1000 habitante em pelo menos 40% das áreas sanitárias do país.

Principais estratégias de luta contra o paludismo

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

- O diagnóstico biológico de casos, seguido de um tratamento específico e precoce, de acordo com a política nacional;
- A luta contra os vetores, através da distribuição de MILDA para a população, combinado com o saneamento do meio ambiente;
- A prevenção do paludismo nas grávidas, através da administração de TPI e a distribuição de MILDA nas CPN;
- A prevenção do paludismo nas crianças de 3 a 120 meses, nas regiões alvos através da estratégia Quimioprevenção do Paludismo Sazonal (QPS);
- As estratégias de suporte que serão transversais a todos os níveis: a IEC/CMC/Mobilização Social sobre o paludismo, o monitoramento/vigilância, Seguimento e Avaliação de todas as intervenções e Pesquisa Operacional, a Gestão racional dos Aprovisionamentos e dos Stocks e a Gestão e Coordenação do Programa
- Gestão e coordenação do programa Luta Anti vetorial (LAV).

Mecanismo de Planificação e de implementação

Os planos anuais de implementação serão elaborados, a partir dos quais os planos trimestrais serão elaborados. Esses planos serão avaliados e replanificados para os trimestres seguintes.

Os planos de ação anuais das regiões incluem as atividades de luta contra o paludismo.
O processo de planificação, de implementação e de avaliação das intervenções do programa deve ser feita no quadro de colaboração entre PNLP e as diferentes partes envolvidas, nomeadamente outros serviços de saúde do ministério e outros departamentos, autoridades locais, ONG, instituições de pesquisa, parceria técnica privada, redes de instituições regionais e internacionais.
A Coordenação do seguimento e avaliação será feita em três níveis: central, regional e local/comunitário. O Plano Estratégico será avaliado a meio percurso em 2028 e uma avaliação final será realizado em 2030, para poder assegurar a elaboração do próximo plano estratégico.
O orçamento global do PEN para o período 2026-2030 é estimado em cerca de **52 bilhões de FCFA (79 milhões €),** para uma população estimada em média segundo dados do pré-censo de **2 326 000** habitantes, ou seja, custo médio anual de investimento de **22 468 F CFA** por habitante **(34,25 €)**.
A parte do orçamento do Estado é estimada em **7%** e os parceiros de todas as fontes do financiamento representam **93%.** O gap financeiro total é estimado em **7%.**
Os fundos a serem mobilizados a favor do PNLP, tantos do financiamento direto do OGE, como dos privados e junto dos parceiros de cooperação serão objeto de aprovação no CCM (UGS-FM/CG-PNDS), ou junto de Comité de Coordenação do Setor da Saúde Comité de Coordenação para o Setor da Saúde (CCSS), segundo proveniência de fundos.
Nestas condições, cabe ao MINSAP através da Direção de Serviços de Estudos, Planificação e Parcerias (DSEPP), em colaboração com o Ministério dos Negócios Estrangeiros, continuar a promover, dinamizar e estimular a participação dos parceiros.

1. INTRODUÇÃO

O paludismo na Guiné–Bissau uma doença endémica de transmissão estável e de prevalência elevada. A doença representa a primeira causa de morbilidade e de mortalidade geral, sobretudo, nas crianças menores de 5 anos e grávidas.

Apesar da diminuição progressiva do número de casos e óbitos por paludismo nos últimos anos, a doença continua a constituir um importante problema de saúde pública no país. Em 2025, foram notificados cerca de 113.990 casos do paludismo, correspondendo a uma incidência de 49 casos por 1.000 habitantes. Entre estes, 17.666 casos (15,5%) foram registados em crianças menores de cinco anos, grupo no qual se notificaram também 45 óbitos (19%).

As grávidas representaram 2.443 casos (2%), com 2 óbitos (1%) notificados neste grupo. A faixa etária de 5 a 14 anos contribuiu com 31,1% dos casos (35.395) e 29% dos óbitos (66) registados no mesmo período.

Na sua declaração política, o Estado da Guiné-Bissau reconheceu a saúde como base do desenvolvimento durável e como um investimento precioso para as futuras gerações.

O Documento Estratégico Nacional para a Redução da Pobreza (DENARP) de 26 de junho de 2011 refere que a luta contra o paludismo é uma das prioridades no combate a pobreza.

As autoridades político administrativas da Guiné-Bissau estão conscientes do grande desafio que constitui o paludismo para o desenvolvimento do país já confrontado com diferentes obstáculos. Assim, as autoridades aderiram a todas as iniciativas mundiais entre as quais: Fazer Recuar o Paludismo (FRP), a Estratégia Técnica Global (ETG) 2016-2030, Objetivos do Milénio para o Desenvolvimento (OMD) e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Para o cumprimento das metas destes objetivos, vários documentos foram elaborados, a nível nacional como os Planos Estratégicos e Plano Operacional de passagem à Escala Nacional das intervenções de alto impacto na redução das mortalidades materna e infantil (POPEN), Plano Estratégico e Operacional do Governo (Terra Ranka - 2015-2025). O Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) do governo 2026-2035, que teve a saúde como uma das suas prioridades através de, entre outras coisas aluta contra o paludismo.

A política nacional da saúde, articula-se à volta do princípio dos Cuidados Primários da Saúde. Apesar das limitações orçamentais, o Governo estabeleceu as prioridades e adotou uma política na qual o principal instrumento é o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS). O objetivo do PNDS-III é de contribuir para a melhoria da situação socioeconómica e do bem-estar da população. Isto passa pelo reforço do sistema da saúde a todos os níveis, a colaboração intersectorial e a promoção da saúde. Neste documento o eixo vigilância integra a luta contra o paludismo.

Desde 2001 que a Guiné-Bissau elaborou planos estratégicos quinquenais para combater o paludismo, baseados nas orientações estratégicas inspiradas em estratégias globais definidas pela OMS. Estes planos são sujeitos a revisões a meio percursos e finais durante a sua implementação, antes da elaboração de um novo plano estratégico para o período seguinte.

No entanto, o plano mais recente, que abrange o período de 2023 a 2027, inicialmente previsto para uma revisão a meio termo, foi alvo de uma revisão final que engloba o período de 2023 a 2025. Isto foi feito para alinhar com os objetivos mundiais da Estratégia Técnica Global 2016-2030 e para aproveitar as oportunidades de financiamento internacional.

O presente plano 2026-2030, tem como finalidade melhorar os resultados obtidos ao longo da implementação dos planos estratégicos anteriores e alcançar e/ou manter a cobertura universal de todas as intervenções de luta contra o paludismo com o objetivo de eliminar o paludismo em determinadas áreas sanitárias do país, até 2030. Dado o compromisso do país com a eliminação do paludismo, este plano também incorpora a vigilância como um objetivo.

O processo da elaboração foi participativo e inclusivo, envolvendo estruturas do Ministério da Saúde, parceiros técnicos e financeiros, organizações da sociedade civil e outros ministérios. Que segue as quatro (4) fases das diretrizes da OMS:

1. a fase de planificação e organização da revisão;
2. a fase de realização da análise interna do desempenho;
3. a fase de revisão conjunta com a participação de revisores internos e externos;
4. a fase de elaboração do relatório final e "Ajuda de memória" para o Governo e parceiros.

Este plano segue o ciclo de planificação do Ministério da Saúde, que assenta num plano trienal que tomou em consideração os microplanos elaborados pelas estruturas operacionais em cada nível do sistema nacional de saúde.

As recomendações da avaliação final do PEN 2023-2027 foram tidas em conta no desenvolvimento deste plano estratégico.

Este Plano Estratégico Nacional cobre o período de 2026 a 2030. Está alinhado com os documentos nacionais de planificação, nomeadamente o PNDS-III e a PNLP, bem como a ETG de Controlo do Paludismo 2016-2030.

O plano estratégico está estruturado da seguinte forma:

1. Perfil do país;
2. Análise da situação do paludismo;
3. Quadro estratégico do plano;
4. Eixos estratégicos;
5. Quadro de implementação;
6. Seguimento & Avaliação;
7. Orçamento;
8. Anexos

2. PERFIL DO PAÍS

2.1 Visão Geral

A República da Guiné-Bissau fica situada na costa ocidental do continente africano e faz fronteira com o Senegal a Norte, a Sul e Leste com a República da Guiné e o Sudoeste é banhado pelo Oceano Atlântico, com uma área de aproximadamente 36.125 km^2 que integra uma porção continental e uma porção insular composta por mais de 88 ilhas correspondentes a 22% do território nacional. Manteve-se sob administração portuguesa até setembro de 1974, quando alcançou a sua independência em plenitude.

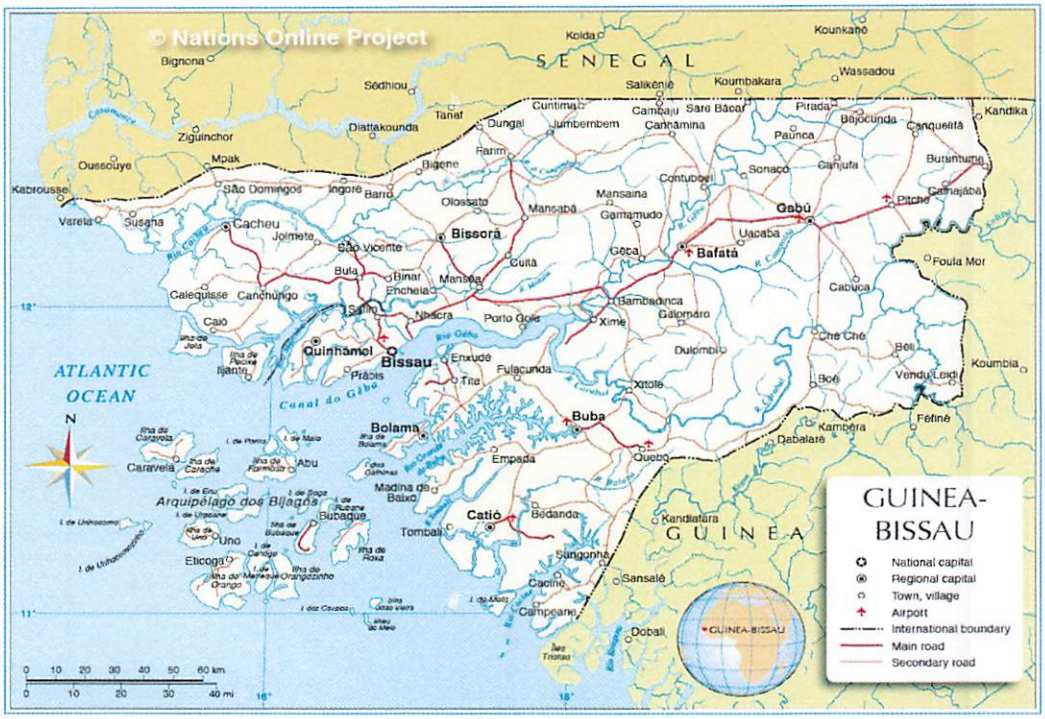


Figura 1: Mapa administrativo da Guiné-Bissau

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

Dada as características geográficas das regiões administrativas de Bolama-Bijagós (essencialmente composta por ilhas) e de Oio e a capacidade logística do MINSAP em fazer face às necessidades de respostas de urgência, subdividiram-se essas duas regiões em quatro. Assim, o mapa sanitário apresentou-se com 11 regiões sanitárias (RS), incluindo o Setor Autónomo de Bissau (SAB).

As 11 RS foram, divididas em 114 Áreas Sanitárias (o nível mais próximo das comunidades), definidas com base em critérios geográficos, abrangendo uma população que varia entre os 5.000 e os 12.000 habitantes.

2.2 Sistema sociopolítico

O poder é formalmente exercido através de um sistema de democracia multipartidária, semipresidencialista. O Presidente é eleito para um mandato de cinco anos, podendo ser reeleito para mais um mandato. A Assembleia Nacional Popular é eleita por quatro anos. Formalmente existe a separação de poderes Presidencial, Legislativo, Governativo e Judiciário. Desde o conflito político-militar de 1998, nenhum governo conseguiu terminar o seu mandato vivendo-se situações de instabilidade política e institucional permanente. Esta situação reflete-se no Índice Ibrahim de Governação Africana em que a Guiné-Bissau se encontra colocada em 45º lugar, em 2024 entre os 54 países africanos.

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

2.3 Situação demográfica

De acordo com o PNDS 2023-2028 os indicadores demográficos registaram uma melhoria no sentido de uma transição demográfica, tendo a taxa de mortalidade baixado 12,6 entre 2005-2010 para 9,4 por 1000 habitantes em 2019. A taxa de fertilidade também registou uma redução passando de 5,2 filhos por mulher em idade fértil para 4,4 no mesmo período (PNDS III 2023-2028).

Os resultados preliminares do Recenseamento Geral de População e Habitação revelam que a população da Guiné-Bissau ronda os 2.326.000 habitantes, sendo a taxa de crescimento anual de 2,2%. As mulheres representam 52,1% da população e os homens 47,9%.

Do ponto de vista da estrutura etária, de acordo com o PNDS III a maior parte da população é constituída por jovens: 62% dos habitantes têm uma idade compreendida entre 0 e 24 anos, e 49% têm entre os 15 e 49 anos.

A ocupação do território é mais densa em Biombo, intermédia no leste e sul e mais baixa nas regiões mais ocidentais. Verifica-se a existência de uma grande diversidade religiosa, com destaque para as religiões animistas, muçulmana, católica e protestantes. Em termos étnicos, embora existam entre 10 e 30 etnias, mais de 85% da população pertence a um dos cinco grupos étnicos mais representativos: Balantas (30%) Fula (20%), Manjacos (14%), Mandinga (13%) e Papel (7%).

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

Tabela 1: Dados demográficos

Indicadores	****2026**	****2027**	****2028**	****2029**	****2030**
Populacao total estimada	2 326 000	2 377 172	2 429 470	2 482 918	2 537 542
Tamanho médio do agragado familiar	465 200	475 434	485 894	496 583	507 508
Número total de agregados	332 286	339 596	347 067	354 703	362 506
Número de gravidos (4,5%)	104 670	106 973	109 326	111 731	114 189
Número de crancias menores de 1 ano (3,7%)	86 062	87 955	89 890	91 868	93 889
Número de crancias menores de 5 anos (17%)	395 420	404 119	413 010	422 096	431 382
População que vive em zona urbana	465 200	475 434	485 894	496 584	507 508

Fonte: ** Dados do pré-censo INE 2025.

2.4 Ecossistema, ambiente e clima

2.4.1 Zonas climáticas

Guiné-Bissau e situa-se a meio caminho entre o Equador e o Trópico do Câncer. O País está dividido em quatro zonas bem distintas:

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

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

2.4.2 Efeitos das alterações climáticas sobre o paludismo

A alteração climática é um factor cada vez mais importante que influencia a dinâmica de transmissão de doenças transmitidas por vectores, particularmente o paludismo.Estes fenómenos afetam diretamente os determinantes ambientais e sociais da saúde e podem alterar as condições favoráveis à transmissão do paludismo.Análises climáticas recentes indicam, nomeadamente, que um aumento das temperaturas mínimas e máximas e uma alteração do padrão de precipitação, caracterizado por períodos mais secos, mas pontuados por episódios de chuva intensa, influenciam directamente a transmissão do paludismo, afectando a biologia dos mosquitos vectores e o ciclo de desenvolvimento do parasita.

Além disso, as variações nos padrões de precipitação promovem a formação de habitats larvares propícios à reprodução dos mosquitos vetores e, assim, podem alterar a sazonalidade e a intensidade da transmissão do paludismo.

Na Guiné-Bissau, esta dinâmica pode ser particularmente acentuada nas zonas costeiras, zonas húmidas e regiões rurais, onde as condições ecológicas favorecem a presença de vectores. As inundações e a acumulação de água associadas a chuvas intensas, erosão costeira, variações na precipitação e subida do nível do mar podem levar à criação de novos habitats larvares e aumentar localmente a densidade de vetores.Os eventos climáticos extremos podem também perturbar a continuidade dos serviços de saúde, limitando o acesso às instalações de saúde, afectando as infra-estruturas e interrompendo as cadeias de abastecimento de insumos essenciais para o controlo do paludismo.As comunidades rurais, costeiras e insulares estão particularmente expostas aos impactos climáticos, que afectam os seus meios de subsistência, a segurança alimentar e o acesso aos serviços de saúde. Estas populações estão entre as mais vulneráveis às doenças sensíveis ao clima, incluindo o paludismo.Os impactos climáticos

afetaram o funcionamento do sistema de saúde. As chuvas intensas e as inundações dificultaram o acesso a algumas zonas, interromperam a distribuição de medicamentos e de redes mosquiteiras e limitaram o acesso a serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento.
Além disso, as capacidades institucionais relacionadas com o clima e a saúde são ainda limitadas.
Os sistemas de informação em saúde e meteorologia ainda operam em grande parte em separado, e os dados climáticos ainda não estão sistematicamente integrados na vigilância de doenças sensíveis ao clima.
Neste contexto, a integração dos riscos climáticos no planeamento estratégico do programa nacional de luta contra o paludismo representa uma importante oportunidade para reforçar a preparação do país para os futuros impactos das alterações climáticas.

2.5 Situação socioeconómica

De acordo com o Índice do Desenvolvimento Humano (0,514 em 2025), a República da Guiné-Bissau é o 174º país, de um total de 186 países, classificando-se na categoria de "desenvolvimento humano baixo". A economia é frágil, com fraca mobilização dos recursos internos, falta de dinamismo do setor privado e um débil desenvolvimento do capital humano. A agricultura (essencialmente de subsistência, mas com um grande peso da exportação de castanha de caju em estado bruto) e a pesca, também artesanal, são os principais setores de atividade económica.

Em 2025 o PIB per capita era de $786 dólares americanos, registando-se consideráveis desigualdades de rendimento entre os diferentes estratos da população (Índice de Gini = 0,627). No que respeita à dimensão da pobreza, em 2018, o Estudo Harmonizado das Condições de Vida das Famílias revelou que a taxa de incidência da pobreza no país era de 47,7%, com uma taxa de gravidade da pobreza de 5,4%.

A pobreza é o grande fator determinante da realidade sanitária. Esta reflete-se no stress, na reduzida higiene doméstica, na violência doméstica, na rutura do tecido social tradicional, na insegurança alimentar, na desnutrição, no abuso de álcool e droga no caso dos jovens, e no inadequado acesso a cuidados de saúde, tudo contribuindo para fortes desigualdades em saúde. Porém, embora sendo um determinante importante, nem sempre o é da forma esperada.

O quintil mais pobre da população tem uma taxa de mortalidade da criança um pouco inferior (54 por 1000) do que o quintil menos pobre da população (59 por 1000) (MICS 6). Mais de 66% da população vive a mais de 5 km das estruturas de atenção primária à saúde (APS) mais próximas (PNDS-III).

A educação é um dos setores mais problemáticos do país, registando-se deficiente desempenho e escassez de recursos humanos, financeiros e materiais. Entre 1990 e 2019, a duração média da escolaridade aumentou em 1,3 anos. Em 2018 a taxa de alfabetização das mulheres (15-49 anos) era de 32,6% e a dos homens (15-49 anos) era de 52,3%.

Em 2019, a taxa de desemprego era de cerca de 4,1%. Os trabalhos realizados são na sua maioria informais, levando a um certo grau de precariedade, bem como a uma falta de proteção social que não garante um emprego decente e um nível de vida adequado.

O valor dotado pelo OGE para os salários teve um crescimento acentuado entre os anos de 2018 a 2021 subindo de 10,8% para 27,1%.

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

Tabela 2: Indicadores sanitários e socioeconómicos 2018-2021

Indicadores	2018-2021
Educação: TBE (ind abrev. no primário (%) TLE no primário (%) TBE no secundário (%)	
Saúde: Taxa mortalidade infantil ($^0/_{000}$) Taxa. Mortalidade Infantojuvenil (0/000) Taxa. parto assistido (%) Taxa. mortalidade materna (0/00.000) Taxa bruta de mortalidade (TBM) Taxa de mortalidade neonatal Taxa de mortalidade pós-neonatal	35 16 667 8,4 22 14
Água potável: Taxa. acesso à água potável (%)	
Esperança vida à nascença (anos)	60,50 (2019)
Índice do Desenvolvimento humano: (IDH) introd. Ind. abreviaturas Rang segundo o IDH	0,483 (2021) 177/186
Desigualdade do género **Índice de desigualdade do género (IID)** Rang. em relação a IID	

*** Dados foram extraídos a partir do MICS6 2018/2019 e Relatório de PNUD 2016.**

Os resultados de estudo sobre vulnerabilidade ao paludismo, proteção dos direitos e barreiras de acesso aos serviços de saúde (PSB, 2019), demonstram que as populações identificadas como as que mais estão em risco ou vulneráveis ao paludismo são crianças de ambos os sexos, grávidas e pessoas idosas. Estes são vulneráveis não só devido às suas características biológicas, mas também porque dependem do cuidado dos outros e quando se trata de mulheres e questões de gênero.

Para além destes grupos, há jovens homens e mulheres de 15-19 anos, grávidas, pessoas com deficiência, pescadores, mulheres em idade fértil, e pessoas que vivem em zonas rurais longe das estruturas de saúde (muito para além dos 5 km recomendados pela OMS).

As vulnerabilidades estão relacionadas com crenças culturais e tradicionais, tais como a procura de tratamentos tradicionais, questões de género relacionadas com o facto de as mulheres não terem poder de decisão sobre os seus maridos. De facto, a mulher não tem poder sobre o seu corpo, que cultural e religiosamente pertence ao seu marido. É neste sentido que o homem é unanimemente identificado como aquele que decide, no seu papel de chefe de família, marido, pai, tio, irmão, avô.

As grávidas não se submetem ao TPI, por exemplo, porque não assistem regularmente as consultas pré-natais por preferirem prestadores de serviços femininos ou por causa de ocupações e rendimentos domésticos.

As raparigas grávidas, sendo menores, necessitam do apoio e acompanhamento de tutores.

As principais barreiras identificadas durante o estudo estão relacionadas com o acesso a informação adequada e a serviços de saúde localizados a distâncias consideráveis sem estradas ou transportes públicos, o que aumenta o custo da procura de serviços.

A prestação de serviços fica aquém do desejado, notando aqui a falta e o custo de procedimentos e insumos, alguns testes e medicamentos, mesmo que gratuitos, acabam por ser pagos devido a ruturas de stock.

A falta de condições financeiras é uma grande barreira para o acesso aos serviços de saúde, o jovem (rapariga/rapaz), o adulto (homem/mulher), que não tendo dinheiro (porque não trabalha ou porque é dependente de outrem), em caso de doença não recorrem aos serviços de saúde.
As barreiras financeiras foram mencionadas como fatores que bloqueiam os serviços de saúde, falta de condições financeiras, custo de transporte para viagens (também custos individuais indiretos), cobranças ilegais, custo dos serviços quando não é claro ou a pessoa não tem a informação certa sobre serviços gratuitos, compra de medicamentos.
A qualidade e disponibilidade de recursos humanos foram frequentemente mencionadas, enfatizando a falta de prestadores femininos, o comportamento do pessoal caracterizado como desumano e insensível, a prática de cobranças ilícitas, ausências no local de trabalho que acabam por motivar o encerramento temporário de centros de saúde, falta de preparação para lidar com utentes com necessidades especiais, tais como pessoas com deficiência, LBGTQ e raparigas jovens.
Atividades e ocupações profissionais, tais como atividades hortícolas realizadas por mulheres, pescadores, guardas noturnos, trabalho de bolanha (mais mulheres), colheita de caju (mulheres), crianças que pastam as vacas nos campos contribuem para a vulnerabilidade ao paludismo.
As características da habitação contribuem para a vulnerabilidade da população ou de uma comunidade ao paludismo, quando se trata de uma construção precária, sem janelas ou portas, sem tetos e sem ventilação,
O nível de educação é um fator importante para compreender e motivar as pessoas a utilizar os serviços disponíveis. A população considera que ter um técnico que não fala a sua língua local tornará mais difícil a compreensão mútua, ou o profissional de saúde não é da mesma etnia, o que pode facilitar a melhor abordagem em termos de compreensão.
Os resultados da análise da situação mostraram que, em relação ao acesso aos serviços de saúde, 66% da população ainda não tem acesso geográfico aos serviços, ou seja, vive a mais de 5 km da estrutura de cuidados primários de saúde mais próxima.
Os principais fatores que desencorajam a procura de serviços de saúde em caso de necessidade são os custos (44%), tendo sido mais elevados nas regiões de Cacheu (58%), SAB (51%) e Gabú (51%) e a distância apareceu como o segundo fator (11%) (Banco Mundial 2016).

2.6 Análise do sistema de saúde

2.6.1 Política e estratégia nacional de saúde

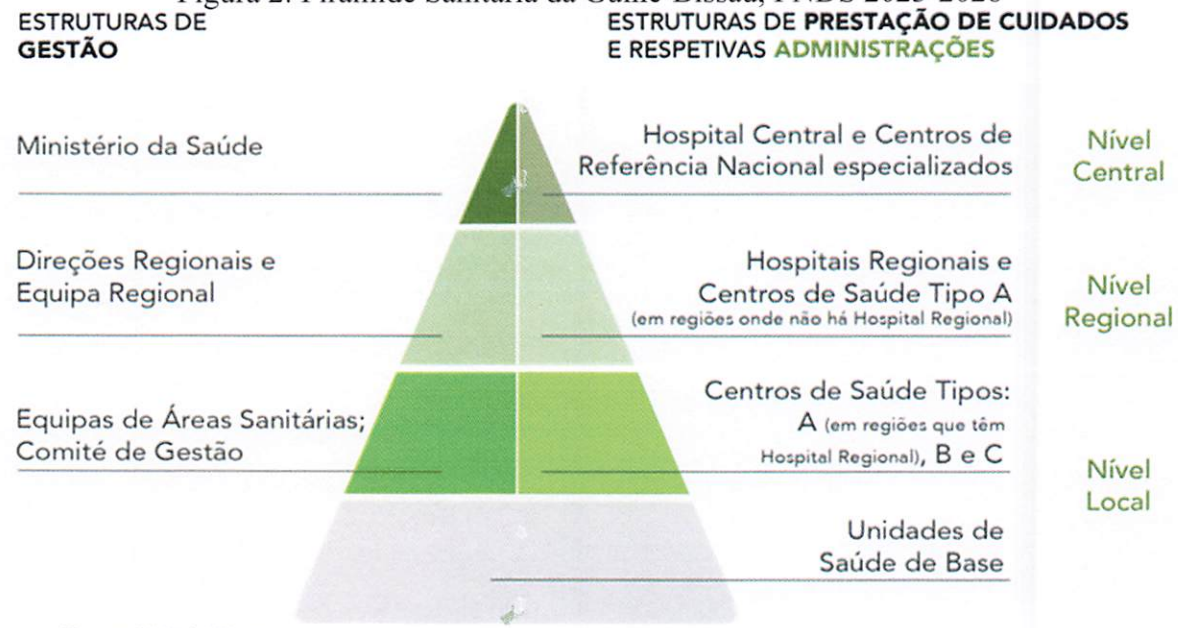
Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde é «um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de doença ou de enfermidade».
O direito à saúde está também consagrado na Carta dos Direitos Humanos das Nações Unidas que Guiné-Bissau subscreveu.
No seu artigo 15º a Constituição da República reconhece que "A saúde pública tem por objetivo promover o bem-estar físico e mental das populações e a sua equilibrada inserção no meio sócio ecológico em que vivem. Ela deve orientar-se para a prevenção e visar a socialização progressiva da medicina e dos sectores médico- medicamentosos". No artigo 46º afirma-se que "Aquele que trabalha tem direito à proteção, segurança e higiene no trabalho".
A Política Sectorial da Saúde foi definida num documento de 1993 atualizado em 2017 e ressalta as seguintes prioridades: o combate à desnutrição proteico-calórica e por micronutrientes, a prevenção da obesidade, a luta contra a epidemia do VIH/SIDA e contra as endemias altamente letais e debilitantes (como a Paludismo, a tuberculose, as parasitoses intestinais, as doenças diarreicas e as doenças preveníveis por vacinação) e também contra as doenças ou acidentes altamente mortíferos e/ou geradores de incapacidade, como as doenças

mentais, a insuficiência renal, os acidentes vasculares cerebrais e acidentes de viação, anemia, diabetes e os cancros mais prevalentes (mama e colo do útero). No ciclo de vida devem enfatizar a gravidez, o período neonatal e os adolescentes e jovens, sem negligenciar uma abordagem compreensiva de todas as fases da vida em família e em comunidade.
Para compreendermos a organização do sistema de saúde temos de ter noção da organização do mapa sanitário e dos setores público (o sistema nacional de saúde), privado e tradicional.

2.6.2 Sistema de saúde pública

O Sistema Nacional de Saúde da Guiné-Bissau está estruturado em três níveis hierárquicos: central, regional e local/comunitário que interagem de forma complementar para assegurar a prestação de cuidados de saúde à população. Em cada nível coexistem serviços públicos, privados e práticas tradicionais, sendo o setor público, o principal provedor.

Figura 2: Pirâmide Sanitária da Guiné-Bissau, PNDS 2023-2028



Fonte: PNDS III, 2023

Administrativamente, o sistema de saúde está dividido em 11 Regiões Sanitárias (RS) e 117 Áreas Sanitárias (AS) dos quais 113 funcionais (ver tabela 1), sendo as Unidades de Saúde de Base o nível mais próximo das comunidades. Estas são definidas com base em critérios geográficos, cobrindo uma população que varia entre 5.000 à 12.000 habitantes.

Tabela 3: Distribuição das áreas sanitárias por região sanitária na Guiné-Bissau, 2024

Região Sanitária	N de áreas sanitárias
Gabú	19
Cacheu	19
Bafatá	14
SAB	14 (10 funcionais)
Bijagós	11

Oio	10
Biombo	8
Tombali	8
Quinara	6
Farim	5
Bolama	3

Fonte: PNDS III, 2023

➢ Nível Central

O nível central concentra os dois hospitais de referência do país, nomeadamente o Hospital Nacional Simão Mendes e o Hospital Militar Principal. Estas instituições oferecem cuidados especializados e funcionam como centros de referência nacionais para casos de maior complexidade. Ambas instituições estão localizadas em Bissau. Adicionalmente, o país dispõe ainda de centros especializados, entre os quais se destacam:

- Hospital Raoul Follereau, vocacionado para doenças respiratórias e tuberculose;
- Hospital de Mal de Hansen, em Cumura, especializado no tratamento da lepra;
- Centro de Reabilitação Motora "Dr. Ernesto Moreira", dedicado à fisioterapia e reabilitação;
- Centro de Saúde Mental "Osvaldo Máximo Vieira", responsável pelos cuidados de saúde mental;
- Centro Pediátrico Renato Grandi, voltado à atenção pediátrica especializada.
- Hospital Pediátrico São José de Bór, voltado à atenção pediátrica especializada.

Não obstante a existência dessas estruturas, o sistema enfrenta limitações expressivas em termos de recursos humanos qualificados, equipamentos adequados e financiamento sustentável, o que restringe a sua capacidade de resposta e a expansão de serviços especializados.

A nível técnico e de suporte, o Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA), o Laboratório Nacional de Saúde Pública (LNSP) e a Central de Compras de Medicamentos Essenciais (CECOME) desempenham papéis essenciais no apoio à gestão, investigação, vigilância laboratorial e fornecimento de medicamentos, constituindo assim pilares estratégicos para o fortalecimento de uma resposta integrada do sistema nacional de saúde.

➢ Nível Regional

A nível regional, o SNS é constituído por cinco hospitais regionais (Cacheu, Gabu, Bafatá, Oio e Tombali), que representam o primeiro patamar de referência para os cuidados secundários. Estas unidades asseguram serviços nas áreas de pediatria, medicina geral, ginecologia e obstetrícia e cirurgia. Contam igualmente com banco de sangue, laboratório e imagiologia (radiografia e ecografia).

Os hospitais regionais desempenham um papel essencial na descentralização dos serviços e na redução da sobrecarga sobre os hospitais nacionais, embora enfrentem limitações estruturais e logísticas que comprometem a sua plena operacionalização. O reforço das capacidades regionais tanto em infraestruturas como em capacitação de recursos humanos, constitui um eixo estratégico para a melhoria da cobertura e da equidade no acesso aos cuidados especializados.

➢ **Nível Local/Comunitário**

O nível local/comunitário, constitui o primeiro ponto de contacto entre o sistema de saúde e as populações, sendo responsável pela prestação dos cuidados de saúde primários.

As unidades sanitárias deste nível estão organizadas em centros de saúde de tipo A, B e C, de acordo com a sua capacidade técnica e funcional. Os centros de tipo A oferecem cuidados primários e procedimentos cirúrgicos básicos; os de tipo B asseguram atendimento primário e internamento; e os de tipo C limitam-se a cuidados ambulatoriais e preventivos.

As comunidades são acompanhadas por Agentes de Saúde Comunitários (ASC), cada um deles é responsável por aproximadamente 50 agregados familiares, atuando no âmbito do pacote mínimo das 18 Práticas Familiares Essenciais (PFE). Esta iniciativa, apoiada por parceiros nacionais e internacionais, visa garantir um conjunto mínimo de cuidados preventivos, curativos e promocionais de saúde, reforçando a ligação entre os serviços formais e a comunidade.

As iniciativas de base comunitária são compostas por atividades de saúde de carácter de promoção da saúde, prevenção da doença e curativo, e são implementadas por Agentes de Saúde Comunitária (ASC) nas AS, sendo, a nível local, as atividades coordenadas pelo Supervisor de terreno (SOT), por sua vez supervisionado pelo Responsável da Área Sanitária (RAS). A nível regional, a coordenação é da responsabilidade do Ponto Focal e, a nível central, pela Direção de Serviço de Saúde Comunitária e Promoção da Medicina Tradicional.

As atividades dos ASC visam principalmente aumentar a oferta e procura de serviços de saúde nas AS e a reduzir a morbimortalidade neonatal, infantil e materna, assim como a diminuir a incidência de VIH e Tuberculose. Adicionalmente, trabalham também para reduzir a incidência e consequências do paludismo, diarreia e pneumonia, incluindo no tratamento destas doenças na comunidade. Realizam, também, o rastreio de desnutrição nas crianças menores de cinco anos.

2.6.3 Outros setores de carácter público

O Setor Militar tem os seus próprios serviços de saúde. É dirigido por uma Divisão Militar Junto do Estado Maior. Esta Divisão coordena serviços prestados por um Hospital Militar Principal (hospital Sino guineense, em Bissau), um Hospital da Base Aérea (hospital de dia, também em Bissau) e Postos em cada batalhão por todo o País. Fora de Bissau os serviços são prestados por enfermeiros. Embora os beneficiários destes serviços sejam os militares e os seus familiares, cerca de 98% dos utentes do Hospital Sino guineense são civis oriundos de todo o território nacional.

O Ministério do Interior tem um consultório médico no ministério e o da Justiça está a negociar com o Ministério da Função Pública a colocação de postos de saúde dirigidos por enfermeiros em cada uma das 4 prisões do País.

2.6.4 Setor privado

- **Setor privado não lucrativo**

No setor privado não lucrativo existem dois modelos de gestão. Por um lado, há entidades que gozam de total autonomia no seu exercício, não recorrendo a recursos públicos para a sua atividade. Exemplo disto são projetos desenvolvidos por Organizações Não- Governamentais (ONG) e entidades da sociedade civil.

Noutros casos verifica-se a existência de relações de parceria, regidas por protocolos entre o MINSAP e as entidades privadas. Gozam de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, beneficiando em muitos casos do apoio do MINSAP, através do destacamento de profissionais que exercem nessas estruturas. Exemplos disto envolvem a Igreja Católica

(Cáritas), algumas ONG, como Renato Grande e a Igreja Evangélica nomeadamente a Casa Emanuel no processo de convencionar os seus serviços clínicos com o Estado.

- **Entidades privadas lucrativas**

O setor privado lucrativo tem enquadramento legal desde 1990. Em 2016 foi publicado o despacho regulamentar nº 37/GMS/2016 que aprova o regime jurídico aplicável ao licenciamento e fiscalização das clínicas privadas e consultórios médicos e estabelece os requisitos que os mesmos devem observar quanto à instalação, organização e funcionamento. Este despacho prevê a elaboração de um manual de boas práticas, a ser aprovado por despacho do ministro da saúde, ouvidas a Comissão Técnica Nacional, a Ordem dos Médicos, Farmacêuticos e Cirurgiões Dentistas. Este manual deve ser elaborado de modo a permitir, a acreditação das clínicas e dos consultórios médicos, integrando-se no sistema de qualidade em saúde. Verifica-se, porém, que estas orientações nunca foram seguidas, não se verificando a regulamentação nesta matéria.
Não existe um registo oficial do número e especificação das entidades privadas lucrativas em saúde, que proliferam sobretudo na região SAB.

2.6.5 Setor da Medicina Tradicional

A OMS encoraja a plena exploração do potencial da medicina tradicional e à promoção de medicamentos tradicionais seguros e eficazes.
A prática de Medicina Tradicional é uma realidade na Guiné-Bissau e encontra-se contemplada no Plano Estratégico Nacional de Saúde Comunitária.

2.6.6 Recursos humanos para a saúde

A situação dos recursos humanos para a saúde é caracterizada pela falta de especialistas, agravada por uma grande disparidade na sua distribuição entre as diferentes regiões e estruturas de saúde e dentro da mesma estrutura, com uma forte concentração no Setor Autónomo de Bissau.
A disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos constituem um dos principais determinantes da capacidade operacional do Sistema Nacional de Saúde. Segundo o Inquérito Nacional de Instalações e Recursos Humanos de Saúde (HHFA, 2023), o Ministério da Saúde Pública dispõe de 1.755 profissionais de saúde, dos quais 25,8% são médicos (entre eles apenas 2% são especialistas).
O Setor Autónomo de Bissau (SAB) concentra cerca de 49% dos profissionais de saúde, refletindo uma distribuição desigual que favorece a capital em detrimento das regiões. A cobertura média nacional é de 8 profissionais de saúde por 10.000 habitantes, valor significativamente inferior ao padrão mínimo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 23 profissionais por 10.000 habitantes.
O Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (PNDRHS 2023–2032) estabelece como meta o aumento gradual deste rácio para 15 profissionais por 10.000 habitantes até 2032, priorizando a formação, fixação e retenção de quadros técnicos e especialistas nas regiões mais carenciadas.
A escassez de profissionais especializados em áreas como anatomia patológica, imagiologia, cirurgia geral, medicina interna, doenças infeciosas, patologia clínica, radioterapia, entomologia, paludologia e entre outros, constitui um dos principais entraves para o desenvolvimento de uma resposta estruturada ao sistema nacional de saúde pública.
Assim, o fortalecimento da formação inicial e contínua, a criação de programas de especialização médica e técnica e a cooperação interinstitucional com universidades e parceiros

internacionais são eixos estratégicos prioritários para garantir a sustentabilidade do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Tabela 4: A força de trabalho do MINSAP

Profissionais de saúde no MINSAP	**2016**		**2022**		**Variação 2016-2022**	
Nivel Superior	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
Médicos (Generalista)	175	13,58	235	12,37	60	34,29
médicos Especialista (Area clínica)			18	0,95		
médicos Especialista (Medicina Geral Integrado)	-	-	35	1,84		
Enfermeiros (curso superior)			334	17,59		
Prof de laboratório (superior)			37	1,95		
Farmácia (curso superior)	4	0,31	2	0,11	-2	-50,00
Raio X - imagiologia			1	0,5		
Dentista	2	0,16	4	0,21	2	50,00
Nível Médio	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
Enfermeiros (curso geral)	796	61,75	822	43,29	26	3,16
Parteira	146	11,33	161	8,48	15	9,32
Técnico laboratório	129	10,01	144	7,58	15	10,42
Técnico de farmácia	30	2,33	63	3,32	33	52,38
Técnico Raio X	7	0,54	43	2,26	36	83,72
TOTAL	**1289**	**100**	**1899**	**100**	**185**	**9,92**

Fonte: Dados de 2016: PNDSIII. / Dados de 2022: DSRHAS

Nota: Os dados não incluem: (a) profissionais em missão de cooperação que trabalham em instituições do MINSAP (exemplo: expatriados de Cuba e da Nigéria); (b) as admissões em 2021 e 2022 que foram canceladas por despacho ministerial em setembro de 2022; (c) médicos generalistas em atividades de gestão, tanto do nível central como regional. Foram contabilizados os 21 médicos generalistas colocados no hospital militar principal (HMP), por estarem a usufruir de verbas destinadas ao MINSAP (p. exemplo, salário), assim como os profissionais colocados nas estruturas convencionadas. Importa ressaltar que o setor privado lucrativo não foi mencionado, porque a grande maioria de seus profissionais são funcionários em ativo e/ou em reforma no setor público civil (MINSAP).

A situação dos recursos humanos está ainda agravada pela não implementação das carreiras e pela falta de pagamento atempado dos salários e por condições de trabalho inadequadas ao bom exercício profissional. Tudo junto resulta numa grande desmotivação da força de trabalho, numa baixa produtividade, em conflitos laborais, no recurso ao múltiplo emprego (que se acentua com o aumento do setor privado) e à pequena corrupção, incluindo cobranças ilícitas. É notória a ausência de gestão eficaz de RH a todos os níveis, apesar do grande esforço que, no início da década, com o apoio do Banco Mundial, se fez para definir uma política salarial para o setor, uma política de educação/formação dos quadros da saúde e regulamentos de atribuição de bolsas de estudos e para formação contínua. Finalizou-se um "Manual do Gestor de Recursos Humanos - Guia Prático para o Setor da Saúde da Guiné-Bissau" em 2012. Estes instrumentos foram desenvolvidos, colocados à apreciação do Ministro da Saúde em 2011 e 2012, mas nunca receberam despacho.

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

2.6.7 Gestão e aprovisionamento de Produtos Farmacêuticos

A produção legislativa relacionada com o setor do medicamento tem sido abundante e relevante.

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

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

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

Em 2009, foi validado o documento da Política Farmacêutica Nacional, e em 2010 foi publicado o regime jurídico da atividade farmacêutica (Decreto n.º 11/2010, de 26 de agosto).

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

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

2.6.8 Financiamento da saúde

Entre 2023 e 2025 o orçamento da saúde situou-se cerca de 7% do Orçamento Geral do Estado (OGE), muito aquém do acordo de 15% assumido em 2001 no âmbito do compromisso de Abuja conforme ilustrado na tabela abaixo.

Tabela 5: Provisões orçamentais da Saúde no OGE (2023 – 2025)

Itens	Ano			TOTAL
	2023	2024	2025	
Orçamento estado	311 251 245 067	311 251 245 067	311 251 245 067	933 753 735 201
Orçamento de Saúde	21 449 082 000	21 449 082 000	21 449 082 000	64 347 246 000
% por ano	6,89%	6,89%	6,89%	6,89%

Fonte: **https://www.paloptl-ebudgets.org/guinea-bissau/** ***consultado em 27 de janeiro de 2023***

- **Parceria para a saúde**

O relacionamento com os parceiros precisa de atenção, tanto deles como do Governo, nomeadamente para desenvolver oportunidades para reforçar a responsabilização mútua, aumentar a previsibilidade da cooperação para o desenvolvimento e garantir a sua sustentabilidade, diminuir a dependência do estrangeiro para evacuação de doentes, apoiar os sistemas de gestão de financiamento públicos e desenvolver os sistemas nacionais de aquisições e abastecimento.

Cabe ao MINSAP, em colaboração com o Ministério dos Negócios Estrangeiros, continuar a promover, dinamizar e estimular a participação dos parceiros internacionais no processo de desenvolvimento sanitário nacional e a expansão da cooperação já existente, redefinindo os parâmetros que devem orientar essas parcerias.

- **Financiamento dos Parceiros**

O sector da saúde permanece fortemente dependente da ajuda internacional, o que limita a sua capacidade das infraestruturas das instalações de saúde e do equipamento hospitalar, e reduzindo a sustentabilidade do financiamento do sector para garantir o direito à saúde para todos (PNDS-III). Segundo o relatório de contas nacionais da saúde de 2017 (o documento mais recente) o financiamento do setor da saúde depende principalmente de financiamento pelos parceiros internacionais (21,62 % das verbas) e dos pagamentos diretos pelas famílias, situando-se a contribuição do Estado em cerca de 8% do total de gastos em saúde, um esforço que é canalizado na sua quase totalidade para pagamento de salários e a algumas pequenas intervenções.

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

3. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO PALUDISMO

3.1 Apresentação do PNLP

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

A equipa do PNLP que iniciou a implementação do PEN 2013-2017 com apenas 4 técnicos, vem sendo reforçada ao longo dos últimos anos com recursos humanos, contando neste momento com 19 técnicos efetivos em seguintes postos: Coordenador, Coordenador Adjunto, responsável pelo seguimento e avaliação (2), responsável pela Luta Anti vetorial (2), responsável pelo manejo de casos (2), responsável pela gestão do paludismo nas grávidas (2), responsável logística (1), Gestor de dados (2), responsável pela IEC/CMC/MS (2), Administrador, Contabilista, Secretária e seis motoristas.

Desde 2021 que o PNLP beneficia de assistência técnica nacional graças ao projeto da Subvenção do Fundo Global. A sua equipa foi reforçada com novos técnicos, passando de 4 para 19 técnicos ativos nos últimos anos. Ao nível das regiões, existe um ponto focal das atividades de luta contra o paludismo, mas, que se ocupa simultaneamente dos programas de luta contra o VIH/SIDA e a Tuberculose.

Sobre o plano de formação do pessoal técnico do PNLP, somente dois beneficiaram de formação internacional, o responsável do seguimento e avaliação beneficiou de uma formação em seguimento e avaliação e a responsável pela IEC/CMC/MS em formação em paludologia.

O PNLP colabora com outros departamentos e/ou programas do Ministério da Saúde, ONG e sector privado religioso para realizar as suas atividades de controlo do paludismo. As condições de trabalho do Programa Nacional de luta contra o Paludismo melhoraram nos últimos cinco anos, contribuindo assim, para a melhoria do seu funcionamento (desempenho), apesar da inadequação das suas instalações (sala de reuniões e escritórios).

3.2 Histórico da luta contra o paludismo

1992:	Participação da Guiné-Bissau na conferência da OMS sobre o Paludismo em Amesterdão (outubro)
1992:	Criação do Programa Nacional de Luta Contra o Paludismo
1997:	Adesão da Guiné-Bissau à declaração de Harare sobre o paludismo, 33ª Sessão da OUA, 02-04 junho de 1997
1999:	Adesão da Guiné-Bissau à Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo"
2000:	Engajamento da Guiné-Bissau à Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo"
2001:	Celebração da 1ª Jornada africana da luta contra o paludismo (25 abril)
2002:	Nomeação de um cidadão da Guiné-Bissau como conselheiro regional de luta contra o paludismo na África
2004:	Acesso da Guiné-Bissau à 4ª ronda do Fundo Mundial de Luta contra o VIH/SIDA, a Tuberculose e o Paludismo
2005:	Estudo da resistência a cloraquina
2005:	Introdução de tratamento com ACT
2005:	Introdução de TPI nas grávidas à base de SP
2006:	Acesso à 6ª Ronda do Fundo Mundial
2006:	Engajamento da Guiné-Bissau na declaração de Abuja para o acesso universal às intervenções de prevenção e do tratamento do VIH/SIDA, da tuberculose e do Paludismo
2006:	A Guiné-Bissau acolheu a 6ª reunião Anual de revisão e de planificação das atividades de luta contra o paludismo com a participação dos 16 países endémicos da África do Oeste
2007:	Inquérito de tratamento de paludismo grave nas estruturas de saúde
2009:	Acesso à 9ª Ronda do Fundo Mundial
2011:	1ª Campanha nacional de distribuição de MILDA marcada pelo alcance da cobertura universal para os Mosquiteiros Impregnados de Longa Duração de Acão
2014:	2ª Campanha nacional de distribuição de MILDA marcada pelo alcance da cobertura universal para os Mosquiteiros Impregnados de Longa Duração de Acão
2015:	Introdução oficial de manejo de casos de paludismo na comunidade em 4 regiões sanitárias do país (Biombo, Cacheu, Farim, Oio)
2015:	Introdução da gratuitidade de diagnóstico e tratamento de paludismo para toda a população;
2015:	Acesso ao Novo Modelo de Financiamento do Fundo Mundial (NFM)
2016:	Introdução de QPS em 2 das regiões pilotos (Bafatá e Gabu)
2017:	3ª Campanha nacional de distribuição de MILDA marcada pelo alcance da cobertura universal para os Mosquiteiros Impregnados de Longa Duração de Acão
2017:	Introdução oficial de Artesunato injetável para tratamento de paludismo grave no sector público
2017:	Acesso ao Novo Ciclo de Financiamento do Fundo Mundial (NCF)
2017:	Campanha de QPS em todas as áreas sanitárias das 2 regiões (Bafatá e Gabu)
2020:	Acesso ao Novo Ciclo de Financiamento do Fundo Mundial (NCF3)
2020:	4ª Campanha nacional de distribuição universal dos MILDA
2020:	Pela 1ª vez, o PNLP é Sub Recependiario do NCF3
2020:	Campanha de QPS em 2 regiões alvos (Bafatá e Gabu) e 4 pilotos (Bolama, Bijagós, Tombali e SAB na área sanitária de Plack II)
2021:	1ª jornada científica de Luta contra o Paludismo;
2021:	Campanha de QPS em 4 regiões alvos (Bafatá, Bolama, Gabu e Tombali);

2022:	Adesão da Guiné-Bissau na Aliança dos Lideres Africanos para a luta contra Malaria (ALMA)
2023	Acesso ao Novo Ciclo de Financiamento do Fundo Mundial (GC7)
2023	5ª Campanha nacional de distribuição universal dos MILDA
2023	A Declaração de Yaound 2023 que também é um compromisso politico regional africano ligado sobretudo, à saúde pública e ao combate ao paludismo com foco em prevenção, tratamento e proteção de grupos vulneráveis (crianças e grávidas)
2024	Estratificação de Risco de Paludismo
2024	Extensao de faixa etaria de 3-60 meses para 3-120 nas quarto regioes sanitarias (Bafata, Bolama, Gabu e Tombali
2024	Adesão à Iniciativa ALMA (alianca de lideres africanos contra o paludismo), e uma coligação de presidentes africanos que visa a erradicar o paludismo na África até 2030
2025	Mudança de sistema de reporte de dados epidemiologicos de Paludismo de diario (RTM) para mensal

3.3 Perfil epidemiológico

3.3.1 Parasitas do paludismo

O resultado do estudo feito anteriormente demostra que o parasita mais comum é o *Plasmodium falciparum* que constitui cerca de 98% das infeções. (MIS, 2023).

3.3.2 Vetores do paludismo

De acordo com a avaliação de 2023 da suscetibilidade dos vetores do paludismo aos inseticidas na Guiné-Bissau, todas as regiões apresentaram resistência às concentrações discriminatórias de todos os piretróides testados (permetrina, deltametrina e alfa-cipermetrina). Uma exceção foi observada na região de Cacheu, onde se verificou suscetibilidade à deltametrina. O SAB foi considerado a região sanitária como maior resistência a todos os piretróides, devido a baixa taxa de mortalidade observada após exposição.

Em comparação com os resultados de 2021, a resistência aumentou mesmo nas regiões onde a prevalência do paludismo era considerada baixa (como Quinara/Buba e Cacheu).

Após análise molecular, a espécie mais frequentemente identificada foi Anopheles arabiensis (35%), seguida de Anopheles gambiae s.s. (32,7%).

O relatório preliminar de vigilância entomológica de 2025 detetou a presença de espécies como o Anopheles stephensi no país.

No entanto, a análise morfológica das amostras suspeitas ainda não foi confirmada a nível molecular, mas dadas as dificuldades financeiras relacionadas com a obtenção/compra do reagente adequado, a existência de tal vetor não pode ser confirmada neste momento.

3.3.3 Mudança/evolução da distribuição de espécies de parasitas

Em 2009, nas regiões sanitárias de Bissau e Gabú, e posteriormente em 2017 nas regiões sanitárias de Bissau, Bolama, Bijagós, Cacheu, Gabú e Quinara, as análises moleculares de amostras revelaram a presença de *Anopheles gambiae* em Bissau, Bijagós, Bolama e Gabú. Foi também detectada a presença de *Anopheles arabiensis* e *Anopheles melas*. Este último foi encontrado nas regiões sanitárias de Bolama e Bijagós.

Em 2018 e 2021, foi realizado um estudo nas quatro regiões onde se localizam os postos sentinela de vigilância epidemiológica do paludismo: Gabú, Cacheu (Canchungo), Quinara

(Buba) e SAB (Bairro Militar), identificando as espécies Anopheles arabiensis e Anopheles culuzzi.

Em Buba, as espécies Anopheles gambiae (20 indivíduos) e a sua forma híbrida (9 indivíduos) foram predominantes, enquanto *Anopheles arabiensis* (2 indivíduos) e *Anopheles culuzzi* (1 indivíduo) foram menos prevalentes. A identificação molecular das espécies nas amostras da região de Cacheu não foi possível. No entanto, a análise por PCR (Scott et al., 1993) revelou a presença de *Anopheles gambiae* e a ausência de *Anopheles arabiensis*.

Nas amostras da região de Gabú, observou-se uma predominância da espécie *Anopheles gambiae,* forma S (19), seguida da forma híbrida *gambiae/culuzzi*.

Nas amostras da região sanitária de SAB, Anopheles arabiensis foi a espécie predominante, seguida de *Anopheles gambiae* e as suas formas híbridas. *Anopheles colozzi* esteve ausente das amostras analisadas nesta região.

Até ao momento, a presença de *Anopheles stephensi* não foi registada no país. Este mosquito tem-se espalhado pelo continente africano desde 2012, quando foi observado pela primeira vez no Djibuti. Em 2020, foi detectado pela primeira vez na África Ocidental, na Nigéria, e mais recentemente, em dezembro de 2022, no Quénia. A OMS considera este vector uma grande ameaça à eliminação do paludismo e recomenda que cada país implemente um conjunto de atividades destinadas a reforçar a vigilância desta espécie.

Em 2023, o estudo sobre a resistência do vetor aos inseticidas revelou que a espécie An. arabiensis foi a mais frequentemente identificada (35%), com um total de 92 mosquitos fêmeas. A segunda espécie mais frequentemente identificada foi *An. gambiae s.s.* (forma molecular S) (86 mosquitos, 32,7%), seguida de An. 61 mosquitos (23,2%) pertenciam à espécie *Anopheles gambiae s.s.* (forma molecular M) e 16 à espécie híbrida (6,1%). Apenas foi registado um mosquito da espécie *Anopheles melas* (0,4%).

3.3.4 Estratificação e cartografia do paludismo

- **Estratificação**

O paludismo é endémico na Guiné-Bissau com uma transmissão estável em todo o país e toda a população está em risco, com aumento de casos no fim da época da chuva, (Relatório MIS 2023).

O país realizou a estratificação do risco do paludismo em 2024, o que permitiu classificar as diferentes regiões de saúde em quatro estratos:

- Risco Muito Baixo (0–100 casos/1000 habitantes);
- Risco Baixo (101–250 casos/1000 habitantes);
- Risco Moderado (251–450 casos/1000 habitantes);
- Risco Elevado (>450 casos/1000 habitantes).

A tabela seguinte mostra os diferentes estratos de acordo com nas regiões, tamanho e a proporção da população por estrato.

Tabela 6: Regiões e tamanho da população por estrato

	Incidência anual do paludismo	Número das áreas sanitárias	Tamanho da população por estrato	% da população em Risco por Nível de Transmissão
Risco Muito Baixo	<100 casos/1000 habitantes	54	1 458 306 habitantes	59,1%
Risco Baixo	101-250 casos/ 1000 habitantes	39	668 928 habitantes	27,1%
Risco Moderado	251–450 casos /1000 habitantes	17	311 530 habitantes	12,6%
Risco Elevado	> 450 casos/1000 habitantes	03	28 447 habitantes	1,2%
Total		**113**	**2 467 211**	**100%**

Fonte: estratificação do risco do paludismo em 2024

54 áreas sanitárias estrato na zona de Risco Muito Baixo, representando 59,1% da população.

- **Morbilidade e mortalidade**

A classificação de incidência ajustada por zona de saúde é apresentada abaixo.

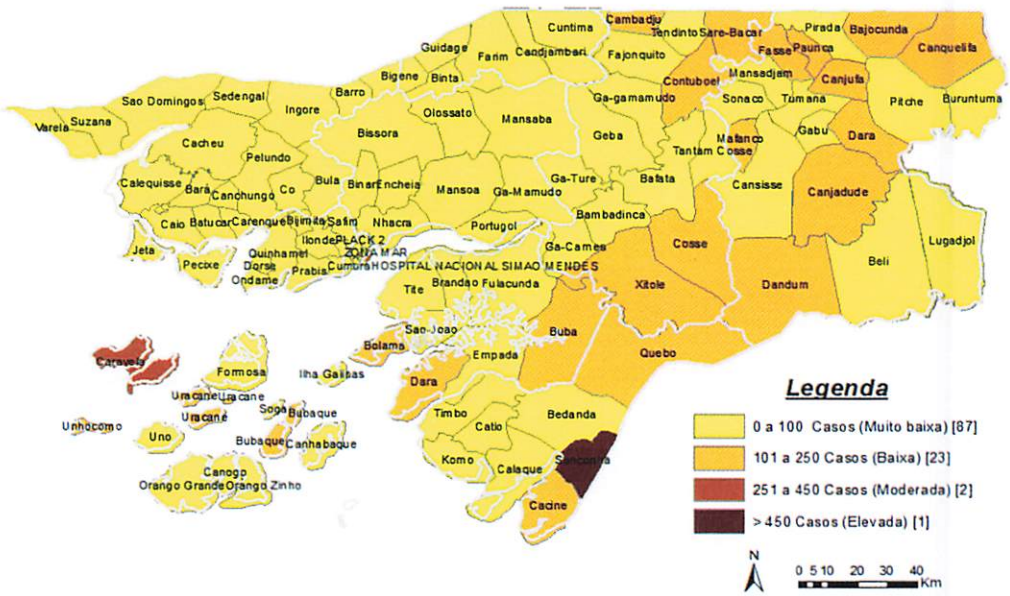


Figura 3: Incidência Bruta / 1000 casos em 2023

A área sanitária de Sanconha na região sanitária de Tombali é a única que apresenta uma incidência superior a 450 casos por 1000 habitantes. Os resultados demonstram que aproximadamente 1% das áreas estão nas categorias de risco alto, evidenciando a necessidade de ações prioritárias nessas regiões. Por outro lado, 99% das
áreas estão concentradas nas categorias de risco baixo a moderado, onde estratégias de prevenção e controle devem ser mantidas para evitar o agravamento da situação.

Os gráficos abaixo mostram as incidências, fatalidades e mortalidade atribuídas ao paludismo em todas as faixas etárias de 2023 a 2025 nas estruturas de saúde públicas e privadas convencionais.

4.8 Apoiar a organização de 2 supervisões integradas por ano pelo nível central (PNLP, INASA, LNSP, ARFAME, CECOME, DSSR, SIVE, DSSCPMT, DSANSC) e semestral do SIS	20 577 926	50 107 695	64 872 580	72 255 022	75 946 243	**283 759 465**
4.9 Controlo de qualidade de dados do Nível Central para as ES, semestralmente	64 476 000	68 456 455	70 446 682	71 441 795	71 939 352	**346 760 284**
4.10 Formar/ 15 formadores durante 5 dias no Nível Central em gestão de dados (base de dados)		4 192 356		6 288 534	-	**10 480 890**
4.11 Atualizar 15 formadores durante 5 dias no Nível Central em gestão de dados (base de dados)	4 192 356	-	4 192 356	-	6 288 534	**14 673 246**
4.12 Apoiar o INASA na organização de um ateliê nacional de revisão e validação dos instrumentos de seguimento e de coleta dos dados do SIS adaptados durante 3 dias para 22 SIS regionais + 2 SIS centrais.	-	4 986 960	-	9 896 408	-	**14 883 368**
4.13 Formar 5 técnicos (1 por ano) em seguimento e avaliação através dos cursos internacionais.	5 373 400	7 400 000	13 320 000	23 976 000	43 156 800	**93 226 200**
4.14 Apoiar o INASA na formação de 22 SIS regionais + 2 SIS centrais sobre os instrumentos de SIS adaptados (instrumentos de coleta e de seguimento)		3 714 040	6 685 272	12 033 490	21 660 281	**44 093 083**
4.15 Formação dos tecnicos de estruturas publico nas intervenções para ação de pre-eliminação e eliminação	257 213 127	257 213 127	257 213 127	257 213 127	257 213 127	**1 286 065 635**
4.16 Formação dos ASC na zonas com estratos de pré-eliminação e Eliminação no reforço de deteção de casos e sensibilização	116 961 600	116 961 600	116 961 600	116 961 600	116 961 600	**584 808 000**
4.17 Formação em investigação de casos e focos	6 011 040	6 011 040	6 011 040	6 011 040	6 011 040	**30 055 200**
4.18 Capacitação em diagnóstico de alta qualidade (TDR e microscopia)	2 674 040	4 011 060	7 219 908	12 995 834		**26 900 842**

4.19 Apoiar a DSSCPMT na elaboração e/ou adaptação dos instrumentos de coleta de dados e seguimento das atividades dos ASC.	-	2 153 720	3 230 580	5 815 044	10 467 079	**21 666 423**
4.20 Apoiar a DSSCPMT na reprodução dos instrumentos adaptados do seguimento e coleta de dados de 3.481 ASC	2 153 720	2 328 980	3 115 304	3 744 363	4 247 611	**15 589 978**
4.21 Validar, Publicar / disseminar os resultados dos inquéritos realizados no domínio do paludismo - MINSAP + INASA	4 897 800	7 027 416	10 200 449	12 738 875	14 769 616	**49 634 156**
4.22 Organizar a reunião semestral de validação dos dados sobre o paludismo a nível central (1 reunião 2 vezes por ano)	6 079 180	8 989 734	9 862 900	10 124 850	10 203 435	**45 260 099**
4.23 Atualizar o conteúdo do boletim de informação e de retro informação sobre o Paludismo (maqueta e conteúdo)	12 158 360	13 294 332	16 293 990	17 793 819	18 543 734	**78 084 235**
4.24 Publicar o boletim trimestral de informação e retro informação sobre a luta contra o paludismo	3 200 000	4 160 000	6 528 000	8 422 400	9 937 920	**32 248 320**
4.26 Investigação e confirmação de casos (Forfait)	245 083 852	-	245 083 852	-	318 609 008	**808 776 712**
4.28 Estudo sobre a eficácia terapêutica dos anti palúdicos, cada 2 anos	-	25 967 160	-	33 757 308	-	**59 724 468**
4.29 Estudo sobre a qualidade de tratamentos, anualmente	12 519 179	12 519 179	18 778 769	24 412 399	31 736 119	**99 965 644**
4.30 Estudo sobre a sensibilidade dos vetores aos inseticidas, cada 2 anos	-	27 300 780	-	40 951 170	-	**68 251 950**
4.33 Assurer la mise en place d'outils des collecte de données de surveillance	6 011 040	7 814 352	11 721 528	17 582 292	26 373 438	**69 502 650**
4.34 Uso de formulários padronizados	6 413 500	6 605 905	6 936 200	7 144 286	7 358 615	**34 458 506**
4.36 Investigação domiciliar e comunitária de cada caso	-	14 441 924	15 164 020	15 922 221	16 718 332	**62 246 496**
4.37 Intervenções rápidas em surtos localizados	10 384 164	10 695 689	14 225 266	18 919 604	25 163 073	**79 387 797**

4.38 Vigilância nas paragens de carros, portos e aeroportos	17 267 935	17 785 973	23 121 764	23 121 764	23 121 764	**104 419 201**
4.39 Realizar a estratificação epidemiológica do paludismo a nível nacional, de acordo com as diretrizes da OMS	-	33 390 000	-	45 076 500	-	**78 466 500**
Realizar inquérito MIS do MILDA	276 969 189		304 666 108	-	-	**581 635 297**
Supervisão, seguimento e relatórios	199 933 365	-	219 926 702	-	-	**419 860 067**
4.40 Estudo de deteção de gene Pfhr2 e 3	-	125 038 045	-	170 051 741	-	**295 089 785**
4.41 Estudo sobre deteção dos especies não falciparum	-	116 664 271	-	151 663 553	-	**268 327 824**
4.42 Estudo sobre qualidade de dados	-	5 670 000	-	7 371 000	-	**13 041 000**
4.43 Auditoria de Qualidade de dados	5 250 000	5 512 500	7 441 875	10 046 531	13 562 817	**41 813 723**
4.45 Realizar um estudo sobre a qualidade dos cuidados aos doentes do paludismo	12 684 529	12 684 529	19 026 794	28 540 190	42 810 285	**115 746 327**
4.46 Garantir a deteção ativa de casos	5 704 000	5 704 000	8 556 000	12 834 000	19 251 000	**52 049 000**
4.48 Reforçar o laboratório de referência em equipamentos	-	38 952 230	-	58 428 345	-	**97 380 576**
4.49 Elaborar um Plano de Preparação e Resposta a Epidemias	-	23 339 008	-	-	-	**23 339 008**
4.50 Determinar o limiar epidémico do paludismo	-	2 800 000	-	-	-	**2 800 000**
4.51 Garantir a criação de um stock de emergência de medicamentos antipalúdicos	-	46 910 149	-	51 601 163	-	**98 511 312**
4.53 Apoiar na realização de releitura de laminas controlo de qualidade de laboratorio (Microscopia e TDR) no terreno - MINSAP / INASA/LNSP - Change to Control de Qualite de Microscopie et TDR 2 / yr X 5 yrs	18 228 400	18 228 400	18 228 400	18 228 400	18 228 400	**91 142 000**
4.54 Apoiar na realização de supervisao/ Formativa e recolha de laminas para controlo de qualidade de laboratorio (Microscopia e TDR) no terreno - MINSAP / INASA/LNSP - Change to Control de Qualite de Microscopie et TDR 2 / yr X 3 yrs	9 312 640	9 312 640	9 312 640	9 312 640	9 312 640	**46 563 200**

TOTAL	**2 065 232 982**	**2 138 452 223**	**2 754 495 789**	**3 074 111 412**	**3 218 300 182**	**13 250 592 589**

8.2. Multisetorialidade das intervenções da luta contra o paludismo

Sectores	Partes interesadastores	Advocadores	Açõess	Domínios/Áreas de mobilização
Publico	Setor da saúde	▪ Defender para que outros Ministérios adoptem as responsabilidades e acções definidas no plano de emergência contra o paludismo	▪ Implementar planos estratégicos nacionais para o controlo do paludismo	▪ Manter e aumentar o apoio financeiro dos parceiros e doadores existentes.• Atribuição orçamental adequada para o combate ao paludismoCoordenação e encaminhamento dos pedidos de financiamento para o fundo de eliminação do paludismo
	Setor do Ambiente, Água e Saneamento	▪ Reduzir a proliferação do mosquito Anopheles	▪ Aumentar a sensibilização das partes interessadas do sector sobre uma ligação entre o ambiente e os mosquitos.	▪ Melhorar a drenagem de águas estagnadas em bairros urbanos e rurais ▪ Promover o saneamento básico e o acesso à água potável ▪ Integrar ações de controlo ambiental em projetos de urbanização e habitação ▪ Sensibilizar comunidades para eliminação de criadouros domésticos
	Setor da Educação	▪ Promover conhecimentos e comportamentos preventivos desde ensino básico	▪ Promover encontros de intercâmbio com os professores sobre os currículos de formação em paludismo nos programas nos curriculum escolares.	▪ Integrar conteúdos sobre prevenção do paludismo no currículo escolar ▪ Capacitar professores como agentes de sensibilização ▪ Realizar campanhas educativas nas escolas, especialmente em zonas rurais ▪ Incentivar clubes escolares de saúde
	Sector comunicação Social e Mídia	▪ Aumentar a consciencialização pública	▪ Envolver jornalistas na divulgação de informação baseada em evidências	▪ Aumentar a consciencialização pública ▪ Utilizar rádios comunitárias (muito influentes na Guiné-Bissau) ▪ Desenvolver mensagens em línguas locais (crioulo e línguas nacionais) ▪ Promover campanhas sazonais antes e durante a época das chuvas
	Setores da Agricultura, Pescas e Obras Públicas	▪ Reduzir riscos ambientais e ocupacionais	▪ Sensibilizar as partes interessadas dos sectores relevantes sobre o ambiente	▪ Integrar medidas de controlo do paludismo em projetos de irrigação e arrozais

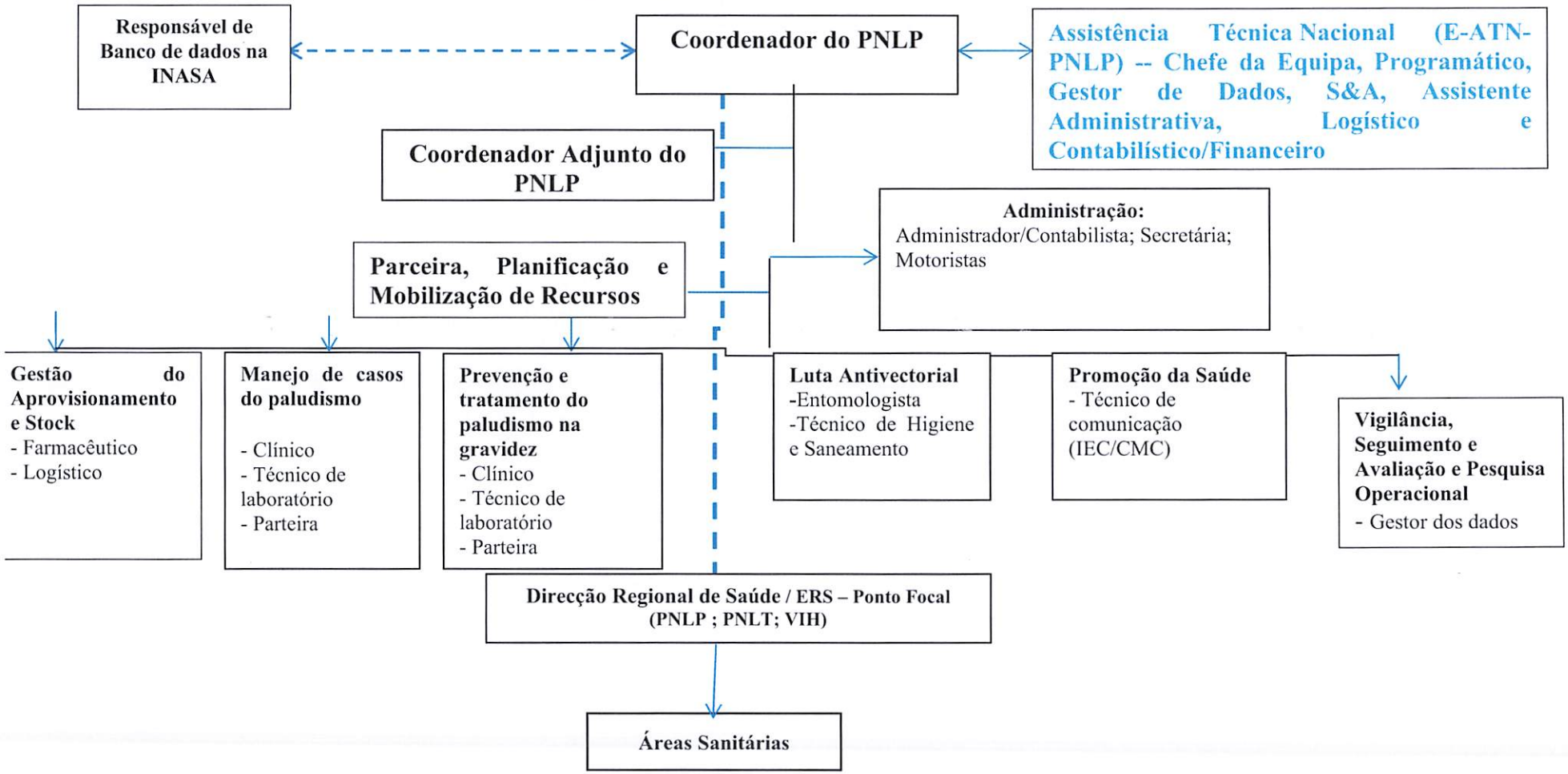
Sectores	Partes interesadastores	Advocadores	Açõess	Domínios/Áreas de mobilização
			relacionado com a proliferação de mosquitos e os métodos de controlo da luta contra o paludismo.	▪ Sensibilizar agricultores e pescadores sobre prevenção ▪ Garantir condições de habitação adequadas para trabalhadores sazonais
	Ministério das Autarquias Locais/Ministério da Administração Territotial e de Poder Local	▪ Advocar/Defender junto das autoridades locais que o paludismo seja reconhecida como uma prioridade da saúde pública.	▪ Sensibilisar as câmaras/autarcas sobre o paludismo ▪ Estabelecer uma cartografia da incidência nas comunidades	▪ Integrar o paludismo nas políticas de desenvolvimento comunitário, especialmente nas estratégias de desenvolvimento do governo local. ▪ • Divulgar orientações e políticas aos líderes locais, de forma a garantir que o paludismo é uma prioridade local.
	Setor do Turismo	▪ Preconisar a afectação da receita do imposto sobre o turismo para apoiar a eliminação do paludismo.	▪ • Implementar uma certificação de "livre do paludismo ou sem paludismo" para os alojamentos turísticos e operadores turísticos. ▪ • Integrar mensagens de sensibilização sobre o paludismo em folhetos/panfletos para turistas e anúncios publicitários para aumentar a sensibilização.	▪ Atribuir uma percentagem das receitas ao Conselho de Eliminação do paludismo ou acrescentar uma sobretaxa turística às estadias para financiar a eliminação do paludismo. ▪ Incentivar os turistas a fazerem donativos. ▪ Recolher o troco dos turistas no final da estadia.
	Ministério das Finanças	▪ Integrar a eliminação do paludismo como um objectivo estratégico no plano nacional de desenvolvimento económico.	▪ Designar uma pessoa ou funcionário em regime de tempo parcial/tempo inteiro para apoiar o Comité de Eliminação do paludismo	▪ Aumentar os recursos para a saúde, incluindo o combate ao paludismo, em conformidade com a Declaração de Abuja. ▪ Identificar e alocar receitas de impostos/taxas específicos para apoiar o combate ao paludismo.
	Setor da Proteção Social	▪ Defender/advocar a implementação do Seguro Universal de Saúde	▪ Determinar a lista de referência de procedimentos elegíveis para o paludismo	▪ Incentivar a população a aderir ao Seguro Universal de Saúde
	Meteorologia	▪ Defender/advocar o acesso a dados meteorológicos	▪ Determinar a associação entre as tendências dos casos do paludismo e a precipitação pluviométrica.	▪ Alerta em caso de previsões meteorológicas atípicas

Sectores	Partes interesadastores	Advocadores	Açõess	Domínios/Áreas de mobilização
Sociedade Civil	Comunidades, Autoridades Tradicionais e Sociedade Civil	▪ Garantir apropriação comunitária das ações	▪ Envolver líderes comunitários, régulos, líderes religiosos e associações locais ▪ Fortalecer o papel dos Agentes de Saúde Comunitária (ASC) ▪ Promover campanhas porta-a-porta para uso de mosquiteiros e procura precoce de cuidados ▪ Combater crenças e práticas tradicionais que atrasam o tratamento	▪ Sensibilizar as autoridades e os líderes tradicionais para o papel das comunidades no combate à malária.
	Organizações não governamentais (ONG)/Organizações da Sociedade Civil (OSC)	▪ Defender/advocar que a malária continue a ser uma prioridade estratégica nacional ▪ Defender/advocar o aumento do financiamento da saúde, em conformidade com a Declaração de Abuja ▪ Persuadir as organizações locais de mulheres e crianças a apoiar a luta contra o paludismo	▪ Mobilizar voluntários da comunidade para apoiar campanhas nacionais ▪ Divulgar mensagens de sensibilização sobre o paludismo ▪ Convocar conselhos comunitários e promover o envolvimento da comunidade	▪ Mobilizar campanhas comunitárias de angariação de fundos ▪ Incentivar as instituições de microfinanças a apoiar o Conselho de Eliminação da Malária através de donativos
Privado	Bancos e seguradoras	▪ /Advocar/Defender o financiamento contínuo ou acrescido a favor do paludismo.	▪ Prestar serviços de gestão financeira e contabilística em espécie ▪ Utilizar a rede de agências para apoiar a distribuição de produtos e a divulgação de mensagens de sensibilização para o paludismo	▪ Mobilizar recursos financeiros do setor privado ▪ Apoiar empréstimos e outras facilidades financeiras para mobilizar recursos. ▪ Oferecer contribuições financeiras ao fundo ▪ Facilitar os pagamentos online.

Sectores	Partes interesadastores	Advocadores	Açõess	Domínios/Áreas de mobilização
			▪ Oferecer serviços de publicidade	
	Empresas ou companhias de telefone móvel	▪ Advocar/Defender que as empresas de telemóveis integrem a eliminação do paludismo nos seus planos estratégicos.	▪ Apoiar o desenvolvimento de novas ferramentas para a monitorização e notificação de doenças de declaração obrigatória	▪ Implementar um sistema de doação por telemóvel

8.3. Organigrama do PNLP

Organigrama do PNLP / ATN-PNLP



8.4. Lista das áreas sanitárias selecionadas para a vacinação

Tabela 24: Lista das áreas sanitárias selecionadas para vacinação

N.º	Regiões de saúde	Áreas sanitárias	Unidades de saúde
1	Bafatá	Cambadju	Cambadju
2		Contuboel	Contuboel
3		Cosse	Cosse
4		Sare-Bacar	Sare-Bacar
5		Tantam Cosse	Tantam Cosse
6		Tendinto	Tendinite
7		Xitole	Xitole
8	Bijagós	Caravela	Caravela
9	Bolama	Bolama	Bolama
10	Gabu	Bajocunda	Bajocunda
11		Beli	Beli
12		Buruntuma	Buruntuma
13		Dandum	Dandum
14		Gabu	Gabu
15		Pirada	Pirada
16		Pitche	Pitche
17	Tombali	Cacine	Cassaca
			Cassumba
18		Quebo	Mampata
			Quebo
			Saltinho
			Unal
19		Sanconha	Sanconha

Para tal, se prevê a aplicação de cinco doses de acordo com o esquema abaixo (Figura 5).

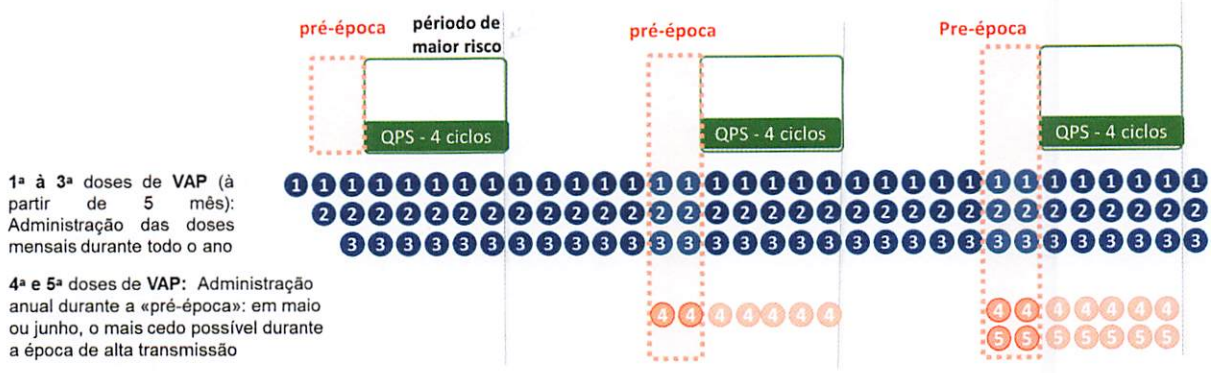


Figura 5: Calendário de vacinação do paludismo na Guiné-Bissau.

De salientar, que no primeiro ano de introdução (2026), a faixa etária elegível para a primeira dose é alargada às crianças entre os 5 e os 59 meses, a fim de alcançar rapidamente um maior número de crianças em risco. A partir de 2027, a faixa elegível será de 5 a 11 meses, com recuperação até aos 23 meses.

8.5. Seleção das Áreas Sanitárias Piloto para Fase de Eliminação

Região	Areas sanitarias	Incidencia	Criterio de seleção
Cacheu	Bara	2	**Foram selecionadas estas áreas sanitarias :** 1: A região selecionada é a que apresenta a menor taxa de incidência do paludismo no País-Região sanitária de CACHEU. 2:As áreas selecionadas apresentam uma variação da incidência entre 1 a 3 que é muito baixo em relação as outras áreas
	Calequisse	3,1	
	Carenque	1,2	
	Suzana	2	
	Varela	2,6	

8.6. Lista de presença na elaboração do PEN 2026-2030

N°	Nome e apelido	Serviço/Instituição	Contacto/Tel	E-mail
1	Januario Biaguê	PNLP	966 875 317	januariobiague@gmail.com
2	Filomena Mendonça	PNLP	969 011 595	Filomendo2@hotmail.com
3	Amadu Uri sow	PNLP	966872371	amadurisow@gmail.com
4	Paulo Djatá	ATN-PNLP	956 328 016	paudeni.djata@gmail.com
5	Noemia Nancassa	PNUD	955 506 969	noemia.nancassa@gmail.com
6	Terezinha Mendonça	PNLP	966700384	Terezinhamendonça672@gmial
7	Domingos Mendes	LNSP	966 329310	josedomingo@gmail.com
8	Paulo Rabna	PNUD	955 533 002	Paulo.rabna@undo.org
9	Fernando Agostinho	ATN-PNLP	955 291 643	Agostinhofe66@gmail.com
10	Vanira Almada	PNLP	966679337	vaniraeli@gmail.com
11	Cunhate Na Bangna	ATN-PNLP	955 335 217	Nabangna.julho2009gmail.com
12	Tino Inluta	HMFAN	955242776	inlutatino@gmail.com
13	Filicia Fernandes	C Mandrugada	955558119	
14	Banumia Pires Gonçalves	PNLP	966 811 093	mayhervep@gmail.com
15	Kizey O. Batista Gomes Có	PNLP -ATN	955 872 187	kidokizas@gmail.com
16	Sivencio Djta	HMP	965780654	djatasivencio@gmail.com
17	Ouedraogo Jean Eric	Consultor/PEN (ATI)	955 514 075	jericoued@yahoo.fr
18	Neusa Abibe	PNUD	955 351 796	neusa.abibe@undp.org
19	Rosine Silva	PSB	966528217	Rosinesilva4@gmail.com

N°	Nome e apelido	Serviço/Instituição	Contacto/Tel	E-mail
20	Cumsa Na Sadé	DSSCMT	966707577	Cumsa.nasade@gmail
21	Duarte Falcão	ATN-PNLP	955 710 424	duafalcao@hotmail.com
22	Albano Nala	DRS/ SAB	969183591	Nalaalbano2018@gmail.com
23	Demsa Balde	M.O.P.H.U	966626730	Dedebalde4@gmail.com
24	Bicamtala Na Dum	PNLP	966 628 669	bicamnadum@gmail.com
25	Martinho Toba	PNLP	966670379	tobamartinho@gmail.com
26	Julio Ferreira	ARFARME	966606416	Julioferreira60@hoti.com
27	Armindo Cumando Sanha	DRS/ Bafatá	966677728	
28	Maria Teresa F. S. Barai	PNLP-ATN	966 603 170	techajandi73@gmail.com
29	Carina R. G. Vaz	PNLP	966564718	vazcarina232@gmail.com
30	Leonardo Gomes	INASA	966640397	Leotonton25@25gmail.com
31	Arlinda B. Alvarenga	PNLP	966604752	junierqueborges@gmail.com
32	Alfredo M.Biaguê	PAV/DSIVE	966971382	biaguealfredo@gmail.com
33	Adelino Gomes	OMS	966 053 870	agomes@mho.int
34	Francisca M. Ié de Barros	PNLP	966052757	Chicalove3019@gmail.com
35	Mouhammed Ould Amed	PNLP	956 215 652	ouldhamed7@gmail.com
36	Armendo N. Sena	MADRTDGA	966617282	nogueiraarmendo@gmail.com
37	Sebentina Sambu	CIDA/ ALTESNAS	966683941	Sebertinasambu59@gmail.com
38	Mali Baldé	PNUD	966 604 240	Mali.balde@undp.org
39	Sousa I. Nadum	AGMS/ GB	969134667	Saisenadum@gmail.com
40	Vasco Na Dum	PNLP	966639672	bidaneoa@gmail.com

N°	Nome e apelido	Serviço/Instituição	Contacto/Tel	E-mail
41	Leonesa da Silva Belanha	MAAC	957857960	belanhasilva@gmail.com
42	Rigina Correia	DSSR	966700097	Riginacirbi7@gmail.com
43	Blauslrande N. Cabi	MINSAP	966766717	blouvslrande@gmail.com
44	Enço Severino M. da Costa	DRS/ OIO	966681926	Encodacosta73@gmail.com
45	Ernesto Lopes Có	DRS / TOMBALI	966942523	Lopesernesto1900@gmail.com
46	Vladimir D. B. Correia	MINSAP/DSEPP	965412092	Vlabatistacliias@gmail.com
47	Dulcineia José Gomes	DRS /Gabu	969109306	dulcineiajosegomes@gmail .com
48	Diamantino Agostinho Có	FRG	966499060	delcico@gmail.com
49	Cuna Mendes	DRS /Bolama	966952436	cunamendes@gmail.com
50	Ulilbalon Nicolau Ialá	PNLP	966135418	ulilbaloniala@gmail.com
51	Horacio Semedo	UNDP	955888782	Horacio.semedo@undp.org
52	Laércia Djamila Mané de Carvalho	PNDS	966303343	laercia.carvalho@cg-pnds.org
53	Carina Rawana Vaz	PNLP	955865889	Vazcarina232@gmail.com
54	João Paulo N. Mendes	PNUD	955403035	joao.mendes@undp.org
55	Patrício Dingana Sanhá	PNLP	966864399	patriciodimganasanha@gmail.com
56	Armindo Cumando Sanhá	DRS-Bafatá	955577728	Arcusa06@gmail.com
57	Martinho Toba	PNLP	966670379	Tobamartinho451@gmail.com
58	Ronizio Bathy	DRS-Gabú	966502727	Bathy87@gmail.com
59	Francisca Mimoso Ié de Barros	PNLP	955788622	Chicalove3019@gmail.com
60	Terezinha Mendonça	PNLP	966700384	Terezamendonca672@gmail.com
61	Mouhamed Oul Hamed	PNLP	966518406	Ouldhamed7@gmail.com

N°	Nome e apelido	Serviço/Instituição	Contacto/Tel	E-mail
62	Bicamtala Na Dum	PNLP	966628669	bicamnadum@gmail.com
63	Maira F.F. Siga	PNLP	966072092	mairafsiga@gmail.com

O número de mortes hospitalares por paludismo foi de 4,7 por 100.000 habitantes em 2024, com uma meta de 8,4, e de 4,2 por 100.000 habitantes em 2025, com uma meta de 7,4. Portanto, este indicador atingiu o seu objetivo.
Durante o período 2023-2025, o financiamento previsto no PEN 2023-2027 ascende a 21 648 976 895 F CFA (33 001 489 Euros) dos quais 8 074 349 791 F CFA (12 308 460 Euros) foram destinados para a mobilização, representando uma taxa média de mobilização de 37%.
Em 2023-2025, o PEN foi maioritariamente financiado por parceiros de desenvolvimento, nomeadamente o Fundo Global (99,2%).
Os recursos mobilizados pela estratégia de luta contra o paludismo são financiados pelo Fundo Global através do PNUD. A estratégia LAV representa o maior montante planeado, com 5.019.894.781 FCFA e com a despesas de 2.220.755.818 FCFA, representando uma taxa de absorção de 44%. A estratégia QPS representa a segunda maior despesa, com 1.248.146.288 FCFA e uma taxa de absorção de 91%. A estratégia de Comunicação representa o montante mais baixo planeado, 88.744.370 FCFA, com uma absorção de 38%. Os custos relativos ao combate às epidemias do paludismo não foram incluídos ou planificada no PEN anterior.
Ao total, a mobilização dos recursos pelo PNUD representa 100% e a taxa de absorção de 49% ao longo do período de três anos. A taxa de absorção em 2023 foi de 106%, enquanto a taxa de absorção para 2025 representa em apenas 13%.
O défice financeiro do PEN é de 63% para o período de 2023 a 2025. O maior défice foi observado em 2024 (79%).

Visão, missão, princípios e valores do PNLP
A **visão** do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo é que esta doença seja eliminada na Guiné-Bissau.
A ***missão*** do PNLP é de contribuir na implementação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário com vista a reduzir a morbilidade e a mortalidade atribuídos ao paludismo. Para isso, o PNLP pretende o seguinte: (i) promoverá o acesso universal à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento correto do paludismo para reduzir as taxas de morbilidade e mortalidade atribuídas ao paludismo; (ii) contribuirá para o alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), no que diz respeito ao paludismo (ODS 3).
A Guiné-Bissau aderiu aos ***princípios*** de saúde primária que são: a aceitabilidade, a eficácia e a eficiência dos cuidados de saúde, a reatividade dos serviços de saúde, o acesso universal aos cuidados, a coordenação intrassectorial e a colaboração intersectorial, a participação individual e coletiva.
Os ***valores*** que orientam este plano advêm do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III e são: a equidade, o respeito pela pessoa humana (solicitude, qualidade de serviços, confidencialidade e atendimento às suas necessidades), a integralidade (bem-estar físico, mental e social) e a integridade (ética profissional).

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

- Manter o acesso universal e a utilização de MILDA;
- Aumentar a cobertura das doses recomendadas de tratamento preventivo intermitente (TPI) para as grávidas e de quimioprevenção do paludismo sazonal (QPS) para as crianças dos 3 aos 120 meses de idade;
- Manter o slogan de "Não há malária sem confirmação biológica" de todos os casos suspeitos de paludismo a todos os níveis e garantir o controlo de qualidade;
- Tratar todos os casos confirmados de paludismo a todos os níveis, realizar o controlo de qualidade e a farmacovigilância;

	Envolverá também a participação em conferências internacionais para beneficiar das experiências de outros países no controlo e eliminação do paludismo.
4. Planificação e implementação das intervenções	Esta intervenção consistirá na realização da avaliação anual do desempenho do Programa Nacional de Luta contra o Paludismo (PNLP), na avaliação a meio percurso do PEN e do Alano de Seguimento e avaliação do PNLP 2026-2030, bem como na avaliação final do PNLP 2026-2030, a elaboração do novo PEN 2031-2035 e do seu plano de Seguimento e Avaliação. Serão organizadas conferências/jornadas científicas sobre o paludismo para apresentar os estudos realizados pelo programa e pelos seus parceiros na luta contra o paludismo. Um plano de gestão de risco elaborar e adotar de forma a ultrapassar as dificuldades encontradas durante a implementação do PEN 2026-2030.

4.5.2. Luta Anti vetorial (LAV)

Objetivo da componente: Proteger 100% da população em risco de paludismo através de intervenções de controlo vectorial adequadas até 2030.

INTERVENÇÕES	DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES
1. Distribuição gratuita de MILDA	Considerando que toda a população da Guiné-Bissau está em risco de contrair o paludismo, são realizadas campanhas trianuais de distribuição universal de MILDA (CMILDA) para todos os agregados familiares identificados e recenseados, na razão de um MILDA para cada 1,8 pessoas. Na rotina, os MILDA são distribuídos às crianças menores de um (1) ano nas sessões de vacinação, a grávidas durante as CPN, e nas estratégias avançadas. Na CPN, os mosquiteiros são distribuídos durante o primeiro contacto das grávidas com este serviço, ou seja, durante a primeira consulta pré-natal. Nas sessões de vacinação, também é seguido a mesma dinâmica. Também se prevê, a realização de distribuições pontuais de MILDA (cada 18 meses) para alguns agregados especiais, tais como, hospitais e centros de saúde. Dada a observação de resistência dos vetores do paludismo à inseticidas da classe dos piretroide nas regiões sentinela de vigilância entomológica, o programa implementou um piloto de distribuição de redes com a combinação de inseticida + sinergista (Butóxido de piperonila (PBO), potenciador do efeito do inseticida) nas regiões de A resistência aos inseticidas já foi comprovada, e prevê-se alargar a mesma abordagem para todas as regiões com evidencias de resistência.

	Para a CMILDA de 2026 os dados sobre o recenseamento e a distribuição aos agregados familiares serão digitalizados nas 11 regiões sanitárias. Neste sentido, será feita a aquisição de tablets e a formação dos técnicos e ASC sobre a sua utilização. A próxima campanha de distribuição de massa está prevista para 2028, em vez de 2029, ano que coincide com o aviso da propostas do Fundo Global, para evitar sobrecarga do trabalho ao Programa Nacional de Luta contra o paludismo (PNLP). Durante esta campanha, a última geração de redes mosquiteiras impregnadas com insecticida de longa duração (IG2) será utilizada nas zonas ou áreas sanitárias onde a resistência foi confirmada.
2. Pulverização Intra domiciliar	A Pulverização Intra domiciliar (PID) é um meio eficaz de luta contra os mosquitos adultos. Ela exige uma mobilização constante de fundos adicionais, porque exige periodicidade na sua implementação, isto é, uma vez iniciada não pode ser interrompida, sendo obrigatório respeitar o intervalo entre as sessões. No entanto, na Guiné-Bissau, tendo em conta os resultados epidemiológicos e seguindo as recomendações da estratificação do paludismo, optou-se pela implementação de um piloto numa das áreas sanitárias (Tantam Cosse) de uma das regiões (Bafata) com maior incidência de casos de paludismo. A área sanitária Tantam Cosse tem 18.076 habitantes, uma incidência de 106.8 por 1000 hab (elevada), um baixo risco de importação de casos e uma taxa de transmissão considerada moderada. De salientar ainda que a estratificação para além da estratégia de PID, também recomenda outras estratégias de luta contra o paludismo tais como, o manejo de casos, a vigilância semanal, a QPS segundo sazonalidade, a distribuição de MILDA na rotina e na campanha, o TPI e a Vacinação. Neste sentido, haverá necessidade de uma assistência técnica internacional, com capacidade técnica e operacional, para apoiar na execução/realização desta intervenção.
3. Sugar baits (Armadilha tóxica)	A utilização de MILDA constitui um pilar na proteção contra a picada do mosquito, no entanto, a sua utilização em massa ao longo dos anos contribuiu para a seleção de resistências e mudanças comportamentais dos vetores que passaram a apresentar hábitos mais exofágicos, isto é, hábito de picada no exterior das casas. Nesse sentido, a utilização exclusiva dos MILDA revela-se insuficiente para prevenir doenças transmitidas por estes vetores, tornando imprescindível a adoção de alternativas que garantam proteção também no exterior das habitações. A tecnologia de armadilha tóxica, do inglês *Attractive Targeted Sugar Bait* (ATSB) surge como um método inovador de controlo, baseado na atração dos mosquitos para uma solução açucarada que contém um agente tóxico, levando à sua eliminação após a ingestão. Constitui uma estratégia de controlo vetorial que manipula e explora o comportamento alimentar dos mosquitos, baseado na ingestão de açúcares, para administrar inseticidas de forma eficaz. A possibilidade de utilização das ATSB no exterior das habitações constitui uma mais-valia, pois contribui para a redução das picadas de mosquitos no exterior das casas e tem o potencial de diminuir tanto a densidade destes vetores como a incidência clínica do paludismo, sobretudo quando aplicadas em conjunto com as estratégias de controlo já existentes. Por isso, prevê-se a incorporação desta estratégia no âmbito da luta

	antivetorial controle vetorial /, sendo a sua implementação sujeita inicialmente a um estudo piloto em duas regiões sentinela de maior prevalência do paludismo (citar as fontres).
4. Luta anti–larvária	É um meio eficaz de luta contra as formas imaturas dos mosquitos (larvas). O país está atualmente dotado de uma equipa de vigilância entomológica (VE) que realiza a captura de vetores adultos do paludismo e a análise da sua distribuição e hábitos de picada e de repouso. Evidências reportadas nos resultados da VE e estudos de resistência aos inseticidas realizados nos últimos anos, demonstraram a necessidade de inclusão da prospeção larvar e da análise da sua distribuição e hábitos nas atividades da vigilância entomológica, como forma de obter indicadores complementares que permitam estimar a real dinâmica de transmissão do paludismo no país e quais as espécies responsáveis. A VE por atuar maioritariamente na análise de formas adultas no meio intra e peridomiciliar, poderá ser limitada no que refere aos principais vetores do paludismo, bem como a existência de formas híbridas e vetores invasivos, *Anofeles stephensi* que foi identificado, mas ainda não confirmado. Em conta a complexidade das atividades, prevê-se a implementação da LAL no quadro da VE e alargar as atividades da VE para todas as regiões do país, englobando o meio rural e urbano. Para tal, é necessário dotar o nível central e regional com insectários especializados para a criação de formas imaturas e adultas, seu manuseio e realização de ensaios, bem como reforçar e capacitar os recursos humanos para a realização das suas atividades. A incorporação de LAL na VE deverá integrar igualmente a potenciação das análises moleculares cruciais para a confirmação das identificações morfológicas realizadas e a obtenção de indicadores mais sensíveis como o índice de inoculação, fontes de refeição, fluxo de transmissão, entre outros indicadores cruciais do ponto de vista entomológico. Os dados sobre a LAL e VE servirão futuramente para uma melhor adequação e baseada em evidencias para a introdução de estratégias de utilização de larvicidas.
5. Vigilância entomologica	Está também a ser realizada uma vigilância entomológica, atualmente implementada em nove regiões sanitárias (SAB, Biombo, Oio, Cacheu, Bijagós, Tombali, Quinara, Gabú e Bafata). A rede dos sítios sentinela para vigilância entomológica será alargada a todas as 11 regiões sanitárias da Guiné-Bissau, e serão realizadas análises anuais da componente molecular dos vectores (identificação das espécies e distribuição nas regiões sentinela) com o apoio do Projeto Saúde de Bandim. De acordo com o relatório global do paludismo, OMS (2025), referente ao ano 2024, a resistência aos inseticidas integra as ameaças biológicas nos ganhos adquiridos no controlo ao paludismo. É, portanto, necessário fazer uma monitorização regular da suscetibilidade da resistência dos vetores aos inseticidas usados na impregnação dos MILDA utilizados pela população. Seguindo a recomendação da OMS, o país prevê a realização da monitorização a cada dois (2) anos em todas as regiões sanitárias da Guiné-Bissau. Um plano nacional para o controlo da resistência aos insecticidas será desenvolvido e validado. Com o tempo, observa-se uma redução da sua eficácia e, consequentemente, da capacidade protetora, tornando essencial a monitorização periódica após a sua distribuição na comunidade. Neste contexto, prevê-se incorporar a realização da análise da eficácia residual dos MILDA nas atividades de monitorização da resistência aos inseticidas com o objetivo de determinar a

	bioeficácia dos MILDA em utilização nos agregados familiares contra o vetor Anopheles sl., e avaliar a integridade dos MILDA utilizados.
6. Saneamento do meio/gestão do ambiente	Prevê-se a colaboração com os Ministérios de Ambiente, de Agricultura, de Administração Territorial e Poder Local (Câmara Municipal de Bissau e Governo Regional) e das Obras públicas nas atividades de saneamento do meio ambiente e gestão de lixos. Igualmente, a potenciação das ações de Informação Educação e Comunicação (IEC)/Comunicação para a mudança de comportamentos (CMC)/Mobilização social, através das estações de rádios comunitárias, televisão, associações, ONG, técnicos de saúde e dos ASC com vista à sensibilização da população sobre a importância da higiene e do saneamento do meio ao redor das casas, hospitais, escolas, etc. Para atividades com elevada produção de lixo, como a CMILDA, será feita a gestão dos resíduos através da incineração nas diferentes regiões sanitárias.

4.5.3. Quimioprevenção

Objetivo da componente: Proteger pelo menos 85% da população em risco através de métodos de quimioprevenção do paludismo até 2030.

INTERVENÇÕES	DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES
Prevenção do Paludismo nas grávidas	
1. Prevenção do paludismo durante a gravidez (Tratamento Preventivo Intermitente)	Durante as sessões de CPN, todas as grávidas recebem gratuitamente pelo menos 3 doses de Tratamento Preventivo Intermitente com Sulfadoxina-Pirimetamina (TPI-SP) por via oral, em doses supervisionadas pelos técnicos de saúde e espaçadas com pelo menos um mês de intervalo, a partir de 4º mês (13 semanas) de gestação até o parto. Para as grávidas seropositivas em profilaxia com o Cotrimoxazol, não será administrado o TPI. O TPI nas grávidas é implementado nos setores público e privado confessional. Sessões de IEC/CMC/MS são realizadas nas estruturas sanitárias e na comunidade para melhorar a adesão precoce das grávidas à CPN e consequentemente ao TPI. Entretanto, com o objetivo de melhorar o TPI3+, cuja taxa se mantém abaixo do desejável, são envolvidos os ASC através de ações de identificação e sensibilização dirigidas às grávidas e à procura das perdidas de vista que não fazem TPI devido à distância, ocupações domésticas e seus baixos rendimentos. No mesmo âmbito, se preveem ações de sensibilização endereçadas aos maridos, sogras, avós, e pessoas influentes com vista a apoiar na captação precoce e completação das

	CPN pelas mesmas. A contribuição das parteiras tradicionais será também procurada para esta intervenção, assim como a integração da oferta dos serviços de CPN nas estratégias avançadas. Será também reforçada a sensibilização dos técnicos de saúde para um acolhimento humanizado nas estruturas sanitárias, assim como, a disponibilização dos pacotes completos de CPN na sala de consulta, sua distribuição as grávidas e o registo nos livros de consulta. Deve-se garantir também a disponibilidade dos produtos nas estruturas sanitárias assim como a sua boa gestão para evitar rotura de stock.
2. MILDA	Cada grávida deve receber um MILDA como parte de um pacote preventivo gratuito, fornecido durante o primeiro contato na CPN nas estruturas sanitárias ou nas estratégias avançadas, realizadas pelos serviços de saúde ao nível da comunidade. No entanto serão realizadas sessões de IEC nos centros de saúde pelos técnicos e nas comunidades pelos ASC, para que os MILDA recebidos sejam efetivamente utilizados pelas grávidas. Para melhorar as taxas de CPN, as atividades acima mencionadas serão levadas a cabo (procura de perdidas de vista para acompanhamento pelos ASC, envolvimento de familiares, técnicos de saúde e parteiras tradicionais,
Quimioprevenção do Paludismo Sazonal	
1. Realização de campanhas de Quimioprevenção do Paludismo Sazonal com ciclos de AQ+SP	A estratégia da Quimioprevenção do Paludismo Sazonal (QPS) é recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 2012 e consiste na administração intermitente dos medicamentos anti-palúdicos Sulfadoxina Pirimetamina (SP) e Amodiaquina (AQ) as crianças de 3 a 120 meses durante quatro a cinco (4-5) meses dependendo do nível de transmissão do paludismo, com objetivo de manter concentrações terapêuticas dos anti palúdicos no sangue durante todo período onde o risco de contrair o paludismo é muito elevado. Na Guiné-Bissau, o período de alta transmissão do paludismo, que corresponde ao período chuvoso, é entre julho à novembro. Os resultados do MIS demonstraram que a prevalência do parasita na faixa etária dos 60 a 120 meses é maior do que na faixa etária dos 3 aos 59 meses. Assim, recomenda-se a implementação da estratégia segundo os resultados da estratificação. Neste sentido, se prevê aumentar o número de ciclos para 5 nas zonas de elevada transmissão do paludismo e para as crianças dos 3 aos 120 meses. Os medicamentos serão administrados as crianças alvos através de campanhas pelos ASC devidamente capacitados. O número de passagens (rondas) que era de 4 nas 4 regiões (citar) será de 5 rondas nas xx regiões (citar) para cobrir o mês de novembro durante o qual o número de casos se mantém elevado. No final de cada campanha de QPS, será realizada uma avaliação de impacto.
Vacina inovadora contra o paludismo	

1. Realização de campanhas de Vacina	A RTS,S/AS01 (RTS,S) e a R21/Matrix-M são as primeiras vacinas a demonstrarem capacidade de reduzir significativamente o paludismo em crianças pequenas que vivem em zonas de transmissão moderada a alta da doença. Têm como alvo o parasita *Plasmodium falciparum*, o parasita do paludismo mais mortal e mais prevalente na África. Em 2019, o Gana, a Quênia e o Malawi lideraram a introdução da vacina RTS,S em zonas selecionadas para um programa piloto de larga escala coordenado pela OMS demonstrando que é segura, eficaz e adequada para administração por meio de serviços de imunização de rotina. Em 2021, a OMS recomendou o seu uso generalizado contra o paludismo em crianças que vivem nas zonas com transmissão moderada e alta. A vacina reduz significativamente o paludismo não complicado e complicado com risco de vida em crianças. Se implementada amplamente, a vacina pode salvar dezenas de milhares de vidas a cada ano. A imunização ocorre com a aplicação de quatro doses: a primeira aos 5 meses de vida, a segunda aos 8 meses, a terceira aos 11 meses e a quarta dose, de reforço, aos 18 meses. Tendo em conta as mudanças globais no contexto de luta contra o paludismo, o MINSAP da Guiné-Bissau em colaboração com os seus parceiros de desenvolvimento optou por introduzir a partir de 2026 esta estratégia da vacinação inovadora com RTS,S/AS01 em 5 regiões e 19 áreas sanitárias pilotos com alta incidência de casos (ver apêndice).

4.5.4. Manejo de casos

Objetivo da componente: Garantir os cuidados adequados a 100% dos casos de paludismo, de acordo com as orientações nacionais, até 2030.

INTERVENÇÕES	DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES
1. Diagnóstico biológico paludismo	Qualquer caso suspeito de paludismo visto numa estrutura sanitária pública, privada ou na comunidade deve ser testado para confirmar ou refutar o diagnóstico de paludismo. Os dois métodos de diagnóstico biológico (imunológico e parasitológico) na Guiné-Bissau devem basear-se na microscopia e no Teste de Diagnóstico Rápido (TDR). Os técnicos de saúde e Agentes de Saúde Comunitária serão formados/capacitados a todos os níveis na realização correta do diagnóstico biológico do paludismo e implementação de práticas de controle de qualidade laboratorial. Este processo

	deve ser sustentado por um sistema de manutenção semestral dos microscópios, garantindo a funcionalidade e a precisão dos exames.
2. Tratamento específico e precoce dos casos de paludismo	Todos os casos confirmados de paludismo não complicado nas estruturas sanitárias públicas, privadas e na comunidade, receberão tratamento gratuito sistemático e precoce com ACT, incluindo as gestantes. As gestantes, devem ser referidas para o CS ou hospital da área pelos ASC, após o diagnóstico do paludismo. O tratamento do paludismo complicado deve ser feito com Artesunato e Artemeter Injetável nas estruturas sanitárias com capacidade de internamento. Sendo o Artesunato Injetável usado como o medicamento de primeira linha e Artemeter Injetável como a segunda linha no tratamento de paludismo complicado. Para as estruturas sanitárias sem capacidade de internamento, administra-se a primeira dose de ataque de Artesunato ou Artemeter injetável e Artesunato retal em caso de crianças de 2 meses a menores de 6 anos e o paciente é referenciado para a estrutura com capacidade de internamento. Durante a implementação deste plano, os módulos de formação para técnicos e ASC bem como a revisão da política nacional da gestão correta do paludismo. serão revistos para atualizar as novas modalidades de implementação de certas intervenções no contexto da eliminação do paludismo. Além disso, o envolvimento das estruturas de saúde privadas e convencionais será intensificado nas áreas dos cuidados através de formação/capacitação dos seus técnicos. O PNLP trabalhará em colaboração com a Agência Reguladora de Farmácia e mendicamentos Essenciais (ARFAME) para fazer o seguimento das reações adversas aos anti palúdicos, incluindo a realização de supervisões regulares no quadro da Farmacovigilância. Serão elaboradas e validadas pelo ARFAME guias, fichas e modelos de relatório de Farmacovigilância, que serão enviadas a todas as estruturas sanitárias. Serão formados/capacitados técnicos e gestores de medicamentos e os gestores de dados nas estruturas sanitárias e DRS sobre o uso dos guias e relatórios. As informações recolhidas através destes relatórios serão divulgadas mensalmente. Como parte do processo de eliminação, será desenvolvido um plano de implementação de uma campanha de administração em massa de medicamentos (MDA) para as áreas de saúde visadas para a eliminação. Seguir-se-á a aquisição dos medicamentos identificados e a implementação das campanhas de MDA.

4.5.5. Promoção da saúde

Objetivo da componente: Melhorar o conhecimento público sobre as medidas de prevenção e tratamentos do paludismo até 2030.

INTERVENÇÕES	DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES
1. Comunicação Interpessoal	O PNLP através do seu departamento de Comunicação e com o apoio dos parceiros elaborará suportes de IEC (folhetos, cartazes, álbuns seriados, mensagem radiofónicas, nas redes sociais nas escolas e jardins infantis etc.) que serão utilizados tanto nas formações dos atores no terreno (ASC, OBC), como nas próprias atividades de comunicação. Neste âmbito, o programa mobilizará recursos com vista a adquirir suportes de IEC para apoiar esses atores Todos os técnicos das áreas sanitárias devem receber uma formação em técnicas de comunicação interpessoal e no domínio da prevenção do paludismo. No mesmo âmbito, deve-se realizar pelo menos duas visitas de seguimento e avaliação das atividades em todas as áreas sanitárias para apoiar no cumprimento das técnicas de comunicação interpessoal, por um lado e por outro deve-se garantir também o envolvimento das autoridades administrativas locais nas reuniões (djumbai) sobre a comunicação interpessoal. A capacidade dos ASCs será reforçada para lhes permitir falar com pessoas chave da comunidade sobre a implementação de intervenções como o TPI através da CPN, o uso de MILDAs, etc. O PNLP juntamente com os outros programas do MINSAP, em colaboração com os parceiros e sob orientação da DGPPS promoverá a revisão e validação do Plano de Comunicação para Mudança de Comportamento (PC/MC), que será posteriormente multiplicado e difundido para todos os atores do processo de comunicação. Organizar sessões de djumbai nas escolas e comunidades cuju o tema será a promoção de boas práticas para prevenção do paludismo, incluindo pessoas com necessidades especiais.
2. Comunicação de Massa	No contexto de comunicação de massa, se prevê a realização de um estudo CAP com vista a ter uma perceção dos comportamentos atitudes e práticas relativamente à prevenção do paludismo nas diversas camadas sociais. Será organizada uma formação de seguimento aos jornalistas inseridos no tema da prevenção do paludismo. Além disso, será inserido nas grelhas das rádios, jornais e internet os temas relacionados à prevenção e promoção do paludismo.Também, será produzido os disticos ou Roll Up para facilitar a leitura ou melhor a compreensão das atividades a serem realizadas. Ainda sobre a comunicação, a aquisição de uma câmera fotográfica profissional para ser usado nas atividades do programa, a sua documentação e posteriormente a sua divulgação na página website do programa e do MINSAP. Também se prevê realizar em cada ano, ações de Marketing para dar visibilidade dos resultados obtidos no processo de luta contra o paludismo.
3. Mobilização Social	Prevê-se fazer o mapeamento de todos os grupos organizados em todas as regiões sanitárias: curandeiros tradicionais, ONG, líderes de opinião, artistas, desportistas, associação das mulheres, associação de pessoas com dificiencia etc. Posteriormente, serão realizados encontros de compromisso com todos os grupos e registados a sua contribuição para dar seguimento nas 114 áreas sanitárias do país. Todos eles (artistas, desportistas, associações dos comerciantes, motorista, pessoas com recursos materiais e financeiros, líderes de opiniões, governo regional e sociedade civil) serão contactados e engajados com ações concretas e quantificáveis.

	Todas as áreas sanitárias receberão álbuns seriados, álbuns direcionados aos ASC para apoiarem na promoção da saúde. Será feito o seguimento em todas as áreas sanitárias, sobre o uso dos álbuns seriados. Todos os ASCs receberão formação em técnicas de mobilização social para as actividades de rotina, campanhas, (MILDA e, QPS).
4. Advocacia	Os Governadores das regiões sanitárias, sociedade civil, líderes de opinião, representante das associações e pessoas com recursos financeiro e material, receberão informações da situação epidemiológica periódica sobre a incidência do paludismo nas suas regiões, dando oportunidade para contribuírem nas diferentes ações de luta contra o paludismo, especialmente nas campanhas da QPS e distribuição em massa de MILDA. A 1ª Dama e outras figuras de destaque nacional serão envolvidos na difusão das mensagens, especialmente durante as campanhas de MILDA e QPS. Será escolhida uma figura influente de cultura, artes, desportos ou ativista social para servir de embaixador na luta contra o paludismo. Os Ministérios da Educação, das Finanças, da Energia, Recursos Naturais e Indústria, de Transportes, da Comunicação Social, da Administração Territorial e Poder Local, do Turismo e Artesanato, da Agricultura e Desenvolvimento Rural e do Ambiente e Acção Climática. Receberão notas de instruções de aderência aos esforços na luta contra o paludismo nas regiões. Os líderes de opinião, associação das mulheres, jovens e outras organizações influentes na Comunidade serão convidados a coparticiparem nas atividades de promoção de boas praticas na prevenção de paludismo através dos comités regionais e locais. As empresas de telecomunicações, serão envolvidos na difusão das mensagens chaves antes e durante as campanhas de MILDA e de QPS, também nas atividades de rotina. A administração local das regiões será envolvida na prestação de apoios com recursos adicionais necessários para a implementação das atividades de estratégias avançadas (procura das grávidas para TPI, nas tabancas mais isoladas), em resposta ao Alerta! No final do ano, será feita uma avaliação da ação tomada pelo comité regional, nos apoios às atividades do sector de saúde, com vista a determinar os sucessos alcançados e os compromissos a serem assumidos para os próximos anos. O Dia Mundial do paludismo é celebrado todos os anos.

4.5.6. Gestão de aprovisionamento e dos stock

Objetivo da componente: Reforçar a gestão de compras e de stocks para evitar a escassez de fornecimentos até 2030.

INTERVENÇÕES	DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES
1. Reforço da cadeia de Gestão e Aprovisionamento em Stock (GAS)	O PNLP irá zelar para que o Comité de Quantificação faça a quantificação dos produtos de luta contra o paludismo baseada nas necessidades reais do país, por forma a evitar futuras roturas de stock. Aquando da sua chegada ao país, o PNLP garantirá que eles sejam armazenados em condições ideais e que sejam repartidos equitativamente para todo o país.
2. Reforço da capacidade dos atores de GAS	Os técnicos de saúde e prescritores tanto do sector público, como do privado serão formados/capacitados nos domínios da quantificação dos produtos baseada no consumo médio mensal, dos stocks de segurança e da gestão de stocks. Essas formações serão estendidas aos gestores dos CECOME e incluirão o preenchimento correto e atualização das fichas de gestão de stock de medicamentos e produtos medicais.

4.5.7. Vigilancia, Seguimento, Avaliação e Pesquisa operacional

Objetivo da componente: Reforço da capacidade dos sistemas de vigilância epidemiológica e entomológica para a eliminação do paludismo até 2030.

INTERVENÇÕES	DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES
1. Reforço do sistema de informação sanitária de rotina	Sendo o INASA responsável pelo sistema de informação de saúde (SIS) e consequentemente pela coordenação das atividades de recolha, análise e partilha de informações, incluindo a harmonização de todos os instrumentos a serem utilizados pelos diferentes programas e serviços do MINSAP, a ele cabe organizar sessões de trabalho para harmonização dos instrumentos do PNLP caso necessário, com apoio dos parceiros que intervêm no domínio de luta contra o paludismo e de outros programas do sistema de saúde. Por outro lado, na base das novas orientações mundiais de prevenção e manejo de casos de paludismo serão feitas atualizações das diretrizes e diferentes algoritmos de manejo de casos do paludismo a serem utilizados no país ter em conta o objetivo de eliminar o paludismo. No mesmo âmbito, será elaborado o guia técnico de seguimento e avaliação do paludismo. Finalmente, todos os documentos serão reproduzidos e difundidos em todos os níveis da pirâmide sanitária. A plataforma DHIS2 será harmonizada com os dados relativos às fontes de referência e às questões de dispensa nas farmácias.

	Publicar o boletim trimestral de informação e retro informação sobre a luta contra o paludismo
2. Fortalecimento da capacitação e supervisão dos técnicos a todos os níveis	Todos os técnicos de saúde implicados na gestão de dados a todos os níveis serão formados/capacitados sobre os instrumentos de coleta de dados, o que permitirá também de fazer a harmonização dos conceitos e métodos em seguimento e avaliação no domínio de luta contra o paludismo. No mesmo contexto, serão organizadas sessões de formações nos seguintes domínios: (i) utilização do guia técnico de seguimento e avaliação do paludismo; (ii) controlo de qualidade de dados durante as supervisões; (iii) utilização do módulo de CQD do DHIS2; e (iv) preenchimento de fichas de stock, com a implicação das DRS na distribuição dos produtos e medicamentos do Paludismo, bem como no seguimento dos produtos e medicamentos trimestralmente. Em relação ao seguimento dos técnicos no terreno, serão organizadas supervisões formativas periódicas para os diferentes níveis: regional, periférico (área sanitária e ASC), durante as quais serão analisadas as diferentes vertentes de luta contra o paludismo, incluindo a utilização do guia técnico de seguimento e avaliação do paludismo pelos técnicos de saúde.
3. Controlo de qualidade de dados a todos os níveis	Com o objetivo de fazer melhorar a qualidade dos dados e a análise das informações sobre o paludismo em todos os níveis da pirâmide sanitária, periodicamente a equipa de Seguimento e Avaliação do PNLP, juntamente com os parceiros organizará missões de coleta, validação e controlo de qualidade de dados, através das fontes de informação utilizadas em todos os níveis. Durante essas missões, será utilizado o módulo de controlo de qualidade de dados incorporado no DHIS2. Será elaborado e divulgado um relatorio de controle de qualidade de dados para todas as regioes sanitarias. Além disso, será elaborado um memorando de entendimento entre o PNLP e as estruturas privadas com fins lucrativos para garantir a transmissão regular, segura e padronizada de dados relacionados com o paludismo, reforçando assim, a vigilância epidemiológica e a tomada de decisões baseada em evidências.
4. Realização de estudos sobre o paludismo	Nos últimos 5 anos e no quadro da luta contra o paludismo foram realizados vários estudos (MIS, Avaliação do impacto da campanha de distribuição de MILDA, Resistência sobre os vetores de paludismo, Avaliação da qualidade de tratamento, Vulnerabilidade ao paludismo, proteção dos direitos e barreiras de acesso ao serviço de saúde, etc.), cujos resultados permitiram redefinir as estratégias de luta contra o paludismo no país e influenciaram na tomada de decisões importantes. Neste contexto, para os próximos 5 anos, com apoio de entidades de estudo como Projecto de Saúde de Bandim (PSB) e Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA) está prevista a realização de vários estudos no domínio de luta contra o paludismo, a saber: (i) MIS, cada 3 anos; (ii) Estudo epidemiológico nos sítios sentinelas, anualmente; (iii) estudo entomológico nos sítios sentinelas, anualmente; (iv) estudo sobre a eficácia terapêutica dos anti palúdicos, cada 2 anos; (v) estudo sobre a qualidade de tratamentos, anualmente; (vi) Estudo sobre a sensibilidade dos vetores aos inseticidas, cada 2 anos; (vii) estudo sobre o impacto da campanha de QPS, anualmente; (viii) estudo sobre a avaliação da performance de TDR em relação à GE; (ix) estudo sobre estratificação do paludismo para as intervenções mistas ; (x)

	estudo sobre comportamentos, atitudes e praticas, (xi) Estudo de deleção de gene Pfhr2 e 3; (xii) Estudo sobre deteção dos especies não falciparum; (xiii) Estudo sobre qualidade de dados. A realizacao destes estudos irão contribuir tambem para uma melhor estratificação do paludismo o que permitirá a adaptação subnacional de intervenções que serão implementadas de forma especifica em diferentes areas sanitarias, de acordo com os seus estratos.
5. Vigilância epidemiológica, preparação e resposta a epidemias do paludismo.	• No pais, são realizados 2 tipos de vigilância: vigilância epidemiológica e vigilância entomológica. • Existem 4 sítios sentinelas de vigilancia epidemiologica em funcionamento no país, nas estruturas sanitaria de Gabú, Canchungo, Buba, Bairro Militar), esta intervençãoo permite avaliar a situaçãoo do paludismo no país (prevalência). No âmbito do esforço da eliminação, serão implementadas atividades como a investigação e confirmação de casos, intervenções rápidas em caso de surtos localizados, inquéritos domiciliários e comunitários para cada caso, vigilância em zonas de descanso, portos e aeroportos, busca ativa de casos, elaboração e da difusão/divulgação de ferramentas de vigilância e reforço dos equipamentos do laboratório de referência. **O número das áreas sanitárias identificadas na região sanitária de Cacheu para a implementação de atividades de eliminação são 05 (Bara, Calequisse, Carenque, Suzana e Varela)-ver tabela em abaixo.** Para a preparação e resposta a epidemias, o Programa Nacional de Luta contra o Paludismo (PNLP) irá desenvolver um plano de preparação e resposta a epidemias. Será realizada uma avaliação do limiar epidémico do paludismo e será estabelecido um stock de tratamentos médicos de emergência. Também é feita a vigilância entomológica atualmente implementda em 9 regiões sanitárias (Bafata, Bijagós, Biombo, Cacheu, Gabú, Quinara, Oio, SAB e Tombali), que se pretende alargar para as 11 regiões sanitárias nos próximos anos. Esta atividade constitui um pilar no controlo vectorial, na medida em que, permite a identificação e distribuição das espécies de vectores do paludismo no pais. Prevê-se a combinação das intervenções da vigilância entomológica com o a intervenção da luta antilarval (LAL) de modo a aumentar a sua eficacidade.

5. QUADRO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PEN 2026-2030

5.1. Modalidades de implementação do PEN 2026-2030

5.1.1. Mecanismo de planificação e de implementação

O PEN está alinhado com o PNDS III (2023-2028) e segue o ciclo de planeamento do Ministério da Saúde. Serão elaborados anualmente os planos da implementação das atividades do PNLP a nível nacional, esse plano é adotado a nível de cada região.
As atividades do plano de trabalho anual são planificadas trimestralmente e são avaliadas apos as suas realizações e replanificadas para os trimestres seguintes.
O processo de planificação, de implementação e de avaliação das intervenções do programa deve ser feito no quadro da colaboração entre PNLP e as diferentes partes envolvidas, nomeadamente outros serviços de saúde do Ministério e outros departamentos, autoridades locais, ONG, instituições de pesquisa, parceria técnica privada, redes de instituições regionais e internacionais.
O Plano Estratégico será avaliado a meio percurso, em 2028, e uma avaliação final será realizado em 2030, para poder assegurar a elaboração do próximo plano estratégico.

5.1.2. Sistema de parceria e de coordenação

O controlo do paludismo será feito através de mecanismos de parceria definidos pelo Ministério de Saúde. O PNLP basear-se-á numa parceria sólida, baseado num mecanismo regular de consulta das partes interessadas, em consonância com o princípio "três em um" ou saúde única (humana, animal e ambiental). No quadro desta política, o PNLP esforçar-se-á por fortalecer a parceria com instituições nacionais e internacionais, em particular a sociedade civil e o setor privado (clínicas). Especificamente, o PNLP desenvolverá modelos inovadores de parceria com o setor privado para promover a aplicação de diretrizes técnicas sobre a gestão de casos e prevenção do paludismo.
Será criado um Comité Nacional para a Eliminação do paludismo, no qual serãoimplicados todos os parceiros, que será dinamizado no quadro da implementação do presente Plano Estratégico.
No quadro da implementação do PEN serão implicados as seguintes entidades:

- Ministério da Administração Territorial e Poder Local, através da Camara Municipal de Bissau e Administração Regional e Sectorial, nos aspetos ligados ao saneamento de base;
- Ministério da Agricultura para os aspetos ligados a gestão dos inseticidas;
- Ministério de Comunicação Social, para os aspetos ligados a informação sobre atividades de luta contra o paludismo;
- Ministério das Finanças para a contribuição do Estado na luta contra o paludismo;
- Ministério da Defesa Nacional, para os aspetos de coordenação com os Hospitais Militares na luta contra o paludismo;
- Ministério da Educação Nacional, para os aspetos de sensibilização dos alunos na matéria de luta contra o paludismo;
- Ministério de Justiça e Direitos Humanos nos aspetos ligados aos Direitos Humanos e Equidade de Género;
- Ministério de Economia, Plano e Integração Regional nos aspetos ligados aos dados estatísticos;
- Estruturas de Sector Privado, no que concerne ao manejo de casos do paludismo e gestão dos dados;
- Setores privados através da agência de telefone (Telecel e Orange), Bancos comercias e outros ligados a informação e financiamento;

- Sociedade Civil nomeadamente as ONGs, Associações profissionais, Associações de base para os aspetos ligados a sensibilização;
- Parceiros técnicos e financeiros para os aspetos de assistências técnica nacional e internacional;
- Ministério da Juventude cultura e Desportos através da Direção de Desporto e Cultura nos aspetos ligados a sensibilização;
- Ministério de Transporte (Direção Geral de Serviços de Meteorologia) nos aspetos ligados Pluviosidade.
- Ministerio de ambiente, Biodiversidade e ação climatica nos ligados as alterações climaticas;
- Ministerio de Turismo e Artesanato nos aspectos ligados a importação dos casos.

5.1.3. Sistema de gestão das aquisições e aprovisionamento

A aquisição e o aprovisionamento de insumos e materiais diversos do PNLP, principalmente ACT, TDR, SP+AQ, Artesunato, Artimeter e SP, será feito após a quantificação das necessidades pelo PNLP em colaboração com o Comité GAS. No mesmo contexto será feito o lançamento de caderno de encargo para aquisições. Uma vez chegado os produtos no país, é acionado o sistema de controlo de qualidade e farmacovigilância assegurada pela Autoridade Reguladora das Farmacias e Medicamentos Essenciais Instituto Público (ARFAMEIP), encarregue de testar os insumos, a estocagem e a distribuição dos mesmos é assegurada pela Central de Compras de Medicamentos Essenciais (CECOME). A distribuição será feita mediante o plano elaborado pelo sub-comité de quantificação dos medicamentos e produtos do paludismo.

5.1.4. Gestão dos recursos financeiros

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

Os fundos a serem mobilizados a favor do PNLP, tanto do financiamento direto do Orçamento Geral de Estado (OGE), dos privados, de parceiros de cooperação, bem como do Fundo Mundial, cuja aprovação será objeto da CCM (UGS-FM/CG-PNDS), ou junto de Comité de Coordenação para o Setor de Saúde (CCSS), segundo proveniência de fundos.

Nestas condições, cabe ao MINSAP através da Direção de Serviços de Estudos, Planificação e Parcerias (DSEPP), em colaboração com o Ministério dos Negócios Estrangeiros, continuar a promover, dinamizar e estimular a participação dos parceiros nacionais e internacionais.

5.1.5. Gestão e atenuação dos riscos

Há riscos que podem surgir, nomeadamente as pandemias, resistência dos vetores aos insectidas, resistência dos plasmódios aos medicamentos anti palúdicos, que podem afetar a implementação do plano.

A fim de resolver as dificuldades encontradas durante a implementação do PEN 2026-2030 o PNLP irá desenvolver e adotar um plano de gestão de risco que será implementado através do estabelecimento de uma unidade de gestão de risco.

5.2. Orçamentação do PEN 2026-2030

5.2.1. Resumo do orçamento

Tabela 21: Repartição do orçamento por domínio

Por módulo	2 026	2 027	2 028	2 029	2 030	TOTAL XOF	TOTAL Euro
Luta Antivetorial-LAV	3 331 051 270	1 416 632 213	4 709 744 020	2 370 266 627	2 716 357 761	14 544 051 892	22 172 264
Quimioprevenção do paludismo (TPI+QPS)	427 894 552	468 374 193	512 786 308	561 518 369	614 996 308	2 585 569 731	3 941 676
Manejo de casos do paludismo	216 763 324	262 065 989	311 267 385	372 868 362	240 627 571	1 403 592 632	2 139 763
Gestão programática do paludismo em diferentes níveis:	686 385 742	447 024 316	536 429 179	996 632 097	649 079 307	3 315 550 641	5 054 524
Sistemas de gestão dos produtos de saúde (GAS)	3 802 554 517	1 281 336 918	4 940 156 246	2 476 130 016	3 565 962 887	16 066 140 584	24 492 673
Promoção de saúde/IEC/CMC/MS	164 711 681	165 582 849	210 007 704	230 558 475	253 164 322	1 024 025 031	1 561 116
Sistema de gestão de informação sanitária e Seguimento e Avaliação	2 065 232 982	2 138 452 223	2 754 495 789	3 074 111 412	3 218 300 182	13 250 592 589	20 200 398
Total	**10 694 594 068**	**6 179 468 703**	**13 974 886 631**	**10 082 085 359**	**11 258 488 337**	**52 189 523 098**	**79 562 415**

Luta Antivetorial-LAV	14 544 051 892
Quimioprevenção do paludismo (TPI+QPS)	2 585 569 731
Manejo de casos do paludismo	1 403 592 632
Gestão programática do paludismo em diferentes níveis:	3 315 550 641
Sistemas de gestão dos produtos de saúde (GAS)	16 066 140 584
Promoção de saúde/IEC/CMC/MS	1 024 025 031
Sistema de gestão de informação sanitária e Seguimento e Avaliação	13 250 592 589
TOTAL (Xof)	**52 189 523 098**
TOTAL (Euro)	**79 562 415**



5.2.2. Análises das lacunas orçamentais

Tabela 22: Lacunas financeiras de 2026 a 2030

ITEMS	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
A. Orçamento total do plano estratégico nacional **(F CFA)**	10 694 594 068	6 179 468 703	13 974 886 631	10 082 085 359	11 258 488 337	52 189 523 098
B. Recursos nacionais atuais e futuros	1 721 771 000	1 721 771 000	1 721 771 000	1 721 771 000	1 721 771 000	8 608 855 000
C. Recursos externos atuais e futuros	1 029 642 754	0	0	0	0	1 029 642 754
D. Recursos totais atuais e futuros (B+C)	2 751 413 754	1 721 771 000	1 721 771 000	1 721 771 000	1 721 771 000	9 638 497 754
E. Lacuna/ financeira (A-D)	**3 781 056 508**	**1 721 771 000**	**1 721 771 000**	**1 721 771 000**	**1 721 771 000**	**42 551 025 344**

O orçamento global do PEN para o período 2026-2030 é estimado em cerca de **52 bilhões de FCFA (79 milhões €),** para uma população estimada em média segundo dados do pré-censo de **2 326 000** habitantes, ou seja, custo médio anual de investimento de **22 437 F CFA** por habitante **(34,2 €)**.
A parte do orçamento do Estado é estimada em **7%** e os parceiros de todas as fontes confundidas (nacionais e internacionais) representam **93%.** O gap financeiro total é estimado em **7%.**

5.2.3. Mapeamento dos parceiros

Tabela 23: Domínios de intervenção dos parceiros

Parceiros	Domínios de intervenção																
	MILDA	LAL	VE	RI	TPI	CPS	TDR	GE	ACT	PID	PG	GAS	IEC/CMC	S&E	GP	PO	AT
Orçamento nacional															X		
Fundo Mondial/PNUD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
OMS																	X
UNICEF	X												X				X
RBM																	X
AMP																	X
OOAS																	X
Plan Guiné-Bissau																	
ALMA																	X

VE: Vigilância Entomológica, PO: Plano Operacional, GE: Gota Espesa, PG: Paludismo nas Grávidas, GP: Gestão do Programa, AT: Assistência Técnica, RI: Resistência a inseticidas.

5.2.4. Plano de mobilização dos recursos

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

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

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

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

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

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

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

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

6. QUADRO DE SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO

6.1. Quadro de performance

Indicadores		Dados de Base			Metas do PEN 2026-2030				
		Dados	Ano	Fonte	2026 Meta	2027 Meta	2028 Meta	2029 Meta	2030 Meta
Indicadores de impacto									
1	Número de óbitos hospitalares por paludismo: taxa por 100.000 habitantes por ano	9,8	2025	SIS	7,84	5,88	3,92	1,96	1,2
2	Taxa de positividade dos testes do paludismo (microscopia e/ou TDRs) nos pacientes (internados e nas consultas externas)	25,4%	2025	SIS	20,3%	15,2%	10,2%	5,1%	4,0%
3	Prevalência parasitaria em crianças de 6 á 59 meses	1,6	2023	MIS	1,29	0,99	0,68	0,38	0,07
4	Incidencia parasitaria anual por 1000	47	2024	SIS	39,30	31,50	23,70	15,90	8,10
Indicadores de resultados (efeitos)									
	Diagnóstico e tratamento de casos de paludismo								
1	Proporção de casos suspeitos de paludismo submetidos a um teste parasitológico nos estabelecimentos de saúde do sector público	100%	2025	SIS	100%	100%	100%	100%	100%
2	Proporção de casos suspeitos de paludismo submetidos a um teste parasitológico na comunidade	57%	2025	SIS	70%	75%	80%	85%	90%
3	Proporção de casos suspeitos de paludismo submetidos a um teste parasitológico nas locais do setor privado	99,9%	2025	SIS	100%	100%	100%	100%	100%
4	Proporção de casos de paludismo confirmados e tenham recebido tratamento antipalúdicos nos estabelecimentos de saúde do setor público	99%	2025	SIS	100%	100%	100%	100%	100%
5	Proporção de casos de paludismo confirmados e tenham recebido tratamento antipalúdicos nos estabelecimentos de saúde do setor privado	99,9%	2025	SIS	100%	100%	100%	100%	100%
6	Proporção de casos de paludismo confirmados e tenham recebido tratamento antipalúdicos na comunidade	73,6%	2025	SIS	80%	85%	90%	95%	100%
7	Proporção de casos de paludismo que foram beneficiados do tratamento correto do paludismo	97%	2024	Inquerito PSB	100%	100%	100%	100%	100%
	TPI nas grávidas								
1	Percentagem de grávidas que beneficiaram de cuidados pré-natais receberam pelo menos 3 doses de tratamento preventivo intermitente (TPI)	62,20%	2025	SIS	70%	75%	80%	85%	90%

Indicadores		Dados de Base			Metas do PEN 2026-2030				
		Dados	Ano	Fonte	2026	2027	2028	2029	2030
					Meta	Meta	Meta	Meta	Meta
	Quimioprevenção sazonal em crianças menores de 5 anos								
1	Percentagem de crianças de 3-120 meses de idade que receberam o número total de doses de QPS (quimioprofilaxia sazonal) época da transmissão nas zonas alvo	97,86%	2025	SIS	98%	98%	98%	99%	99%
	Luta anti-vetorial (MILDA)								
1	Proporção de crianças menores de cinco anos que tenham dormidas na noite anterior sob um mosquiteiro impregnado de inseticida	97%	2023	MIS		97%		98%	
2	Proporção de grávidas que tenham dormidas na noite anterior sob um mosquiteiro impregnado de insecticida	77%	2023	MIS		80%		85%	
3	Proporção de agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro impregnado com insecticida	88%	2023	MIS		90%		95%	
4	Proporção de agregados familiares com pelo menos um mosquiteiro impregnado para duas pessoas	91%	2023	MIS		95%		95%	
5	Taxa de Inoculação entomologica (TIE)	0,60%	2024	Inquérito PSB	0,50%	0,40%	0,30%	0,20%	0,10%
Indicateurs de cobertura									
	Luta antivectorial (MILDA)								
1	Número de mosquiteiros impregnados com insecticida de longa duração distribuídos a populações em risco durante campanha de grande escala	1 344 960	2023	SIS	1 595 557		1380 130		
2	Número de mosquiteiros impregnados com insecticida de longa duração distribuídos de maneira contínua para grupos a risco alvo	226 277	2025	SIS	144 371	153 016	161 972	171 248	202 024
	Luta anti-larval (LAL)								
1	Proporção de criadouros cartografados que foram tratados nas zonas-alvo (localidade ou município ou zona de saúde)	ND	2025	Relatorio PNLP	10%	10%	15%	20%	25%
	Pulverização intradomiciliar (PID)								
1	Proporção da população em risco que recebeu pelo menos um tratamento de IRS nos últimos 12 meses nas zonas-alvo da IRS	ND	2025	Relatorio PNLP	ND	ND	90%	95%	95%
	Comunicação para a Mudança Social e Comportamental								
1	População consegue cumprir com comportamentos favoráveis para a luta contra o paludismo	ND	2025	Inquérito CAP		85%		90%	

Indicadores		Dados de Base			Metas do PEN 2026-2030				
		Dados	Ano	Fonte	2026 Meta	2027 Meta	2028 Meta	2029 Meta	2030 Meta
2	Pourcentage de personnes (groupes cibles ou non) qui connaissent trois signes et trois mesures de prévention du paludisme	ND	2025	Inquérito CAP		90%		95%	
	Indicadores de gestão de programas (indicadores de insumos e de processo)								
	Gestão de Insumos de luta contra o paludismo								
1	Percentagem de estruturas de saúde do setor público ou privado cujos principais produtos que não têm conhecido rotura de stock (incluindo agentes de saúde comunitários)	90%	2025	SIS	92%	94%	96%	98%	100%
	Vigilancia e Seguimento - Avaliação e Pesquisa								
1	Proporção de relatórios recebidos das estruturas comparados com os esperados (Completude)	100%	2025	SIS	100%	100%	100%	100%	100%
2	Proporção de relatórios recebidos a tempo das estruturas comparados com os esperados (Prontidão)	90%	2025	SIS	95%	95%	95%	100%	100%
3	Percentagem de casos confirmados que foram investigados completamente e registados conforme a politica nacional	ND	2025	SIS			75%	80%	85%
	Gestão de Programa								
1	Taxa de mobilização dos recursos	64%	2025	Relatório PNLP	69%	75%	80%	85%	90%
2	Taxa de absorção de recursos mobilizados	95%	2025	Relatório PNLP	95 %	95%	95%	95%	95%

6.2. Sistemas de gestão dos dados

O Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA) é a instituição responsável pela gestão de informação sanitária do país, por isso é dotado de um sistema gestão de dados sanitários denominado DHIS2 (District Health Information System), onde todos os dados relativos ao PNLP à semelhança de outros programas são armazenados. Os dados que alimentam este sistema são coletados no nível local, através dos ASC que operam no nível comunitário e pelos técnicos de saúde que atuam ao nível das estruturas sanitárias (Hospitais, Centros de Saúde e CMI) dentro de uma determinada Área Sanitária que também faz parte de uma determinada Região Sanitária. Esses dados são originalmente registados nos livros de registos das consultas nas estruturas sanitárias e cadernos dos ASC nas comunidades que são posteriormente extraídos, compilados, analisados, agregados em diferentes formulários que o programa do paludismo utiliza para a agregação dos seus dados (Relatório Mensal de Vigilância Epidemiológica e Logística e Ficha de Gestão Stock de Medicamentos) pelos RAS e suas equipas e recebe uma primeira validação antes de serem enviados para o nível regional (DRS), que após a reunião de validação mensal são novamente validados e inseridos no sistema pelos pontos focais do Sistema de Informação Sanitária (SIS) Regionais.
No nível central, os dados são monitorados na plataforma DHIS2 pelos elementos do SNIS no INASA comparando com a versão papel provenientes das DRS.
Esta monitoria é feita em coordenação com o programa do PNLP e Unidade de S&A do Principal Recipiendário do Fundo Global (PR/FG).
No entanto, para as Campanhas de distribuição de mosquiteiros impregnados com a insecticida (CMILDA), previstas para os anos 2026 e 2028, o PNLP pretende utilizar a abordagem RTM (digitalização em tempo real dos dados da campanha) tanto para o recenseamento de agregados familiares, assim como a distribuição e a logistica, usando meios eletrónicos ANDROID.

➢ Utilização dos dados de rotina

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

➢ Avaliação do impacto

Os inquéritos permitirão medir os indicadores dos resultados e de impactos relacionados aos objetivos específicos do programa no quadro do Plano Estratégico Nacional 2026-2030. Os indicadores de desempenho serão obtidos periodicamente a partir de:

- Estudos específicos sobre as intervenções do programa;
- Inquéritos nas estruturas sanitárias;
- Inquerito a nivel da comunidade;
- Inquéritos sobre os Indicadores do Paludismo (MIS);
- Inquérito dos Indicadores Múltiplos (MICS);

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

6.3. Mecanismos de coordenação do S&A

O PEN 2026-2030 terá um seguimento através do plano de seguimento e avaliação durante o mesmo período;
A Coordenação do seguimento e avaliação será feita em três níveis: central, regional e local.

No nível local, a interação será feita através de reuniões periódicas, durante as quais serão feitas as partilhas de dados entre os responsáveis de cada serviço numa determinada estrutura sanitária, incluindo os da comunidade fornecidos pelos ASC, para a produção dos relatórios mensais que serão enviados para as DRS.
A nível regional, durante o encontro mensal deve ser apresentado e discutido os resultados dos desempenhos das atividades de luta contra o paludismo, envolvendo os parceiros regionais.
A nível central, o mecanismo de coordenação do S&A do PNLP será assegurado pelos seguintes atores da implementação:

- PNLP para a coordenação estratégica e técnica;
- Instituto Nacional da Saúde Pública (INASA) para a gestão do SNIS e das pesquisas operacionais;
- Direção de Serviço da Saúde Comunitária e Promoção da Medicina Tradicional (DSSCPMT) para coordenação das atividades dos Agentes de Saúde Comunitária;
- Laboratório Nacional de Saude Pública (LNSP) para o controlo de qualidade de laminas (GE) e TDR;
- Direção de Serviço da Saúde Reprodutiva (DSSR) para apoiar na coordenação das atividades de prevenção do paludismo nas grávidas;
- Serviço de Imunização e Vigilância Epidemiológica (SIVE) para apoiar na coordenação das atividades de prevenção do paludismo nas crianças;
- Central de Compras de Medicamentos Essenciais (CECOME) para o fornecimento de medicamentos antipalúdicos e consumíveis (ACT, Artesunato injectavel e rectal, SP, TDR, DHA+PPQ, Artemeter Injectavel, MILDA, entre outros);
- As estruturas sanitárias públicas e privadas da pirâmide sanitária, as ONG e organizações comunitárias de base para a execução de atividades;
- Os parceiros técnicos e financeiros da iniciativa Fazer Recuar o Paludismo para apoiar técnica e financeiramente.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- PNLP. Plano Estratégico Nacional de Luta contra o Paludismo 2023-2027
- PNLP. Plano de Seguimento e Avaliação de luta contra o paludismo, 2023-2027
- Ministério da Saúde Publica. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2023-2028
- PNLP. Política Nacional de Luta contra o Paludismo, PNLP Março de 2018
- PNLP. Relatórios anuais 2023, 2024
- PNLP. Relatório da Revisão de Desempenho, 2025
- PNLP. Relatório final do Inquérito Nacional sobre indicadores do paludismo (MIS-2023)
- Projet sante Bandim. Vigilância entomologiaca, relatório preliminar 2025, PSB
- Projet sante Bandim. Avaliação da qualidade de tratamento do paludismo simples e grave nos hospitais no ano de 2024, PSB
- Projet sante Bandim. Relatório da suscetibilidade dos vetores do paludismo aos insecticidas, 2023
- PNLP. Relatório final da campanha de quimioprevenção do paludismo sazonal 2023, 2024, 2025Organização Mundial de Saúde. Manual para a elaboração de um plano estratégico nacional de Luta contra o Paludismo. Setembro de 2011.
- Parceria Roll Back Malaria/PNUD. Quadro de Acção Multissectorial para a luta contra o paludismo, 2013
- Parceria Roll Back Malaria. Guia de Ação Multissetorial para Acabar com a Malária 2021
- Organização Mundial de Saúde. Quadro para a Eliminação do paludismo 2017
- Organização Mundial de Saúde. Relatório Global/Mundial da luta contra o paludismo 2025

8. ANEXOS

8.1. Plano de ação-anexo

Atividades	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
Luta Antivetorial-LAV						
Gestão Logística: Aquisição, transporte, armazenamento e preposicionamento dos MILDA	282 458 983	-	310 704 881	-	-	**593 163 864**
Planeamento (macro e micro)	174 323 516	-	191 755 868	-	-	**366 079 384**
Formação em cascata	151 077 372	-	166 185 109	-	-	**317 262 481**
Recenseamento de agregados	84 336 272	-	92 769 899	-	-	**177 106 171**
Distribuição de MILDA	33 211 514	49 817 271	74 725 907	112 088 860	168 133 290	**437 976 841**
Seguimento ao domicilio	42 826 472	-	47 109 119	-	-	**89 935 591**
Advocacia, Comunicação e Mobilização Social antes, durante e depois da campanha	94 881 458	939 112 911	939 112 911	939 112 911	939 112 911	**3 851 333 102**
Avaliação dos resultados da campanha	36 623 645	189 085 009	184 937 084	189 085 009	195 886 780	**795 617 526**
Distribuição de MILDA nas estruturas sanitárias	508 542 050	-	559 396 255	-	57 019 320	**1 124 957 625**
Implementação de um estudo piloto em x postos sentinela de vigilância entomologica	939 112 911	57 909 366	1 033 024 202	1 079 979 848	66 595 771	**3 176 622 099**
Elaborar o plano de implementaçao de PID	313 037 637	-	344 341 401	-	378 775 541	**1 036 154 578**
Realizar PID nas zonas selecionadas	469 556 455	-	516 512 101	-	568 163 311	**1 554 231 866**
Elaborar o plano de implementaçao de LAL	4 357 000	50 030 974	4 792 700	-	50 030 974	**109 211 648**
Realizar prospeção larvar anual nos postos sentinela de vigilância entomologica	2 920 000	80 676 682	3 212 000	-	242 639 864	**329 448 546**
Realizar a cartografia de zonas de reprodução de larvas	26 150 000	-	28 765 000	-	-	**54 915 000**
Análise anual da componente molecular dos vetores das larvas capturadas (identificação das espécies, a sua distribuição nas regiões sentinela)	20 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	**220 000 000**
Alargar os sitios sentinela para as 11 regiões sanitárias da Guiné-Bissau (vigilância entomologica)	18 460 000	-	20 306 000	-	-	**38 766 000**
Dotar a equipa entomológica de 11 sítios sentinelas do pais de um insectário com separação das peças dos estados dos imaturos e dos adultos e dos equipamentos de base para permitir a vigilância entomológica de rotina	26 309 325	-	28 940 258	-	-	**55 249 583**

Atividades	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
Luta Antivetorial-LAV						
Análise anual da componente molecular dos vetores (identificação das espécies, a sua distribuição nas regiões sentinela)	20 000 000	-	22 000 000	-	-	**42 000 000**
Realizar um estudo piloto com a utilização de armadilhas tóxicas (Sugar baits)	50 000 000	-	55 000 000	-	-	**105 000 000**
Elaborar e validar o plano nacional de gestão de resistência aos inseticidas	4 357 000	-	4 792 700	-	-	**9 149 700**
Realizar testes de sensibilidade de vetores aos inseticidas a cada dois anos (incluindo assistência técnica)	28 509 660	-	31 360 626	-	-	**59 870 286**
TOTAL	**3 331 051 270**	**1 416 632 213**	**4 709 744 020**	**2 370 266 627**	**2 716 357 761**	**14 544 051 892**

Atividades	2 026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
Quimioprevenção do paludismo (TPI+QPS)						
Distribuição de SP nas estruturas sanitárias	2 000 000	2 200 000	2 420 000	2 662 000	2 928 200	12 210 200
Planeamento (micro)	9 742 410	10 716 651	11 788 316	12 967 148	14 263 863	59 478 389
Formação em cascata	79 562 798	87 519 078	96 270 986	105 898 085	116 487 893	485 738 840
Distribuição de SP (500/25mg comp;250/12,5mg) + AQ (150 mg; 75mg)	265 732 354	292 305 589	321 536 148	353 689 763	389 058 739	1 622 322 594
Advocacia, Comunicação e Mobilização Social antes, durante e depois da campanha	26 660 712	29 326 783	32 259 462	35 485 408	39 033 948	162 766 313
Avaliação dos resultados da campanha	46 196 278	48 506 091	50 931 396	53 477 966	56 151 864	255 263 595
TOTAL	**427 894 552**	**468 374 193**	**512 786 308**	**561 518 369**	**614 996 308**	**2 585 569 731**

Atividades	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
Manejo de casos do paludismo						
Formar 25 prescritores de estabelecimentos de saúde privados no manejo de casos de paludismo simples e grave - 1 / ano X 2 anos	6 595 100	7 914 120	11 079 768	13 295 722	0	**38 884 710**
Capacitação/reciclagem 25 prescritores de estabelecimentos de saúde privados no manejo de casos de paludismo simples e grave - 1 / ano X 2 anos	3 403 600	4 084 320	5 718 048	6 861 658	0	**20 067 626**
Divulgar mensagens IEC/CCM através de rádio, televisão e mass mídia - mensalmente	7 380 000	8 856 000	12 398 400	14 878 080	17 853 696	**61 366 176**
Formar anualmente 120 prescritores de estabelecimentos de saúde pública na gestão de casos de malária simples e grave a todos os níveis - Change to Seance de Impregnation - Q2	20 055 240	24 066 288	33 692 803	40 431 364	0	**118 245 695**
Capacitação de 136 profissionais de saúde, todos os anos, sobre a nova política de luta contra o paludismo - Q2	20 750 000	24 900 000	34 860 000	41 832 000	0	**122 342 000**
Reproduzir e divulgar para cada formação as ferramentas sobre o manejo de casos do paludismo	2 807 200	3 368 640	4 716 096	5 659 315	6 791 178	**23 342 429**
ACT - Tratamento de todas as faixas etárias - Tratamento comunitário - Arteméter Lumefantrina 20mg+120mg FDC	1 126 169	1 351 402	1 891 963	2 270 356	2 724 427	**9 364 318**
TDR para o diagnóstico de crianças menores de 5 anos - kit de 25 testes (Diagnóstico e Tratamento Comunitário)	3 700 371	4 440 445	6 216 623	7 459 947	8 951 937	**30 769 322**
ACT - tratamento de todas as faixas etárias - Tratamento comunitário - Artesunato Supositório	1 647 593	1 977 111	2 767 956	3 321 547	3 985 856	**13 700 063**
Apoiar na formação de 3.481 ASC no manejo de casos de paludismo simples na comunidade	14 942 115	17 930 538	25 102 753	30 123 304	36 147 965	**124 246 675**
Apoiar na recapacitaçãode 3 481 ASC no manejo de casos de paludismo simples na comunidade	7 471 058	8 965 269	12 551 377	15 061 652	0	**44 049 355**
Formar 50 técnicos de laboratório sobre controlo de qualidade laboratorial - MINSAP + INASA/LNSP -	4 624 880	5 549 856	7 769 798	9 323 758	11 188 510	**38 456 802**

Atividades	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
Manejo de casos do paludismo						
Capacitar 25 técnicos de laboratório sobre controlo de qualidade externo laboratorial - MINSAP + INASA/LNSP -	13 950 000	16 740 000	23 436 000	28 123 200	0	**82 249 200**
Formar 250 técnicos regionais sobre farmacovigilância (pontos focais das estruturas de saúde)	14 310 000	17 172 000	24 040 800	28 848 960	34 618 752	**118 990 512**
Realizar a supervisão integrada em farmacovigilância a todas as estruturas sanitárias do País	35 500 000	35 500 000	35 500 000	35 500 000	35 500 000	**177 500 000**
Fazer seguimento da farmacovigilância de ACTs e outros antipaludicos - Q1	2 500 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000	**12 500 000**
Elaborar um plano de formação específico baseado nas últimas recomendações da OMS	0	1 500 000	-	-	-	**1 500 000**
Capacitar e sensibilizar os profissinais de saúde em Farmacovigilâcia, registos de casos e capacitação dos processos notificados	35 000 000	38 500 000	42 350 000	46 585 000	51 243 500	**213 678 500**
Capacitar e sensibilizar os profissinais de saúde sobre a Farmacovigância	17 500 000	19 250 000	21 175 000	23 292 500	25 621 750	**106 839 250**
Formação de um técnico da ARFAME em Farmacovigilância	0	14 000 000	-	14 000 000	-	**28 000 000**
Rever a política nacional de gestão do paludismo	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	**7 500 000**
Elaborar um plano de implementação para a campanha de tratamento em massa nas áreas de saúde visadas para a eliminação.	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	**10 000 000**
TOTAL	**216 763 324**	**262 065 989**	**311 267 385**	**372 868 362**	**240 627 571**	**1 403 592 632**

Atividades	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
Gestão programática do paludismo em diferentes níveis:						
Assegurar a manutenção e reparação dos equipamentos informáticos e da base de dados do PNLP, SIS e DRS (forfait mensal)	2 160 000	2 376 000	2 851 200	3 136 320	3 449 952	**13 973 472**
Assegurar a manutenção e reparação de 12 meios de transporte - mensal	5 696 316	6 265 948	7 519 137	8 271 051	9 098 156	**36 850 607**
Apoiar o funcionamento da internet nas regiões sanitárias - mensal	6 875 000	7 562 500	9 075 000	9 982 500	10 980 750	**44 475 750**
Compra de combustível para o reforço das atividades do PNLP de forma melhor assegurar a supervisão e coordenação das atividades	4 043 319	4 447 651	5 337 181	5 870 899	6 457 989	**26 157 039**
Compra de 6 viaturas 4x4 para reforço das atividades do PNLP de forma melhor assegurar a supervisão e coordenação das atividades.	17 000 219	18 700 241	22 440 289	24 684 317	27 152 749	**109 977 815**
Adquirir consumíveis de escritório para o SIS central e regiões trimestralmente	3 219 040	3 540 944	4 249 133	4 674 046	5 141 451	**20 824 614**
Custos de funcionamento/manutenção da rede de Internet LAN PNLP - mensalmente	7 200 000	7 920 000	9 504 000	10 454 400	11 499 840	**46 578 240**
Assegurar os custos anuais de comunicação entre a unidade de S&A do PNLP e as regiões - mensalmente	5 160 000	5 676 000	6 811 200	7 492 320	8 241 552	**33 381 072**
Adquirir consumíveis de escritório para o PNLP - trimestralmente	3 360 000	3 696 000	4 435 200	4 878 720	5 366 592	**21 736 512**
Assistente Técnico Nacional da Unidade do PNLP	2 023 200	2 225 520	2 670 624	2 937 686	3 231 455	**13 088 485**
Seguro médico do pessoal do PNLP	17 197 939	18 917 733	22 701 279	24 971 407	27 468 548	**111 256 905**
Realizar atividades de prevenção transfronteiriços de luta contra o paludismo com os países vizinhos (Senegal).	13 775 088	15 152 597	18 183 116	20 001 428	22 001 571	**89 113 799**
Realizar atividades de prevenção transfronteiriços de luta contra o paludismo com os países vizinhos (Guiné).	21 865 233	24 051 757	28 862 108	31 748 319	34 923 151	**141 450 567**
Atualizar o mapa cartografico dos parceiros de PNLP a nivel nacional e nas regioes transfronteiriços	9 564 000	10 520 400	12 624 480	13 886 928	15 275 621	**61 871 429**

Criar o comité de eliminação do paludismo e seu respetivo TdR	9 564 000	10 520 400	12 624 480	13 886 928	15 275 621	**61 871 429**
Criar um fundos para eliminação do paludismo	19 678 710	21 646 581	25 975 897	28 573 487	31 430 836	**127 305 511**
Criar os grupos técnicos de trabalho (grupo técnico integrado de luta anti-vectorial,grupo técnico de trabalho do diagnostico, tratamento e prevenção) e seus respeitivos TdRs	385 000	423 500	508 200	559 020	614 922	**2 490 642**
Defender que outros ministérios, o sector privado e a sociedade civil adoptem as responsabilidades e acções definidas no plano estratégico de combate ao paludismo	16 931 800	18 624 980	22 349 976	24 584 974	27 043 471	**109 535 201**
Reforçar a capacidade dos técnicos do PNLP em Gestão Baseadas nos Resultados	4 253 800	4 679 180	5 615 016	6 176 518	6 794 169	**27 518 683**
Reforçar a capacidade dos técnicos do PNLP em gestão administrativa e finanças	23 392 718	25 731 990	30 878 388	33 966 227	37 362 849	**151 332 172**
Participação em conferências a nível internacional	60 000 000	66 000 000	79 200 000	87 120 000	95 832 000	**388 152 000**
Elaborar e implementar anualmente o plano operacional das atividades do programa	12 500 000	13 750 000	16 500 000	18 150 000	19 965 000	**80 865 000**
Reforço de capacidade do PNLP em entomologia e paludologia	75 000 000	82 500 000	99 000 000	108 900 000	119 790 000	**485 190 000**
Reforço de capacidade do PNLP no domínio da informática	9 540 360	10 494 396	12 593 275	13 852 603	15 237 863	**61 718 497**
Realizar a revisão anual de desempenho do PNLP	50 000 000	55 000 000	66 000 000	72 600 000	79 860 000	**323 460 000**
Organizar um dia científico sobre o paludismo - Q1	6 000 000	6 600 000	7 920 000	8 712 000	9 583 200	**38 815 200**
Realizar a revisão a meio percurso do PEN e do plano de seguimento e avaliação do PNLP 2026-2030. T2-2028 e honorário do ATI	80 000 000	0	0	116 160 000	0	**196 160 000**

Realizar a revisão final do PEN do PNLP 2026-2030 + elaborar um novo PEN 2031-2035 + plano de S&A + política - intl + natl consultor para 5 fases - S1 (2030)	200 000 000	0	0	290 400 000	0	**490 400 000**
TOTAL	**686 385 742**	**447 024 316**	**536 429 179**	**996 632 097**	**649 079 307**	**3 315 550 641**

Atividades	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
Gestion des Achats et des Stocks:						
Gestão dos insumos de luta contra o paludismo: estocagem, instrumentos de gestão, capacidades logísticas, formação, monitoria						
Compra e importação de MILDA para a campanha de massa e XXX mosquiteiros rotina	21 798 039	32 697 059	52 315 294	78 472 941	117 709 412	**302 992 746**
Custos de transporte, distribuição e armazenamento de LLINs (CECOME e não-CECOME)	6 999 724	10 499 586	16 799 337	25 199 005	37 798 508	**97 296 160**
Compra dos Tablettes & Accessoires	33 276 174	49 914 262	79 862 819	119 794 228	179 691 342	**462 538 825**
Aquisiçao de plataforma e configuração + transporte e armazenamento	10 424 127	15 636 191	25 017 905	37 526 858	56 290 286	**144 895 367**
Gestao de Residuos pos campanha	72 464 790	108 697 185	173 915 497	260 873 245	391 309 867	**1 007 260 585**
Compra de comprimidos quimiopreventivos (SP e SP+AQ)	26 025 514	39 038 271	62 461 233	93 691 850	140 537 775	**361 754 643**
Custo GAS QPS Intervenção específica	42 698 109	64 047 163	102 475 461	153 713 191	230 569 787	**593 503 712**
Aquisição de TDR e consumíveis para os TDR (luva de látex, caixa de segurança)	59 595 700	89 393 550	143 029 680	214 544 520	321 816 780	**828 380 230**
Aquisição de REAGENTES para Teste GE	6 250 000	9 375 000	15 000 000	22 500 000	33 750 000	**86 875 000**
Aquisição da ACT- Tratamento (público, privado e comunitário)- Arteméter Lumefantrina 20mg+120mg	9 720 000	14 580 000	23 328 000	34 992 000	52 488 000	**135 108 000**
Tratamento comunitário - Artesunato Supositório e consumíveis (luvas de látex, caixa de segurança)	24 525 000	36 787 500	58 860 000	88 290 000	132 435 000	**340 897 500**
Aquisição de Dehidroartemisinina+ Piperaquina (DHA+PPQ)	8 175 000	12 262 500	19 620 000	29 430 000	44 145 000	**113 632 500**

Custos de GAS relativo aos ACT, DHA+PPQ, RDT, consumíveis, TDR, reagentes gota espessa (transporte internacional, segurança, desalfandegária, taxas de controlo de qualidade, taxas de agencia de compras)	1 988 571 888	-	2 187 429 077	-	-	**4 176 000 965**
Compra de Artemeter (paludismo grave) complicado	32 790 110	-	36 069 121	-	-	**68 859 230**
Compra de Artesunato injetável (Paludisme grave) complicado	354 510 703	-	389 961 773	-	-	**744 472 476**
Reproduzir e divulgar para cada formação as ferramentas sobre o manejo de casos do paludismo	128 741 237	-	141 615 360	-	-	**270 356 597**
Adquirir os consumíveis (envelope biodegradável) para tratamento comunitário: Saco de medicamentos azul, 15x30cm, lacrado, plástico (Saco de medicamentos azul, 15x30cm, lacrado, plástico).	200 891 095	220 980 204	243 078 225	267 386 047	294 124 652	**1 226 460 224**
Assegurar a manutenção e reparação dos equipamentos informáticos e da base de dados do PNLP, SIS e DRS (forfait mensal)	49 453 254	74 179 881	118 687 810	178 031 715	267 047 573	**687 400 233**
Compra de 6 viaturas 4x4 para reforço das atividades do PNLP de forma melhor assegurar a supervisão e coordenação das atividades	321 942 880	-	354 137 168	-	-	**676 080 049**
Assegurar a manutenção e reparação de 06 meios de transporte - mensal	4 542 923	6 814 385	10 903 015	16 354 523	24 531 784	**63 146 630**
Custos de funcionamento/manutenção da rede de Internet LAN PNLP e nas regiões sanitárias - mensalmente	37 776 763	56 665 145	90 664 231	135 996 347	203 994 520	**525 097 006**
Compra de combustível	7 564 996	11 347 495	18 155 991	27 233 987	40 850 981	**105 153 450**
Adquirir consumíveis de escritório para o PNLP e para o SIS central e regiões trimestralmente	18 511 008	16 096 529	20 362 109	-	16 096 529	**71 066 175**
Assegurar os custos anuais de comunicação entre a unidade de S&A do PNLP e as regiões - mensalmente	37 022 016	32 193 058	40 724 218	-	32 193 058	**142 132 350**
Aquisiçao de seguro médico do pessoal do PNLP	87 498 104	96 247 915	105 872 706	116 459 977	128 105 974	**534 184 676**
Aquisiçao de computadores e materiais informaticos para reposiçao e para novos elementos do PNLP	51 479 666	56 627 633	62 290 396	68 519 436	75 371 380	**314 288 511**
Aquisiçao de armarios de arquivo para estruturas Sanitarias e DRS e de 2 Armarios de arquivo para PNLP	11 569 925	12 726 918	13 999 609	15 399 570	16 939 527	**70 635 549**
Aquisiçao de materiais e insumos para incineradores	17 685 410	19 453 951	21 399 347	23 539 281	25 893 209	**107 971 199**
Custos diversos (controlo de qualidade dos medicamentos, visitas de supervisão, impressão das ferramentas de recolha de dados do GAS)	34 356 662	51 534 994	82 455 990	123 683 984	185 525 977	**477 557 606**

Implementação da Soma fixa da ELMIS / ELMIS lump Sum (Sofware and hardware?)	7 759 792	11 639 688	18 623 501	27 935 252	41 902 878	**107 861 112**
Compra de Mobylettes e Suprimentos (termômetros, lanternas, bolsas, cadernos, borrachas, lápis, etc)	12 792 060	19 188 090	30 700 944	46 051 415	69 077 123	**177 809 632**
Equipar os postos de vigilância.	29 084 306	43 626 459	69 802 335	104 703 503	157 055 254	**404 271 857**
Formação em gestão de estoque	16 057 539	24 086 308	38 538 093	57 807 140	86 710 709	**223 199 789**
Reforço da capacidade Técnico do Comitê GAS (Formação em quantificação e gestão de estoque)	30 000 000	45 000 000	72 000 000	108 000 000	162 000 000	**417 000 000**
TOTAL	**3 802 554 517**	**1 281 336 918**	**4 940 156 246**	**2 476 130 016**	**3 565 962 887**	**16 066 140 584**

Atividades	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
Promoção de saúde/IEC/CMC/MS						
Produzir cartazes A3 , sobre a sensibilização durante as campanhas de QPS e MILDA	1 500 000	1 650 000	2 145 000	2 359 500	2 595 450	**10 249 950**
Produzir álbum seriado A3 sobre a sensibilização	3 940 000	4 334 000	5 634 200	6 197 620	6 817 382	**26 923 202**
Reproduzir e distribuir os suportes de comunicação (folhetos) sobre a QPS e MILDA	14 000 000	15 400 000	20 020 000	22 022 000	24 224 200	**95 666 200**
Formar durante 02 dias, 22 técnicos de saúde sobre a técnica da comunicação interpessoal e de grupo (formação de formadores)	6 930 000	7 623 000	9 909 900	10 900 890	11 990 979	**47 354 769**
Formar durante 03 dias,3481 ASC na técnica de comunicação interpessoal e de grupo no dominio do paludismo.	4 092 623	4 501 885	5 852 451	6 437 696	7 081 465	**27 966 119**
Capacitar durante 03 dias, 3481 ASC na técnica de comunicação interpessoal e de grupo no dominio do paludismo.	4 608 290	5 069 119	6 589 855	7 248 840	7 973 724	**31 489 828**
Reforço da capacidade de um técnico da comunicação do PNLP no domínio de comunicação para a saúde.	720 000	792 000	1 029 600	1 132 560	1 245 816	**4 919 976**
Celebração do dia mundial de luta contra o paludismo (25 de abri)	4 291 223	4 720 345	6 136 449	6 750 093	7 425 103	**29 323 213**
Fazer advocacia junto das autoridades regionais,líderes influentes, sociedade civil e associações existentes nas diferentes regiões durante as atividades do programa	750 000	825 000	1 072 500	1 179 750	1 297 725	**5 124 975**
Fazer advocacia junto do sector público e privado (MINSAP, TELECEL, ORANGE, PETROMAR, Petroguin, ARN, Hoteis, APGB, CMB, Bancos Comerciais, Associação dos Comerciantes, Associação dos Motoristas, etc).	400 000	440 000	572 000	629 200	692 120	**2 733 320**

Escolher um/a embaixador/a para o paludismo	1 000 000	1 100 000	1 430 000	1 573 000	1 730 300	**6 833 300**
Capacitar profissionais de saúde sobre os direitos e deveres dos pacientes	62 575 100	68 832 610	89 482 393	98 430 632	108 273 696	**427 594 431**
Missões nacional para encontros de engajamento ao nível regional	2 000 000	2 200 000	2 860 000	3 146 000	3 460 600	**13 666 600**
Elaborar as mensagens: Rádios, redes sociais nas linguas locais (Tik Tok e face book) Televisão e Massa média sobre a prevenção do paludismo	15 000 000	16 500 000	21 450 000	23 595 000	25 954 500	**102 499 500**
Difundir as mensagens de IEC/CCM a través das rádios, redes sociais nas linguas locais (tik tok e face book) televisão e massa média - todo o ano os meses	6 615 000	7 276 500	9 459 450	10 405 395	11 445 935	**45 202 280**
Conceber, elaborar e difundir as mensagens e debates radiofónicas sobre a QPS nas línguas nacionais através das rádios locais (antes e durante a campanha)	1 720 723	1 892 795	2 460 634	2 706 697	2 977 367	**11 758 215**
Elaboração/Revisão dos materiais de IEC	2 500 000	2 750 000	3 575 000	3 932 500	4 325 750	**17 083 250**
Criação de website do PNLP	0	2 000 000	0	0	0	**2 000 000**
Conceção, Produção e emissão de um filme documentário sobre a prevenção do paludismo	0	1 000 000	0	0	0	**1 000 000**
Organizar jornada científica sobre o paludismo	6 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	**18 000 000**
Elaboração, finalização e validação do Plano Integrado de comunicação para mudança de comportamento e mobilização social	15 000 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	**21 000 000**
Produção dos disticos ou Roll Up	4 800 000	5 280 000	6 864 000	7 550 400	8 305 440	**32 799 840**
Aquisição de uma camara fotografica profissional para os eventos do PNLP	3 068 723	3 375 595	4 388 274	4 827 101	5 309 811	**20 969 504**

Djumbai cuminitário	3 200 000	3 520 000	4 576 000	5 033 600	5 536 960	**21 866 560**
TOTAL	**164 711 681**	**165 582 849**	**210 007 704**	**230 558 475**	**253 164 322**	**1 024 025 031**

Atividades	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
Vigilancia, Seguimento & Avaliação						
4.1 Formar a nível nacional, durante 5 dias,77 elementos de ERS+252 técnicos das áreas sanitárias sobre sistema de seguimento e avaliação integrado-Q1	37 528 620	37 528 620	56 292 930	73 180 809	-	**204 530 979**
4.2 Atualizar a nível nacional, durante 3 dias, 77 elementos de ERS+252 técnicos das áreas sanitárias sobre sistema de seguimento e avaliação integrado-Q2	-	22 507 500	33 761 250	50 641 875	75 962 813	**182 873 438**
4.3 Apoiar a realização de 01 reunião trimestral em cada região sanitária para análise e validação dos dados do SIS - Changed to mensuel 1 jour X 3 yrs - mensuel	55 012 800	88 177 152	132 265 728	171 945 446	223 529 080	**670 930 207**
4.4 Organizar 2 supervisões semestrais das atividades do PNLP nas regiões sanitárias - Q2 + Q4	30 635 079	30 635 079	45 952 619	68 928 928	103 393 392	**279 545 098**
4.5 Ateliê de revisão e de validação durante 3 dias do guião de supervisão do PNLP a todos os níveis.	6 989 253	7 077 617	9 245 083	10 979 057	12 366 235	**46 657 245**
4.6 Organizar 4 supervisões trimestrais de atividades das Regiões sanitárias para as Áreas Sanitárias	32 675 688	25 645 208	46 161 374	62 574 308	75 704 654	**242 761 232**
4.7 Organizar 12 supervisões mensais das atividades das Áreas Sanitárias para os ASC	570 661 200	798 535 800	912 473 100	1 243 183 680	1 507 752 144	**5 032 605 924**