

**NWETI - COMUNICAÇÃO PARA A SAÚDE**

**REVISÃO DE  
LITERATURA SOBRE  
MALÁRIA**

**JUNHO 2010**

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
1.1 CONTEXTO DA REVISÃO DE LITERATURA	5
1.2 OBJECTIVOS DA REVISÃO DE LITERATURA	6
1.3 METODOLOGIA	6
<b>2. SITUAÇÃO ACTUAL DA MALÁRIA EM MOÇAMBIQUE</b>	<b>8</b>
2.2 DADOS ESTATÍSTICOS	8
2.2 ASPECTOS SÓCIO-ECONÓMICOS	9
<b>3. A RESPOSTA INTERNACIONAL À MALÁRIA</b>	<b>11</b>
3.1 O CONTEXTO INTERNACIONAL	11
3.1.1 PARCERIA FAZER RECUAR A MALÁRIA (FRM)	12
3.1.2 Os OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO	13
3.1.3 O FUNDO GLOBAL CONTRA O HIV, TUBERCULOSE E MALÁRIA	14
3.1.4 PROGRAMA DE INCENTIVO E CONTROLO DA MALÁRIA EM ÁFRICA DO BANCO MUNDIAL	14
3.1.4 A INICIATIVA PRESIDENCIAL CONTRA A MALÁRIA	15
<b>4. A RESPOSTA NACIONAL À MALÁRIA</b>	<b>17</b>
4.1 PRINCIPAIS MARCOS DA RESPOSTA NACIONAL À MALÁRIA	17
4.2 POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS NACIONAIS	19
4.2.1 PLANO NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA MALÁRIA 2010-2014	19
4.3 PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS DE CONTROLO E ACÇÕES PRIORITÁRIAS	20
4.3.1 GESTÃO VECTORIAL ÍNTEGRADA	21
4.3.2 DIAGNÓSTICO PRECOZE, TRATAMENTO CORRECTO E MANEJO DE CASOS NA COMUNIDADE	21
4.3.3 PREVENÇÃO DA MALÁRIA NA GRAVIDEZ	23
4.3.4 PROMOÇÃO DE SAÚDE E ENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO	23
4.3.5 PRONTIDÃO E RESPOSTA ÀS EMERGÊNCIAS	24
4.3.6 GESTÃO DO PROGRAMA, MONITORIA E AVALIAÇÃO E FORTALECIMENTO DE SISTEMAS	25
4.4 PRINCIPAIS INTERVENIENTES	27
4.4.1 PARCEIROS BILATERAIS	27
4.4.2 PARCEIROS MULTILATERAIS	29
4.4.3 ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS	30
4.4.4 SECTOR PRIVADO	32
<b>5. INICIATIVAS DE COMUNICAÇÃO SOBRE MALÁRIA</b>	<b>33</b>
5.1 EM MOÇAMBIQUE	34
5.1.1 WORLD RELIEF	34

5.1.2. MALARIA CONSORTIUM	35
5.1.3. POPULATION SERVICES INTERNATIONAL	35
<b>5.2 No MUNDO</b>	<b>35</b>
5.2.1 GANA	36
5.2.2 TOGO	36
<b><u>6. PRINCIPAIS CONQUISTAS, DESAFIOS E LIÇÕES APRENDIDAS EM MOÇAMBIQUE</u></b>	<b><u>37</u></b>
6.1 CONQUISTAS	37
6.2 DESAFIOS	38
6.3 LIÇÕES APRENDIDAS	39
<b><u>7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</u></b>	<b><u>40</u></b>
7.1 CONCLUSÕES	40
7.2 RECOMENDAÇÕES:	41
<b><u>8. BIBLIOGRAFIA</u></b>	<b><u>43</u></b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AECI	Agência Espanhola de Cooperação Internacional
AIDI	Atenção Integrada das Doenças da Infância
AL	Artemisina e Lumefantrina
AQ	Amodiaquina
AS	Artesunato
CAP	Conhecimentos, Atitudes e Práticas
CIDA	Agência Canadiana para o Desenvolvimento Internacional
CISM	Centro de Investigação em Saúde da Manhiça
CNLM	Comissão Nacional de Luta Contra a Malária
CPN	Consulta pré-natal
CTA	Combinação terapêutica contendo derivados da artemisina
CVM	Cruz Vermelha de Moçambique
DDT	Diclorodifeniltricloroetano
DFID	Departamento do Reino Unido para o Desenvolvimento Internacional
DPC	Direcção de Planificação e Cooperação
DPS	Direcção Provincial de Saúde
DPSEC	Departamento de Promoção de Saúde e Envolvimento Comunitário
GFATM	Fundo Global contra o SIDA, Tuberculose e Malária
FRM	Fazer Recuar a Malária
GVI	Gestão Vectorial Integrada
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
IDEL	Iniciativa de Desenvolvimento Espacial dos Libombos
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IIM	Inquérito de Indicadores de Malária
INGC	Instituto Nacional de Gestão das Calamidades
INS	Instituto Nacional de Saúde
ITS	Infecção de Transmissão Sexual
JICA	Agência Japonesa para a Cooperação Internacional
MICS	Inquérito Agregado de Indicadores Múltiplos
MICOA	Ministério para a Coordenação da Acção Ambiental
MISAU	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIDOM	Pulverização Intra-Domiciliária
PNCM	Programa Nacional de Controlo da Malária
PNCPM	Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Malária
PSI	Population Services International
REMTI	Redes Mosquiteiras Tratadas com Insecticida
REMILD	Redes Mosquiteiras Tratadas com Insecticida de Longa Duração
SIDA	Síndrome de Imuno- Deficiência Adquirida
SIS	Sistema da Informação para a Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TIP	Tratamento Intermitente Presuntivo
TDR	Teste de Diagnóstico Rápido

## 1. INTRODUÇÃO

A malária é causada por parasitas transmitidos através da picada de uma fêmea (*Anopholes*) de mosquito infectada, que geralmente pica durante a noite. A espécie de parasita causador da malária mais comum em África, é o *plasmodium falciparum*. Em Moçambique, este parasita é responsável por 90% dos casos de malária. A malária pode ser transmitida a homens e mulheres, de todas as idades.

A Organização Mundial da Saúde (OMS:2009) estima que cerca de 3.3 bilhões de pessoas estão em risco que contrair a malária. As pessoas que vivem que países pobres, particularmente em África, são mais susceptíveis a contrair a doença. Anualmente, ocorrem cerca de 250 milhões de casos de malária. A malária causa cerca de 1 milhão de mortes por ano.

Em África, uma em cada cinco mortes infantis é devido aos efeitos da malária. Uma criança africana tem em média entre 1.6 e 5.4 episódios anuais de febre provocada pela malária. A cada trinta segundos uma criança morre de malária. (OMS:2009)

Os efeitos da malária são particularmente graves em mulheres grávidas podendo provocar anemia severa, abortos involuntários, parto prematuro, baixo peso a nascença e nados-mortos. O risco de uma mulher grávida morrer devido a complicações causadas pela malária é bastante alto. Estima-se que, em África, a malária contribui anualmente para a morte de cerca de 10.000 mulheres grávidas e 200.000 bebés. (OMS:2009)

### 1.1 CONTEXTO DA REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão de literatura surge no contexto do trabalho realizado pela Nweti-Comunicação para a Saúde. A Nweti é uma organização não-governamental moçambicana que combina o entretenimento e a educação para a produção de materiais de comunicação sobre saúde. Os materiais são produzidos tendo como base um extensivo processo de pesquisa que inclui entrevistas com especialistas da área em questão, revisão de literatura e pesquisa formativa de audiência junto às comunidades alvo dos materiais e mensagens produzidos.

Os materiais produzidos pela Nweti são desenhados de forma a proporcionar a sua audiência ferramentas que permitam tomar decisões informadas sobre a saúde. Desta forma, a Nweti contribui para a mudança de comportamento individual, comunitária e da sociedade no geral através da promoção de práticas e atitudes mais saudáveis, que visam a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. Paralelamente, a Nweti realiza um trabalho de advocacia para influenciar leis e políticas sobre saúde pública.

A Nweti pretende produzir materiais sobre a malária visando a adopção de comportamentos saudáveis para a prevenção e mitigação da malária nas comunidades

moçambicanas. A revisão da literatura e os resultados da pesquisa formativa de audiência por realizar orientarão o desenho de mensagens sobre malária e a produção dos seguintes materiais de comunicação:

1. Série dramática para televisão sobre Malária de 30 minutos;
2. Série de teatro radiofônico com 30 episódios de 15 minutos cada um;
3. Publicação impressa (revista) sobre Malária;
4. Produção de anúncios de utilidade pública sobre Malária;
5. Campanha de marketing sobre os materiais de comunicação produzidos.

## 1.2 OBJECTIVOS DA REVISÃO DE LITERATURA

Os termos de referência (Anexo1) fornecem os objectivos da presente literatura e estes são:

- ❖ Descrever e analisar a situação actual da malária em Moçambique;
- ❖ Mapear a resposta nacional à malária incluindo as políticas e estratégias, os intervenientes e as intervenções, as estratégias de controle, as conquistas, desafios e lições aprendidas,
- ❖ Identificar iniciativas de comunicação sobre a malária em Moçambique e no Mundo;
- ❖ Fornecer recomendações para a produção de mensagens e materiais multimédia sobre a malária.

## 1.3 METODOLOGIA

A metodologia adoptada para a realização da revisão da literatura assenta na:

- ❖ Revisão de políticas, planos estratégicos e operacionais e documentos de programa sobre malária;
- ❖ Revisão de relatórios de pesquisa e de monitoria e avaliação de programas e projectos sobre malária, produzidos por organizações governamentais (OG) e organizações não-governamentais (ONG) assim como instituições bilaterais e multilaterais;
- ❖ Entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave, especificamente especialistas que trabalham com o tema da malária (Anexo3).

Os métodos de recolha de dados utilizados foram a pesquisa bibliográfica em bases de dados electrónicas de instituições do governo, organizações não governamentais nacionais e internacionais, jornais académicos etc. Esta pesquisa utilizou como principais palavras chave - malária e Moçambique.

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com base num guião de entrevista (Anexo2) previamente preparado. O guião continha perguntas abertas sobre a evolução da resposta à malária em Moçambique, principais instrumentos orientadores do combate a malária, conquistas alcançadas e desafios enfrentados, iniciativas de comunicação e mensagens de prevenção e mitigação da malária desenvolvidas.

Para a realização das entrevistas foram seleccionados quatro informantes-chave de acordo com o tipo de instituição e área de trabalho. Em função deste critério, entrevistamos 2 oficiais do governo, 1 oficial de uma instituição multilateral, e 1 oficial de projecto de uma ONG internacional.

## 2. SITUAÇÃO ACTUAL DA MALÁRIA EM MOÇAMBIQUE

O clima quente e húmido de Moçambique fornece as condições ideais para o crescimento e propagação de mosquitos e as altas temperaturas contribuem para o desenvolvimento dos parasitas da malária nos mosquitos. A malária é endémica ao longo do país onde as condições climáticas, ao longo do ano, favorecem a transmissão. Contudo, é durante e após a estação chuvosa (Dezembro a Abril) que o nível de transmissão atinge o seu pico. A intensidade da transmissão varia de ano para ano e de região para região, dependendo de factores como precipitação, altitude e clima. Estima-se que cerca de 96% da população moçambicana vive em áreas de elevada intensidade de transmissão da malária.

### 2.2 DADOS ESTATÍSTICOS

Em 2007, foi realizado o primeiro Inquérito Nacional sobre os Indicadores da Malária em Moçambique. O inquérito explorou a cobertura e uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida de longa duração (RMILD); a cobertura com a pulverização intra-domiciliária; o Tratamento Intermitente Presumptivo (TIP) na gravidez; prevalência da infecção malárica e anemia a ela relacionada; a procura de cuidados de saúde e manejo da febre em crianças; e os conhecimentos da mulher em relação à malária. O inquérito abrangeu um total de 5745 agregados familiares.

Segundo os resultados do inquérito apenas 15.8% dos agregados familiares inquiridos possui pelo menos uma rede mosquiteira (RMTI); cerca de 18.5% dos agregados familiares com uma mulher grávida e/ou crianças menores de cinco anos de idade possui pelo menos uma RMTI. Em relação ao uso de redes mosquiteiras, a proporção de pessoas que dormiram em baixo de uma rede mosquiteira na noite anterior ao inquérito as percentagens foram de 6.7% para crianças menores de cinco anos de idade e 7.3% para mulheres grávidas.<sup>1</sup>

A proporção de casas pulverizadas nos últimos 12 meses anteriores ao inquérito nos distritos-alvo foi de 52.4%. A proporção de mulheres que concluiu uma gravidez no ano anterior ao inquérito e que recebeu pelo menos duas ou mais doses de TIP durante aquela gravidez foi de 20.3%; a proporção de mulheres que concluiu uma gravidez no ano anterior ao inquérito e frequentou a consulta pré-natal pelo menos duas vezes e recebeu duas ou mais doses de TIP durante aquela gravidez foi de 23.3%.

O inquérito mostrou que a prevalência da febre foi de 9.7%. Aproximadamente 38.5% das crianças eram portadoras de parasita da malária. A proporção de crianças menores de 5 anos com anemia foi de 67.7% e com anemia severa de 11.9%. Em relação às mulheres grávidas, 16.3% eram portadoras de parasitas de malária, 48.1% tinha anemia e cerca de 5.1% tinha anemia severa.

---

<sup>1</sup> Os dados do Inquérito de Indicadores Múltiplos (Multiple Indicator Cluster Survey- MICS), revelam avanços em termos de disponibilidade e utilização das redes mosquiteiras. Cerca de 65% dos agregados familiares com crianças menores de 5 anos afirmaram possuir pelo menos uma rede mosquiteira e cerca de 42% das crianças menores de 5 anos tinham dormido debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior ao inquérito.

Em termos de procura de cuidados médicos para o tratamento de episódios de febre em crianças menores de cinco anos de idade, a proporção de crianças com febre nas 2 semanas anteriores para as quais foi procurado tratamento em 24 horas foi de 36.3%; a proporção de crianças menores de cinco anos de idade com febre nas duas semanas anteriores, que receberam qualquer tratamento para a malária em 24 horas após o início da febre foi de 17.6%, destas apenas 4.5% receberam tratamento com anti-maláricos combinados com derivados de artemizina.

Em relação ao conhecimento sobre a malária, cerca de 70% das mulheres sabia que a febre é o principal sintoma da malária, mas somente 12.4% referiu que a anemia é um importante sintoma da malária. Sobre o modo de transmissão da doença, 35.3% dos entrevistados mencionou apenas a transmissão da malária através dos mosquitos. Contudo, cerca de 60% das mulheres sabia que as mulheres grávidas e crianças menores constituem um grupo de maior risco. Sobre as medidas de prevenção, somente 28.6% das mulheres inquiridas sabia que as redes mosquiteiras são um meio de prevenção da malária.

De acordo com o relatório Mundial sobre Malária e Infância 2009, em Moçambique 115 em cada 1,000 crianças morre antes de completar um ano, sendo a malária a principal causa de morte infantil. Segundo o Estudo Nacional sobre a Mortalidade Infantil 2009 (NCMS), a malária é a principal causa de morte em crianças menores de cinco anos, sendo responsável por 33,2% das mortes.

A malária é a principal causa de problemas de saúde. Esta doença é responsável por 40% de todas as consultas externas; cerca de 60% de doentes internados nas enfermarias de pediatria são admitidos como resultado da malária severa. A malária é também a principal causa de mortalidade nos hospitais em Moçambique, cerca de 30% dos óbitos registrados foram devido a malária. A estimativa de prevalência no grupo etário 2 a 9 anos de idade varia de 40 a 80%, atingindo 90% de crianças menores de 5 anos de idade infectadas por parasitas da malária em algumas áreas.

## 2.2 ASPECTOS SÓCIO-ECONÓMICOS

A malária é uma doença relacionada com um conjunto de factores de natureza política, económica, social e cultural. A pobreza, baixas condições de saneamento, habitação inadequada, limitado acesso a fontes de água potável, assim como o fraco acesso e utilização dos serviços de saúde contribuem para aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos à malária.

A prevenção e o tratamento da malária são fortemente influenciados por aspectos sócio-culturais ligados aos conhecimentos e percepções sobre a doença que por sua vez condicionam as atitudes e práticas, particularmente a procura e utilização dos serviços.

Um estudo realizado no distrito da Manhiça sobre os factores determinantes na procura de redes mosquiteiras por parte dos agregados familiares revelou que a educação formal e o conhecimento sobre o mercado geram uma maior disponibilidade

para a compra de redes mosquiteiras. Revelou também que o uso de métodos alternativos de prevenção da malária e o acesso a pulverização diminuem a procura de redes mosquiteiras.

A pesquisa sobre os factores sócio-culturais que contribuem para a vulnerabilidade à malária é bastante reduzida. A pesquisa existente tende a focalizar no acesso e utilização a métodos de prevenção da malária<sup>2</sup> - sobretudo em relação ao estatuto socio económico dos indivíduos - na análise do custo-eficácia dos diferentes métodos de prevenção<sup>3</sup> e em estudos de pequena escala sobre conhecimentos, atitudes e práticas<sup>4</sup>.

Ribera et al<sup>5</sup> referem que a maior parte da literatura das ciências sociais sobre malária centra-se nas crianças menores de cinco anos enquanto as mulheres, são geralmente percebidas no seu papel de mães e/ou provedoras de cuidados de crianças e não como mulheres sofrendo de malária. Os autores adiantam que a integração de aspectos das ciências sociais na literatura sobre a malária na gravidez é bastante reduzida.

Yannick Jaffré (2007)<sup>6</sup> identifica cinco áreas nas quais a antropologia social poderia dar uma contribuição positiva no estudo da malária, nomeadamente: i) na compreensão dos sistemas populares de interpretação da doença; ii) na descrição das práticas populares de tratamento; iii) na análise das implicações das medidas preventivas no comportamento social; iv) na melhoria do relacionamento provedores-pacientes e; v) na promoção de projectos iniciados por grupos da comunidade e provedores locais.

---

<sup>2</sup> Chase C, Sicuri E, Sacoor C, Nhalungo D, Nhacolo A, Alonso PL, Menéndez C (2009) Determinants of household demand for bed nets in a rural area of southern Mozambique. *Malar J* 2009, 8:132 descarregado a 18/05/2010.

<sup>3</sup> Guy Hutton, David Schellenberg, Fabrizio Tediosi, Eusebio Macete, Elizeus Kahigwa, Betuel Sigauque, Xavier Mas, Marta Traperro, Marcel Tanner, Antoni Trilla, Pedro Alonso & Clara Menendez (2009) Cost-effectiveness of malaria intermittent preventive treatment in infants (IPTi) in Mozambique and the United Republic of Tanzania, *Bull World Health Organ* 2009;87:123–129 descarregado de <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/2/08-051961.pdf>, a 18/05/2010. Conteh, L., Sharp, B.L., Streat, E., Barreto, A., Konar, S. 2003. The Cost and Cost-Effectiveness of Malaria Vector Control by Residual Insecticide House-Spraying in Southern Mozambique: a Rural and Urban Analysis. *Tropical Medicine and International Health*, 9(1), 125-132.

<sup>4</sup> Pool R, Munguambe K, Macete E, Aide P, Juma G, Alonso P, MenendezC, (2006) Community response to intermittent preventive treatment delivered to infants (IPTi) through the EPI system in Manhica, Mozambique. *Tropical Medicine & International Health* 2006, 11:1670-1678.

<sup>5</sup>Ribera JM, Hausmann-Muela S, D'Alessandro U, Grietens KP (2007) Malaria in Pregnancy: What Can the Social Sciences Contribute? *PLoS Med* 4(4): e92. doi:10.1371/journal.pmed.0040092 descarregado de <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0040092> a 26/05/2010.

<sup>6</sup> Jaffré, Yannick (2007): "Contributions of Social Anthropology to Malaria Control" descarregado de [classiques.uqac.ca/...anthropology\\_malaria/contributions\\_malaria.doc](http://classiques.uqac.ca/...anthropology_malaria/contributions_malaria.doc), a 26/05/2010.

### 3. A RESPOSTA INTERNACIONAL À MALÁRIA

A resposta nacional à malária tem sido fortemente influenciada pelo contexto regional de resposta e pelos movimentos globais.

A influência regional é particularmente visível a nível das políticas de gestão vectorial adoptadas por Moçambique. Um estudo qualitativo<sup>7</sup> sobre o quadro de políticas de gestão vectorial em Moçambique, África do Sul e Zimbábue revelou que as parcerias e a experiência regional determinaram a adopção da pulverização como a principal estratégia de prevenção da malária, desde a década de 1940.

A nível internacional, a criação do Programa Global de Erradicação da Malária, na década de 1950 e o estabelecimento da Parceria Fazer Recuar a Malária (Roll Back Malária) em 1998 influenciaram as abordagens de controle da malária adoptadas pelo governo de Moçambique. O Quadro Estratégico da Iniciativa Fazer Recuar a Malária - que serviu de base para a elaboração do Plano Estratégico de Controle da Malária - foi instrumental para a promoção de redes mosquiteiras como uma das estratégias de prevenção de transmissão da malária.<sup>8</sup>

Os sub-capítulos seguintes descrevem o actual contexto internacional de resposta à malária, apresentam as principais iniciativas globais de financiamento a resposta global à malária.

#### 3.1 O CONTEXTO INTERNACIONAL

No Dia Mundial da Malária, em 2008, o Secretário Geral das Nações Unidas enfatizou a necessidade de reforço das iniciativas de controle da malária com vista a assegurar a cobertura universal dos programas de prevenção e tratamento da malária, até ao final de 2010. A meta estabelecida pelos países-membros das NU na Assembleia Mundial da Saúde e a Parceria Fazer Recuar a Malária foi de reduzir o número de casos de malária e mortes registradas em 2000 em 50% ou mais até o final de 2010 e em 75% ou mais até 2015.

O Relatório Mundial sobre a Malária 2009<sup>9</sup> descreve os avanços que têm sido feitos a nível global como resultado do aumento do compromisso e financiamento para resposta à malária. O relatório enfatiza o papel do esforço conjunto de governos, fundações, agências bilaterais e multilaterais assim como de organizações não governamentais, no estabelecimento de parcerias entre os sectores público e privado para desenvolver novos instrumentos de luta contra a malária. Estas parcerias tornaram-se possíveis devido ao surgimento de novas fontes de financiamento para o combate a doença.

---

<sup>7</sup> Julie Cliff, Simon Lewin, Godfrey Woelk, Benedita Fernandes, Alda Mariano, Esperanca Sevens, Karen Daniels, Sheillah Matinhure, Andrew Oxman and John Lavis, (2009): Policy development in malaria vector management in Mozambique, South Africa and Zimbabwe, Health Policy and Planning 2010;1–12, descarregado de <http://heapol.oxfordjournals.org> a 13/05/2010.

<sup>8</sup> Idem.

<sup>9</sup> World Health Organization (2009) World Malaria Report 2009. Geneva.

Segundo a OMS, o financiamento internacional para o controle da malária aumentou de cerca de US\$ 0.3 bilhões em 2003 para US\$ 1.7 bilhões em 2009. Este aumento resultou principalmente da emergência do Fundo Global para o HIV, Tuberculose e Malária e do crescimento da contribuição da Iniciativa Presidencial para a Malária, do Banco Mundial e de outras agências. Contudo, o relatório refere também que apesar deste aumento global, os desembolsos de fundos para os países com malária endêmica ( US\$ 0.65 bilhões em 2007) ainda estão muito aquém dos 5 bilhões necessários anualmente para garantir uma elevada cobertura e máximo impacto, em todo mundo.

Paralelamente, a malária têm sido integrada nas principais metas de desenvolvimento internacional, tais como os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio e nas metas definidas na Cimeira Africana sobre a Iniciativa Fazer Recuar a Malária, realizada, em Abril de 2000, na cidade de Abuja, Nigéria. A década 2001-2010 foi definida como a Década das Nações Unidas para Fazer Recuar a Malária.

Esta secção identifica as principais iniciativas globais existentes de controle da malária, os objectivos e metas, e o tipo de actividades desenvolvidas.

### 3.1.1 Parceria Fazer Recuar a Malária (FRM)

Fazer Recuar a Malária (FRM) é uma parceria mundial fundada em 1998 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Banco Mundial com o objectivo de, até 2010, reduzir para metade o peso mundial da malária—avaliado como superior a 300 milhões de doentes graves e 1 milhão de mortes por ano.

A parceria FRM inclui mais de 500 parceiros nomeadamente, associações, agências das Nações Unidas e de desenvolvimento, bancos de fomento, sector privado e os meios de comunicação de massa. A FRM foi estabelecida para com o propósito de coordenar as iniciativas globais sobre malária, aumentar a visibilidade e integração da malária nas agendas políticas e de desenvolvimento e unir os actores através de uma estratégia comum para erradicar a malária no mundo.

A visão, metas e estratégias da FRM são descritas no Plano Global de Acção sobre a Malária (Global Malaria Action Plan), lançado em Setembro de 2008. Este documento fornece um quadro de acção para a planificação, implementação, coordenação e monitoria da resposta global a malária. O plano de acção propõe uma intervenção faseada para a) controlar a malária a curto e médio prazo enquanto são criadas as condições necessárias e b) eliminar a malária a longo prazo.

Os principais instrumentos para a prevenção e tratamento definidos no Plano Global de Acção sobre a Malária são:

- *Redes Mosquiteiras Tratadas com Insecticida de Longa Duração*: garantir que as pessoas durmam sob uma rede mosquiteira para prevenir picadas de mosquitos infectados.
- *Pulverização Intra-Domiciliária*: pulverização com insecticidas químicos de longa duração para matar os mosquitos que causam a malária.
- *Tratamento Preventivo Intermitente durante a Gravidez*: para garantir que as mulheres grávidas recebem tratamento preventivo intermitente regular durante a gravidez.
- *Outros métodos de controlo de vectores* especificamente o controlo larval e a gestão ambiental.
- *Diagnóstico*: diagnóstico parasitológico atempado ou testes de diagnóstico rápido.
- *Tratamento*: provisão atempada de medicamentos anti-malária nas primeiras 24 horas após o aparecimento dos primeiros sintomas.

### 3.1.2 Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) surgem da Declaração do Milénio das Nações Unidas, adoptada pelos 191 estados membros no dia 08 de Setembro de 2000. Através desta declaração os estados membros assumiram um conjunto de compromissos concretos que, se cumpridos nos prazos estabelecidos, tem o potencial de melhorar o destino da humanidade ainda neste século.

Os ODM são 8 metas de desenvolvimento internacional e cobrem as seguintes áreas: pobreza e fome; educação; igualdade de género e autonomia das mulheres; saúde materna e infantil; HIV, malária, tuberculose; ambiente; comércio e sistemas financeiros.

O ODM 5 (*combater o HIV/SIDA, a malária e outras doenças*) inclui a redução da malária como uma das metas para 2015 (*parar e reverter a tendência actual da incidência da malária e outras doenças graves*). Os indicadores de progresso em relação a esta meta são: i) incidência e taxas de mortalidade associadas com a malária; ii) proporção de crianças com menos de 5 anos a dormir sob mosquiteiros contra insectos; iii) proporção de crianças com menos de 5 anos com febre que são tratadas com medicamentos anti-malária adequados.

Para além disso, a redução da malária está estreitamente relacionada com os objectivos 4 (*reduzir a mortalidade de crianças*) e 5 (*melhorar a saúde materna*). Esta interligação é mais visível ao nível das metas – reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade das crianças com menos de 5 anos e reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna – e dos indicadores de progresso concretamente: i) taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos (ODM4, indicador 4.1); ii) taxa

de mortalidade infantil (ODM4, indicador 4.2); iii) taxa de mortalidade materna (ODM5, indicador 5.1)

### 3.1.3 O Fundo Global contra o HIV, Tuberculose e Malária

O Fundo Global contra o HIV, Tuberculose e Malária (FG) é uma parceria público/privada, criada em 2002, para o financiamento da prevenção e tratamento do HIV e SIDA, Tuberculose e Malária. O FG opera como um mecanismo de financiamento, através da mobilização, gestão e desembolsos de fundos para programas de saúde definidos pelos países com base nas suas estratégias e prioridades para a área da saúde. O financiamento é baseado nas propostas submetidas ao FG, pelos países candidatos e na performance dos últimos em relação as metas pré-estabelecidas. Os princípios que guiam o FG são definidos no Quadro Orientador do Fundo Global (*Global Fund's Framework Document*).

Desde 2002, o FG aprovou cerca de US\$ 19.3 bilhões para o financiamento de mais de 572 programas de HIV, tuberculose e malária em 144 países. A maior parte dos fundos têm sido para a prevenção e tratamento do HIV. Actualmente, o fundo contribui com cerca de um quarto dos fundos globais para o HIV, com dois terços dos fundos para a tuberculose e com três quartos dos fundos para a malária. Até 2006, o FG tinha aprovados financiamentos no valor de US\$ 2.6 bilhões para 177 programas em 85 países, tendo desembolsado US\$ 833 milhões. Estima-se que até final de 2009, o FG contribuiu para distribuição de 104 milhões de redes mosquiteiras e para a provisão de 108 milhões de medicamentos para o tratamento da malária.<sup>10</sup>

Moçambique é recipiente de cinco subvenções do FG (duas para o HIV e Malária, duas para Tuberculose e uma para o fortalecimento dos sistemas de saúde).<sup>11</sup> No âmbito da Ronda 2, Moçambique recebeu uma subvenção do US\$28 milhões de dólares. A implementação das actividades começou em Janeiro de 2005 e terminou em dezembro de 2009. No âmbito da Ronda 6, Moçambique recebeu uma subvenção de US\$36 milhões de dólares, cujo desembolso iniciou em Janeiro 2008 e termina em Junho de 2010. Adicionalmente, o FG apoiou – na Ronda 2 e Ronda 6 - com cerca de US\$21 milhões de dólares, uma iniciativa regional de controlo da malária - a Iniciativa de Desenvolvimento Espacial do Lubombo. O FG também aprovou a proposta da Ronda 8 sobre fortalecimento de sistemas de saúde.<sup>12</sup>

### 3.1.4 Programa de Incentivo e Controlo da Malária em África do Banco Mundial

O Programa de Incentivo e Controlo da Malária em África do Banco Mundial (*The World Bank Booster Program for Malaria Control in Africa*) foi lançado em 2005 e reflecte a estratégia do Banco Mundial (BM) para o controlo da malária no quadro da Parceria Fazer Recuar a Malária.

<sup>10</sup> <http://www.theglobalfund.org/en/fighting/?lang=en>

<sup>11</sup> Proposta de Moçambique ao Fundo Global de Luta contra o HIV, Tuberculose e Malária, Ronda 9.

<sup>12</sup> Esta iniciativa integra três países, Moçambique, Swazilândia e África do Sul.

O programa apoia os países no desenho e implementação de medidas concretas para prevenir e controlar a malária e no reforço dos sistemas de saúde – através do fortalecimento da capacidade na área de *procurement*, monitoria e avaliação e planificação para a saúde - de forma a alcançar as metas definidas nos planos nacionais de controlo da malária. O programa foi estabelecido com um horizonte temporal de dez anos, que cobre o período 2005-2015.

A primeira fase do programa operou de 2005-2008 tendo como meta o empréstimo de US\$500 milhões para apoiar a expansão de iniciativas de controlo da malária bem sucedidas em 19 países africanos - Angola, Benin, Burkina Faso, República Democrática do Congo, Eritrea, Etiopia, Ghana, Kenya, Liberia, Malawi, Mali, Moçambique, Niger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Sudão, Tanzania, Uganda e Zambia. Os recursos disponibilizados visavam também apoiar a compra e distribuição de pelo menos 12 milhões de redes mosquiteiras tratadas com insecticida de longa duração e de 42 milhões de doses da terapia combinada de artemisina.

A segunda fase do programa (2008-2011) foi lançada em 2008 e conta com um orçamento de US\$1.1 bilhão. Nesta segunda fase, o Banco Mundial apoiará os países na identificação e preenchimento das lacunas de financiamento, implementação dos planos nacionais de controlo da malária e iniciativas regionais – através da alocação de US\$500 milhões para programas trans-fronteiriços. A visão, objectivos e prioridades do Banco Mundial são descritos na Estratégia Global do Banco Mundial e Programa de Incentivo (*World Bank's Global Strategy and Booster Program*).

Em 2009, o BM aprovou um crédito de US\$35 milhões de dólares para o sector da saúde, em Moçambique. Deste valor, aproximadamente US\$12 milhões são destinados ao controlo da malária que serão utilizados sobretudo no fortalecimento dos sistemas de saúde a nível nacional e provincial, com ênfase em três províncias do norte de Moçambique.

### 3.1.4 A Iniciativa Presidencial Contra a Malária

A Iniciativa Presidencial Contra a Malária (*The US President's Malaria Initiative*) é uma iniciativa de governo americano liderada pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional e implementada conjuntamente com o Centro para o Controlo e Prevenção de Doenças (*Centre for Disease Control and Prevention*). Esta iniciativa resulta do compromisso assumido, em 2005, pelo Presidente dos Estados Unidos da América, de investir fundos adicionais no valor de US\$ 1.2 milhões para a redução em 50% da mortalidade devido a malária através da promoção de iniciativas que visam alcançar 85% de cobertura das medidas de prevenção e tratamento para crianças com menos de 5 anos e mulheres grávidas.

A iniciativa está estruturada em torno de 4 princípios operacionais: i) adopção de um conjunto integrado de medidas de prevenção e tratamento de eficácia comprovada; ii) fortalecimento dos sistemas de saúde e de serviços integrados materno-infantis; iii)

fortalecimento da capacidade institucional dos programas nacionais de controlo da malária; e iv) coordenação estreita com parceiros internacionais e locais.

O plano de assistência inclui a promoção de um conjunto de medidas para o controlo da malária, nomeadamente:: distribuição de redes mosquiteiras tratadas com insecticida, pulverização intra-domiciliária com insecticida de acção residual, tratamento intermitente presuntivo em mulheres grávidas e terapia combinada de derivados de artemisina.

Desde 2006, Moçambique faz parte dos 15 países beneficiários desta iniciativa. A visão estratégica e o plano de implementação para Moçambique são descritos nos planos anuais produzidos no país. As principais áreas de intervenção em Moçambique e as estratégias para o ano 2010 são apresentadas em detalhe no Plano Operacional contra a Malária (*Malaria Operational Plan*).

O custo da implementação do plano é US\$ 38 milhões; 35% deste valor será direccionado a expansão do número de pessoas que possuem e utilizam redes mosquiteiras tratadas com insecticida e actividades de controlo vectorial, 31% para o procurement de anti-maláricos e melhoria da gestão de casos de malária, 1% para a malária na gravidez, 3% para comunicação para a mudança de comportamento, 3% para a monitoria e avaliação, e 5% para o pessoal e custos administrativos; no total cerca de 57% serão gastos em bens consumíveis (*commodities*).

## 4. A RESPOSTA NACIONAL À MALÁRIA

Segundo Mabunda (Mabunda:2006) o controle da malária em Moçambique iniciou na década de 1900, especificamente em 1907 com introdução de medidas de gestão ambiental. Contudo, apenas na década de 1940 que é implementada a primeira iniciativa anti-malária de larga escala, tendo consistido fundamentalmente na aplicação de pesticidas as zonas de procriação de mosquitos.

Mabunda refere que o início da implementação das actividades anti-malária foi determinado pelo apelo internacional para a aplicação das medidas de prevenção recomendadas, assentes no controle vectorial através do uso de insecticidas existentes na altura, tais como Diclorodifeniltricloroetano (DDT), Dexachlorocyclohexane (HCH) e dieldrin.

O presente capítulo apresenta os principais marcos da resposta nacional à malária – desde a criação do Programa Nacional de Controle da Malária (PNCS), as políticas e estratégias nacionais de controle da malária, as principais abordagens de controle da malária. Para além disso, identifica os principais intervenientes e áreas de trabalho.

### 4.1 PRINCIPAIS MARCOS DA RESPOSTA NACIONAL À MALÁRIA

A criação do PCNM, em 1982, representa o principal marco da resposta à malária, após a independência de Moçambique.

Tabela 1: Marcos da resposta nacional à malária

<b>Data</b>	<b>Evento</b>
1982	Criação do Programa Nacional de Controle da Malária (PCNM)
1996	Estabelecimento do Centro de Investigação em Saúde da Manhica
1999	Adesão de Moçambique à Iniciativa Fazer Recuar a Malária
2002	Revisão da Política da Terapia Anti-Malária
2002	Início da Distribuição de Redes Mosquiteiras Convencionais
2004	Alteração da 1ª linha de tratamento da malária para Artesunato (AS) + Sulfadoxina-Pirimetamina (SP)
2004	Aprovação da Estratégia de Tratamento Intermitente Presuntivo na Mulher Grávida
2005	Introdução dos Testes de Diagnóstico Rápido (TDR)
2005	Criada a Comissão Nacional de Luta Contra a Malária (CNLM)
2006	Finalização da produção dos instrumentos de apoio e introdução do Tratamento Intermitente Presuntivo
2007	Aprovação da Terapia Combinada de Derivados de Artemisinina/Transição para o Tratamento com Artemeter+Lumefantrina (AL)
2008	Início da Distribuição Gratuita de Redes Mosquiteiras de Longa Duração para Mulheres Grávidas e Menores de Cinco Anos

O PCNM coordena e apoia a implementação de intervenções de controle da malária em Moçambique, de modo a prevenir e reduzir a morbi-mortalidade por malária. Foi criado como uma secção subordinada ao Gabinete de Epidemiologia e ao

Departamento de Epidemiologia e Endemias e é uma componente da Repartição das Doenças Transmissíveis. Actualmente, o PNCM faz parte da Direcção Nacional de Saúde Pública.

O programa foi criado num momento em que, a nível internacional, se fazia a mudança de abordagem de resposta à malária, marcada pela substituição de campanhas de erradicação por medidas de prevenção e controlo da malária. Na altura, a estratégia adoptada por Moçambique assentava em três pilares:

- Provisão de diagnóstico rápido e tratamento atempado e efectivo, através das unidades sanitárias;
- Implementação de medidas preventivas seleccionadas para a redução do contacto homem-vector, tendo como método privilegiado a pulverização com insecticidas.
- Educação sobre saúde comunitária e mobilização social para melhorar o nível de consciencialização sobre a malária nas comunidades.

Clift et al (2010) referem que a escolha da pulverização como método privilegiado sofreu uma forte influência regional, sobretudo derivada de experiência bem sucedidas implementadas na África do Sul. Os autores adiantam que a escolha foi também determinada pela experiência de utilização e no conhecimento adquirido sobre o método por Moçambique.

Como se poderá constatar nos parágrafos seguintes, o PNCM desenvolveu diversos instrumentos desde o seu estabelecimento, incluindo estratégias nacionais de controlo da malária (cobrindo um horizonte temporal de três a quatro anos). Estes documentos vão reflectindo as mudanças e influências que o controlo da malária em Moçambique foi sofrendo assim como as novas dinâmicas de trabalho do MISAU e seus parceiros.

Em 2005, foi criada a Comissão Nacional de Luta Contra a Malária (CNLM), como um órgão deliberativo liderado pelo Ministro de Saúde. É uma comissão multi-disciplinar, composta por oficiais seniores da direcção do ministério concretamente: Clínicos Seniores, o Director do Programa Nacional de Controlo da Malária, os Directores dos Departamentos Farmacêutico, Administração e Gestão e Saúde da Comunidade, o Chefe da Repartição de Educação para a Saúde (RESP), o Director Científico do Instituto Nacional de Saúde e Representantes da área de Farmacologia da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane. Os termos de referência da CNLM incluem a direcção de políticas e estratégias relevantes para o Controlo da Malária em Moçambique.

Actualmente, para além da CNLM, existe o Grupo Técnico da Malária (GTM). O GTM é constituído por parceiros financiadores e implementadores que trabalham directamente com o PNCM na luta contra a malária. Este grupo apoia na concepção de políticas e estratégias, assim como na operacionalização e implementação das estratégias e planos do PNCM. São membros deste grupo a OMS, UNICEF, USAID, PMI,

Malária Consortium, BASSOPA Malária, Population Services International (PSI), RTI, Centro de Investigação em Saúde da Manhiça, IDEL, e Instituto Nacional de Saúde.

## 4.2 POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS NACIONAIS

O governo de Moçambique desenvolveu um conjunto de instrumentos para fazer face a malária. Estes incluem planos estratégicos, normas e directrizes, e manuais de formação que orientam o PNPM, as unidades sanitárias e pessoal de saúde, os parceiros de cooperação bilateral e multilateral e as organizações da sociedade civil. O Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Malária 2010-2014 é o principal instrumento orientador. Este é o terceiro plano estratégico de controlo da malária produzido pelo PNPM.

### 4.2.1 Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Malária 2010-2014<sup>13</sup>

O Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Malária em Moçambique 2010-2010 (PNPCM) define o quadro de resposta a malária, os objectivos e resultados - estratégicos e específicos - as estratégias, os indicadores para monitoria em relação a cada uma das estratégias identificadas, as respectivas linhas de base, e metas de impacto e de cobertura dos serviços. O documento inclui também uma análise da situação; a análise das potencialidades, fraquezas, desafios e oportunidades; as componentes chave, as abordagens operacionais, e os custos.

O PNPCM faz referência a necessidade de garantir o acesso universal aos serviços de prevenção e controlo da malária, isto é, que os grupos de alto risco – definidos em termos da sua vulnerabilidade biológica/sistema imunitário - nomeadamente mulheres grávidas e crianças menores de cinco anos, tenham acesso a meios de protecção, diagnóstico e de tratamento sustentáveis, de qualidade e a baixo custo.

Em termos de impacto o PNPCM visa o alcance das metas definidas nos Objectivos de Milénio, concretamente:

1. *A redução da taxa de mortalidade associada a malária tomando como medida a taxa de mortalidade em crianças menores de cinco anos, dos actuais 178 por 1.000 registados em 2003, para 135 por 1.000 em 2010 e 108 por 1.000 em 2015.*
2. *A redução da taxa de prevalência da parasitemia malárica em crianças menores de cinco anos dos 51.5% registados em 2007, para 30% em 2010 e 20% em 2015.*
3. *A redução da taxa de incidência de malária grave, em crianças menores de cinco anos, dos 55 por 10.000 registados em 2001, para 41 por 10.000 em 2010 e 22,5 por 10.000 em 2015.*

---

<sup>13</sup> Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controlo da Malária (2009) "Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Malária 2010-2014". Rascunho Abril de 2009.

Em termos de cobertura dos serviços o PNPCM visa:

1. *Que pelo menos 85% da população residente em áreas previstas de serem pulverizadas beneficie de Pulverização Intradomiciliária (PIDOM);*
2. *Que 100% dos agregados familiares em risco de contrair a malária, tenham pelo menos duas redes mosquiteiras tratadas com insecticida de longa duração (REMILD), até 2014;*
3. *Que pelo menos 80% de todas as mulheres grávidas tenham acesso, até 2014, a pelo menos dois tratamentos intermitentes presuntivos no decurso da gravidez;*
4. *Que, até 2015, pelo menos 80% dos casos de síndrome febril, tenha acesso rápido ao diagnóstico e tratamento correctos nas primeiras 24 horas após o início dos sintomas;*
5. *Que a qualidade do diagnóstico (clínico e laboratorial) da malária seja melhorada de 40 a 60% observados em 2007 para 80% em 2014.*

As acções prioritárias para cada uma das estratégias do PNPCM são descritas na secção seguinte.

#### 4.3 PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS DE CONTROLO E ACÇÕES PRIORITÁRIAS<sup>14</sup>

A presente secção descreve as principais estratégias e acções prioritárias de controlo da malária adoptadas pelo governo de Moçambique, através do PNPCM.

Tabela 2: Principais estratégias de controlo da malária

<b>Estratégias para o Controlo da Malária em Moçambique</b>
➤ Gestão vectorial integrada
➤ Diagnóstico precoce, tratamento correcto e manejo de casos na comunidade
➤ Prevenção da malária na gravidez
➤ Promoção de saúde e envolvimento comunitário
➤ Prontidão e resposta às emergências
➤ Gestão do programa, monitoria e avaliação, e fortalecimento de sistemas

Fonte: Documento Estratégico para o Controlo da Malária em Moçambique 2010-2011.

<sup>14</sup> A informação aqui apresentada foi extraída do Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Malária 2010-2014.

### 4.3.1 Gestão Vectorial Integrada

A gestão vectorial integrada assenta na adopção de um conjunto de medidas para evitar o contacto vector – humanos. Os principais métodos adoptados pelo governo de Moçambique na gestão vectorial são: i) redes mosquiteiras tratadas com insecticidas de longa duração, ii) pulverização intradomiciliária com insecticidas químicos, iii) controlo larval do mosquito vector e redução de potenciais criadouros.

As acções prioritárias identificadas no PNPCM são:

1. Rever, reorganizar e reforçar a capacidade humana e logística;
2. Consolidar a cobertura e garantir a qualidade da PIDOM nas zonas alvo do país;
3. Angariar apoios de modo a garantir a sustentabilidade da PIDOM;
4. Consciencializar as comunidades e promover a colaboração com as autoridades da saúde nas zonas cobertas pela PIDOM;
5. Mobilizar a comunidade e líderes locais para a denúncia do desvio de insecticidas usados na PIDOM pelo MISAU;
6. Continuar com os cursos anuais de formação/actualização sobre a PIDOM;
7. Mobilizar recursos suficientes para garantir uma distribuição massiva e gratuita de REMILD visando o acesso universal e limitar a possibilidade de desvio de REMILD;
8. Aumentar a cobertura das REMILD através de campanhas massivas (visando crianças menores de cinco anos) e através da consulta pré-natal.
9. Reforçar a parceria com ONGs e o sector privado para garantir a massificação da distribuição e utilização das REMILD no país;
10. Avaliar o impacto da PIDOM e das REMILD na morbilidade e mortalidade por malária através dos postos sentinela.
11. Promover a multi-sectorialidade no controlo vectorial;

### 4.3.2 Diagnóstico precoce, tratamento correcto e manejo de casos na comunidade

O diagnóstico rápido e o tratamento adequado contribuem para a redução da morbilidade e mortalidade relacionadas com a malária. A parceria FRM ressalta a necessidade de garantir que as pessoas (público em geral e trabalhadores de saúde) reconheçam os sintomas malária e a importância de garantir a confirmação da suspeita clínica da malária (baseada nos sintomas) através de testes laboratoriais. A confirmação

laboratorial e o tratamento com medicamentos adequados são cruciais para evitar o desenvolvimento de resistência e o despendio de anti-malários em pacientes que não tem malária. As acções prioritárias identificadas no PNPCM são:

1. Melhorar a coordenação entre o PNPCM, CMAM, DNAM e os parceiros na planificação e orçamentação dos antimaláricos, TDR e outros meios auxiliares de diagnóstico;
2. Incluir nos planos operacionais provinciais a rápida operacionalização das orientações sobre manejo de casos, incluindo o diagnóstico;
3. Trabalhar em conjunto com o DNAM/CMAM para melhorar a gestão racional de estoques de antimaláricos, TDR e outros meios auxiliares de diagnóstico;
4. Actualizar e implementar os critérios para o uso de TDR nas unidades sanitárias (US) e na comunidade;
5. Treinar os APE e o pessoal de saúde relevante de cada US no manejo de casos da malária não complicada e grave;
6. Monitorar e supervisionar regularmente o manejo de casos de malária nas US, incluindo o nível comunitário, assim como a eficácia terapêutica dos medicamentos anti-maláricos;
7. Propor a actualização da regulamentação relativa ao uso de antimaláricos no Sistema Nacional de Saúde, no sector privado e na comunidade.

### **Normas de Manejo de Casos de Malária em Moçambique**

As Normas de Manejo de Casos de Malária são um instrumento prescritivo desenvolvido para apoiar o pessoal clínico das unidades sanitárias, envolvido no diagnóstico e tratamento da malária de forma a promover o manejo adequado de casos. O manejo adequado de casos consiste no diagnóstico e tratamento precoce e correcto da malária e tem como objectivo principal tratar os sintomas e sinais da malária, eliminando precocemente a parasitemia e visa especificamente:

1. Encurtar a duração da doença e diminuir a transmissão da malária;
2. Prevenir o agravamento da doença, a morte ou sequelas da malária grave;
3. Minimizar o risco de selecção e disseminação de parasitas resistentes.

A Política de tratamento da malária, preconiza a adopção da terapia combinada de derivados de artesiminina, isto é, a utilização simultânea de dois medicamentos. Em Moçambique, existem três linhas de tratamento da malária: i) 1ª Linha de tratamento: combinação de Sulfadoxina-pirimetamina (SP) + Artesunato; ii) 2ª Linha de tratamento: dose fixa da combinação de Arteméter + Lumefantrina (AL); iii) 3ª Linha de tratamento: quinino

Fonte: MISAU (2005): "Normas de Manejo de Casos de Malária em Moçambique".

### 4.3.3 Prevenção da malária na gravidez

O sistema imunitário das mulheres grávidas é bastante susceptível à malária. A malária está entre as principais causas de mortalidade perinatal. Os efeitos da malária na gravidez afectam tanto as gestantes como os fetos causando atraso de crescimento intrauterino, morte fetal, aborto, baixo peso à nascença, malária congénita, anemia, malária cerebral e morte materna.

O PNCM destaca a vulnerabilidade das mulheres vivendo com o HIV à malária suscitada pela diminuição acrescida da imunidade. O tratamento intermitente presuntivo e dormir por baixo de uma rede mosquiteira tratada com insectividade são medidas eficazes na redução dos efeitos da malária na gravidez.

Em Moçambique, a estratégia de TIP consiste na administração de três comprimidos de sulfadoxina-pirimetamina (SP) em três ocasiões separadas por um intervalo mínimo de quatro semanas. Para além disso, desde 2007, o MISAU distribui REMILD às mulheres grávidas, na consulta pré-natal. As acções prioritárias identificadas no PNPCM são:

1. Melhorar a coordenação entre o PNCM, CMAM e o Departamento de Saúde da Mãe e da Criança na planificação e orçamentação das quantidades de SP;
2. Melhorar a coordenação entre o PNCM, CMAM e parceiros na planificação e distribuição das REMILD;
3. Incluir nos planos operacionais provinciais a rápida operacionalização das orientações sobre manejo de casos, incluindo diagnóstico;
4. Monitorizar e supervisionar regularmente o manejo de casos de malária nas US;
5. Treinar enfermeiras de saúde materna e infantil (SMI) sobre o pacote da malária na gravidez;
6. Estimular e promover na mulher grávida a procura de cuidados de saúde nos primeiros meses da gravidez e de uma forma regular.

### 4.3.4 Promoção de saúde e envolvimento comunitário

A estratégia de promoção de saúde e envolvimento comunitária centra-se na **disseminação de informação - através da utilização de métodos inovativos e rádios comunitárias** - como forma de aumentar o conhecimento sobre as formas de transmissão, prevenção e tratamento da malária e de incentivar a adopção de novos comportamentos (mais saudáveis).

A implementação desta abordagem depende da existência de uma estratégia de envolvimento comunitário para o sector da saúde e de uma estratégia de comunicação do PNCM. As acções prioritárias identificadas no PNPCM são:

1. Estabelecer um mecanismo de coordenação de todas as actividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC) no país;
2. Implementar a estratégia de envolvimento comunitário através da capacitação da comunidade nas áreas de saúde, saneamento do meio, etc;
3. Identificar e trabalhar com os parceiros que podem facilitar o trabalho com as comunidades (por exemplo: escolas, grupos religiosos, organizações baseadas na comunidade);
4. Subcontratar serviços específicos de promoção social a organizações com a devida competência nesta área;
5. Avaliar a eficácia das estratégias e materiais de IEC;
6. Implementar iniciativas de educação inovadoras e participativas que despertem a consciência individual, doméstica e comunitária sobre a malária e promovam mudanças positivas de atitudes, no que diz respeito a protecção pessoal e a procura do tratamento;
7. Reforçar as actividades baseadas na comunidade e explorar pontos de entrada que podem ser utilizados pelas comunidades para levar a cabo acções de prevenção de tratamento da malária.

É necessário mencionar que apesar de a promoção da saúde e envolvimento comunitário aparecer como uma das seis estratégias do PNCM, está é uma área transversal e necessária para a implementação das demais estratégias identificadas. Para além das acções prioritárias descritas no PNPCM em relação a esta estratégia, todas as estratégias acima identificadas incluem uma acção prioritária ligada a comunicação para a mudança de comportamento e promoção da saúde.

#### 4.3.5 Prontidão e resposta às emergências

Os desastres naturais (cheias, secas e ciclones, entre outros) são uma realidade que todos os anos ameaça milhares de pessoas em Moçambique. Devido à extrema vulnerabilidade da população moçambicana, frequentemente, os eventos extremos assumem proporções alarmantes causando inúmeros danos humanos, materiais e ambientais.

A vulnerabilidade resulta da combinação de condições sociais, económicas, culturais e políticas que tornam a população susceptível a choques. Factores como a pobreza e a fome aumentam o risco de desastres, exacerbando os efeitos dos eventos climáticos extremos. Durante os desastres é comum a eclosão de surtos de malária, cólera e outras doenças. A existência de mecanismos de prevenção, mitigação e resposta aos desastres pode proteger as populações afectadas da transmissão da malária. As acções prioritárias identificadas no PNPCM são:

1. Intensificar a coordenação entre o MISAU, Centro Nacional Operativo de Emergência (CENOE) e o sistema das Nações Unidas em Moçambique na previsão e gestão de emergências;
2. Melhorar o sistema de notificação de casos de malária de forma a prever ou detectar atempadamente os surtos de malária;
3. Implementar um conjunto de intervenções chave de emergência concebidas para minimizar qualquer eventual aumento de casos de malária, incluindo:
  - Apoio operacional e logístico para responder as necessidades da malária nas áreas afectadas pela emergência;
  - Planos de contingência, incluindo o posicionamento prévio de insecticidas, REMILD, medicamentos e outros artigos básicos;
  - Prontidão para implementação de actividades de controlo vectorial;
  - Componente educacional, nos primeiros seis meses após a detecção do surto de malária.
4. Continuar a angariar apoios financeiros para fazer frente a surtos epidémicos de malária;
5. Efectuar mais cursos de actualização em matéria de resposta a situações de emergências para o pessoal de saúde.

#### 4.3.6 Gestão do programa, monitoria e avaliação e fortalecimento de sistemas

O PNCM tem a responsabilidade de orientar, coordenar e monitorar a resposta nacional à malária e só poderá desempenhar este papel de forma eficaz se as condições adequadas forem criadas. Com base nas capacidades e deficiências existentes em termos de gestão do programa, operacionalização das estratégias e normas existentes, monitoria e avaliação das iniciativas desenvolvidas o PNPCM identifica um conjunto de acções prioritárias. Estas acções contém quatro elementos - gestão do programa, fortalecimento do sistema, monitoria e avaliação e pesquisa operacional - e são:

- Gestão do programa:
  1. Reforçar a capacidade humana, as infra-estruturas e equipamentos de controlo da malária, a todos os níveis;

2. Actualizar os programas de formação do pessoal de saúde sobre prevenção e controlo da malária e realizar acções de formação regulares para o pessoal da saúde e Agentes Polivalentes Elementares (APE);
  3. Treinar APE segundo o plano de Recursos Humanos em Saúde e apoiar continuamente a formação pré-serviço;
  4. Procurar formas inovadoras de incentivo ao pessoal de saúde;
  5. Mobilizar a vários níveis relevantes para o cumprimento integral da declaração de Abuja.
- Fortalecimento do sistema:
1. Potenciar a integração dos programas de saúde de forma a transformar os conflitos de prioridades em potencialidades;
  2. Reforçar as parcerias existentes, incluindo a colaboração regional e estabelecer novas parcerias (incluindo o sector privado);
  3. Continuar a realizar a Reunião Anual da Malária;
  4. Melhorar o Sistema de Informação de Saúde e a planificação baseada em evidências em coordenação com a DPC;
  5. Definir um guião de relatório dos parceiros implementadores e estabelecer a periodicidade de submissão desses relatórios ao PNCM.
- Monitoria e avaliação:
1. Harmonizar os indicadores em linha com os padrões recomendados pelo grupo de M&A de FRM e em consenso com os principais intervenientes;
  2. Partilhar com a Unidade de M&A do MISAU na DPC, com o Departamento de Informação em Saúde e com os parceiros um documento contendo as suas necessidades em informação e a necessidade de fortalecer o sistema de informação comunitário;
  3. Elaborar e implementar um plano viável de capacitação do pessoal em M&A e SIS para todos os níveis de atenção e gestão;
  4. Reforçar o PNCM aos níveis central e provincial em recursos humanos para implementação da M&A nas várias componentes do PNCM, incluindo para controlo de qualidade de dados;
  5. Mobilizar mais fundos para a implementação dos processos de M&A e SIS.

➤ Na pesquisa operacional:

1. Identificar as prioridades de pesquisa e elaboração de uma agenda de pesquisa operacional racional que forneça informação para planificação e gestão do programa (em colaboração com o INS);
2. Realizar inquéritos nacionalmente representativos (incluindo atitudes de procura de tratamento, qualidade de manejo de casos) e cobertura das medidas de prevenção (em colaboração com o INS);
3. Manter a monitorização da eficácia dos medicamentos e dos insecticidas (em colaboração com o INS);
4. Realizar bio-ensaios anuais e monitorização bi-anual da susceptibilidade dos vectores aos insecticidas usados na PIDOM e nas REMILD;
5. Realizar estudos para determinar as espécies vectoriais e seu comportamento;
6. Manter a vigilância mensal da densidade anofelina nas áreas cobertas pela PIDOM em colaboração com o INS e outras organizações.

#### 4.4 PRINCIPAIS INTERVENIENTES

O PCNM trabalha em colaboração com diferentes parceiros financiadores e implementadores. Os principais parceiros financiadores são agências bilaterais e multilaterais. A maior parte dos parceiros implementadores são organizações não governamentais internacionais e grupos da sociedade civil. Alguns parceiros como o UNICEF são simultaneamente financiadores e implementadores.

##### 4.4.1 Parceiros bilaterais

➤ PMI - USAID

O governo dos Estados Unidos da América (EUA) é um importante parceiro de cooperação do governo de Moçambique na área da saúde. Em 2007, a PMI financiou a realização do primeiro inquérito nacional dos indicadores da malária.

As áreas prioritárias de intervenção e as estratégias referentes a malária estão articuladas na *Estratégia de Assistência do Governo dos Estados Unidos a Moçambique 2010-2014* e no *Plano Operacional contra a Malária*, no quadro da Iniciativa do Presidente contra a Malária.

Em 2010 a assistência centrar-se-á na distribuição de redes mosquiteiras tratadas com insectida, pulverização intradomiciliária, promoção da provisão de serviços integrados,

reforço da capacidade laboratorial, procurement de anti-maláricos, melhoria da qualidade de recolha de dados e monitoria, e fortalecimento de sistemas.

O Plano Operacional contra a Malária prevê o *procurement* e distribuição gratuita de aproximadamente 2 milhões de REMILD, a mulheres grávidas (através da consulta pré-natal) e agregados familiares (através de campanhas nacionais para cobertura univeral) em determinadas áreas. Cerca de 500,000 agregados familiares e 2 milhões de habitantes da província da Zambézia beneficiarão da pulverização intradomiciliária. Paralelamente, será prestado apoio para a monitoria etmológica e testagem da resistência dos mosquitos aos insecticidas.

A PMI tem vindo a fornecer assistência (elaboração de um pacote de formação integrado e formação de enfermeiros de saúde materna e infantil) para a harmonização da provisão de serviços de prevenção e controlo da malária na consulta pré-natal e na prevenção da transmissão vertical do HIV (PTV). Na área do tratamento, a PMI financiará a compra de 6 milhões de doses únicas de Arteméter + Lumefantrina que serão fornecidas gratuitamente nas unidades sanitárias públicas e clínicas de ONG.

Outra componente importante do apoio é o reforço da capacidade laboratorial através da formação e actualização dos técnicos de laboratório (incluindo sobre os testes TDR), da assistência técnica na elaboração da política nacional laboratorial e actualização dos instrumentos de formação, supervisão e garantia de qualidade. Cerca de 3 milhões de TDR, microscópios e kits de microscopia serão fornecidos. Para além disso, a PMI fornecerá equipamento para a renovação e apetrechamento do laboratório de referência nacional.

➤ DFID – O Departamento do Reino Unido para o Desenvolvimento

O DFID financia projectos de ONGs que promovam parcerias entre o sector público e privado, para a provisão de serviços de *procurement* e *marketing* social na área da malária. Em 2003, o DFID aprovou um projecto (2003-2010) da Malaria Consortium cujo objectivo é desenvolver um mercado sustentável para a provisão de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas e re-tratamento, através da capacitação e apoio financeiro (sob a forma de subsídios) para estimular a cultura e o mercado de redes mosquiteiras em Moçambique, para todos os grupos sociais.

Especificamente, em relação ao sector privado o projecto visa:

- Promover a competição no sector comercial para manter baixos os preços das redes;
- Apoiar a rede de distribuição para facilitar que as redes cheguem as zonas e postos de venda rurais;
- Aumentar a proporção de agregados familiares que adquirem redes mosquiteiras tratadas com insecticidas através do sector privado;

- Identificar o potencial do sector comercial na promoção da saúde pública e acesso dos grupos mais vulneráveis aos serviços de saúde.

O projecto inclui componentes de apoio a elaboração de políticas nesta área e de educação para a saúde.

#### 4.4.2 Parceiros multilaterais

##### ➤ Organização Mundial da Saúde

A OMS é um parceiro financiador que presta assistência técnica ao PNCM para a prevenção e controlo da malária. O apoio da OMS tem sido instrumental na revisão, planificação e implementação das estratégias de controlo da malária em Moçambique. Em colaboração com o governo, a OMS assegura que Moçambique adere e adopta as recomendações da OMS. Concretamente a OMS fornece:

- Orientação estratégica e apoio técnico para a elaboração de políticas, planificação e gestão programática e iniciativas de advocacia;
- Apoio para a expansão de pacotes integrados de intervenções na área da prevenção e do tratamento, incluindo a gestão vectorial integrada;
- Apoio para a expansão da distribuição de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas, incluindo a colaboração com os parceiros internacionais, tais como, o FG, PMI e DFID para garantir a disponibilidade de REMILD, PIDOM e outros bens consumíveis relacionados;
- Apoio no desenho de normas e directrizes nacionais para promover e regular a gestão domiciliária da malária;
- Apoio no diagnóstico laboratorial e manejo de casos de malária, através da assistência técnica na implementação das recomendações desenvolvidas pela OMS, incluindo directrizes na área laboratorial.

##### ➤ Fundo das Nações Unidas para a Infância

O UNICEF é um parceiro financiador e implementador. Trabalha em estreita colaboração com o MISAU, com o PNCM e com outros programas de saúde tais como saúde materna e infantil e prevenção da transmissão vertical do HIV. A assistência técnica fornecida pelo UNICEF tem sido instrumental para a integração dos serviços de prevenção e tratamento da malária nas consultas pré-natais e na provisão de tratamento intermitente presuntivo as mulheres grávidas. Para além disso, o UNICEF está a realizar o *procurement* e distribuição de redes mosquiteiras, actividade

desenvolvida no quadro da sua estratégia para melhorar a sobrevivência das crianças. Concretamente o UNICEF fornece:

- Orientação estratégica e apoio técnico para a elaboração de políticas, planificação e gestão programática e iniciativas de advocacia particularmente na área da saúde da criança;
- Apoio para a expansão de pacotes integrados de intervenções na área da prevenção e do tratamento;
- *Procurement* e distribuição de redes mosquiteiras tratadas com insecticida, de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas de longa duração e de anti-maláricos;
- Apoio no desenho de normas e directrizes nacionais para promover e regular a o tratamento de malária em mulheres grávidas;
- Apoia técnico e financeiro para a recolha de dados e monitoria da cobertura dos serviços de prevenção assim como a realização de inquéritos como por exemplo o Inquérito dos Indicadores Múltiplos;
- Apoio a iniciativas de comunicação sobre prevenção e tratamento da malária na comunidade.

#### 4.4.3 Organizações não-governamentais

##### ➤ Malaria Consortium

A Malária Consortium é uma ONG internacional que fornece assistência técnica para o controlo da malária. A Malária Consortium trabalha em estreita colaboração com o governo e parceiros de cooperação. As actividades desenvolvidas incluem:

1. Apoio ao serviço nacional de saúde através de: i) **distribuição de redes mosquiteiras a mulheres grávidas e crianças menores de cinco anos**, ii) formação do pessoal de saúde; monitoria e avaliação da distribuição de redes. A Malária Consortium desenvolve também iniciativas de formação de formadores-supervisores em diagnóstico e tratamento da malária, incluindo uso adequado dos TDR e TIP. As formações são direccionadas a profissionais de saúde nomeadamente médicos, enfermeiras de SIM e técnicos de laboratório. O método de formação privilegiado é a formação em serviço que possibilita que os formandos pratiquem e implementem de imediato os conhecimentos adquiridos.
2. **Apoio a mobilização social através de: i) desenho e implementação de estratégias e campanhas de mobilização social de activistas comunitários de saúde, crianças em escolas primárias (através de projectos educacionais com**

cartazes com exercícios divertidos e informações sobre a malária para as crianças completarem), trabalhadores de saúde e líderes religiosos. Paralelamente, produz e distribui materiais de comunicação para os trabalhadores de saúde e activistas comunitários e trabalha com rádios comunitárias e comunicação social local, através da elaboração de programas interactivos e “spots” sobre a prevenção e tratamento da malária, em português e línguas locais.

3. Apoio ao sector privado através de: i) parcerias com o sector privado na promoção de um fornecimento sustentável e de baixo custo para a população não elegível as redes gratuitas; ii) formação de retalhistas e vendedores de redes sobre como promover e vender as redes fornecendo aos clientes a informação adequada sobre a utilização das redes iii) incentivos ao sector privado para aumento de empresas vendendo redes mosquiteiras e para diversificação da qualidade das redes disponíveis.
4. Apoio a advocacia para a melhoria do acesso à prevenção e tratamento da malária. Esta componente visa educar, sensibilizar e mobilizar os políticos sobre em relação aos programas e estratégias mais eficazes de controlo da malária.

➤ Population Services International

A Population Services International (PSI) é uma ONG internacional que desenvolve pesquisa e marketing social na área da saúde pública, incluindo a malária e o HIV e SIDA. A PSI estabeleceu-se em Moçambique em 1994 para apoiar o Ministério da Saúde na expansão da prevenção do HIV. Em 2000, a PSI acrescentou o controlo da malária às suas áreas de trabalho. Trabalha em estreita colaboração com PNCM, parceiros de cooperação e sector privado.

Na área da prevenção as intervenções da PSI centram-se da promoção de parcerias tanto com o sector público como o privado, para a distribuição de redes mosquiteiras. As estratégias de distribuição de redes incluem: distribuição nas unidades sanitárias, distribuição em massa e através do sector privado.

Na área do tratamento, a PSI promove a gestão domiciliária da malária (*home-based management of malaria*) através das seguintes estratégias: estímulo aos mecanismos de distribuição baseados na comunidade e no sector privado, comunicação para melhorar os comportamentos em relação a procura e adesão ao tratamento, e subsídios orientados para garantir o acesso ao tratamento da malária.

Paralelamente, a PSI implementa iniciativas de comunicação para a mudança de comportamento – como por exemplo a campanha “proteje o que é importante para ti”, no âmbito da qual foi produzido um spot televisivo com o internacional moçambicano e actual treinador de futebol Chiquinho Conde, sobre a utilização da rede mosquiteira para crianças. Para além disso a PSI colabora com o movimento Todos contra a Malária, uma iniciativa da Campanha Inter-religiosa contra a Malária em Moçambique, apoiada pela PMI. Esta iniciativa assenta na promoção do envolvimento de líderes religiosos na

mobilização comunitária para o controlo da malária. A PSI colabora com este movimento na identificação e definição de mensagens em torno do uso das REMILD.

Uma componente importante do trabalho realizado pela PSI é a pesquisa operacional sobretudo na área da utilização das REMILD, disponibilidade de anti-maláricos e práticas de tratamento dos pacientes.

➤ Outras ONGs

Para além das organizações acima indicadas, a Visão Mundial, a Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade, IRD e Médicos do Mundo Portugal também trabalham na área do controlo da malária. Estas quatro organizações e a Malaria Consortium submeteram ao Fundo Global uma proposta conjunta, no âmbito da Ronda 9, na qual a Visão Mundial será o Principal Recipiente e as demais organizações os sub-recipientes. Trata-se da primeira proposta submetida na área da malária por ONGs.

#### 4.4.4 Sector Privado

As instituições privadas que fornecem redes tratadas com insecticidas e redes tratadas com insecticidas de longa duração são: Agrifocus, Proserv, Safi Net, Olyset Net, Moçambique Distribuição e Serviços e PermaNet. A maior parte destas empresas tem escritórios em outras províncias para além de Maputo Cidade e Província.

## **5. INICIATIVAS DE COMUNICAÇÃO SOBRE MALÁRIA**

A comunicação tem um papel crucial na promoção da saúde, na disseminação de informação e incentivo a adoção de comportamentos saudáveis. O relatório sobre Malária e Infância publicado pelo UNICEF (2007) destaca os avanços efectuados na disponibilização da redes mosquiteiras e tratamento da malária e aponta como um dos principais desafios a mudança do conhecimento e comportamentos para melhorar o acesso e a utilização dos bens e serviços relacionados com a malária.

O UNICEF sublinha a necessidade de redobrar esforços na área da comunicação através da adoção de diversos canais de comunicação direccionados aos agregados familiares com baixos níveis de escolarização e acesso limitado aos meios de comunicação de massa. Adianta que, as iniciativas de comunicação devem ser desenhadas no sentido de informar as famílias sobre onde, como e quando os serviços de prevenção estão disponíveis, de fornecer orientações sobre a utilização adequada dos recursos existentes e sobre como reconhecer os sinais e sintomas da malária. O documento enfatiza que quanto maior for o conhecimento sobre a malária maior será a probabilidade de as pessoas procurarem os serviços de saúde imediatamente após o surgimento dos primeiros sintomas.

A OMS (2004) publicou um manual intitulado “Expandindo a gestão domiciliária malária” (Scaling-up home-based management of Malaria), no âmbito da iniciativa FRM. Este documento enfatiza a importância da formação, disseminação de informação e de programas de comunicação na promoção do envolvimento e da apropriação comunitária das iniciativas comunitárias de controle da malária. A formação é percebida como uma componente fundamental dos programas de comunicação pois contribui por exemplo para a utilização adequada dos materiais de IEC pelos provedores de saúde e assegura que as mensagens são compreendidas.

O manual contém um módulo sobre informação para a mudança de comportamento e incentiva e fornece instruções para o desenho de programas de comunicação - incluindo como produzir material IEC e desenvolver iniciativas de marketing social para educar as comunidades sobre a malária. A necessidade de participação das comunidades no processo de elaboração das iniciativas é enfatizada como forma de assegurar a apropriação (*ownership*) dos programas.

## 5.1 EM MOÇAMBIQUE

O MISAU reconhece a necessidade de integração de iniciativas de comunicação nos programas de saúde e os documentos produzidos pelo PNCM sublinham a importância de programas de comunicação sobre a malária. Contudo, não está claro quais são as estratégias identificadas para desenvolver esta área.

A finalização e aprovação da estratégia de comunicação é crucial para definir o quadro no qual as iniciativas de comunicação devem ser desenvolvidas e orientar as organizações que trabalham nesta área no desenho de programas em linha com as necessidades e prioridades definidas pelo PNCM.

As entrevistas realizadas e os documentos revistos revelaram que a nível do PNCM as iniciativas de comunicação sobre a malária são percebidas no contexto da mobilização social. Esta perspectiva está bem patente no PNPCM (ver secção 4.3.4). As iniciativas de comunicação em curso são maioritariamente desenhadas e implementadas pelas ONG, com a excepção de algumas parcerias entre o PNCM e o sector privado para a produção de spots televisivos.

As agências multilaterais como a OMS e o UNICEF desempenham um papel importante sobretudo na produção de documentos orientadores sobre como desenvolver iniciativas de comunicação adaptadas a diferentes grupos alvo. Um exemplo é o manual produzido pela OMS, referido nos parágrafos anteriores.

Nesta secção apresentamos exemplos de iniciativas de comunicação sobre a malária desenvolvidas por três ONGs: World Relief, Malaria Consortium e Population Services International.

### 5.1.1 World Relief<sup>15</sup>

O projecto Vurhonga (1995-2009) implementado pela ONG World Relief com fundos da USAID foi desenhado com vista a morbilidade e mortalidade entre crianças menores de dois anos e em mulheres em idade reprodutiva através de intervenções centradas na gestão integrada das doenças da criança.

As actividades desenvolvidas tinham como objectivo primário melhorar a prevenção e a procura dos serviços a nível comunitário e eram implementadas através de um modelo baseado no Grupo de Cuidados. O grupo de cuidados assentava numa vasta rede de voluntários organizados em unidades de apoio para conduzir visitas domiciliárias e ensinar as mães sobre medidas preventivas e procura/utilização dos serviços de saúde.

A comunicação assente na mobilização comunitária foi uma das estratégias adoptadas pelo programa Vurhonga. Neste âmbito, cerca de 2,315 provedores de cuidados foram treinados em educação para a saúde. A música e a tradição de transmissão oral de conhecimentos foram utilizadas para refinar as iniciativas de comunicação e promover

---

<sup>15</sup> The Core Group & World Relief (2005): "Community-based Solutions for Effective Malaria Control: Lessons from Mozambique". Washington DC.

métodos de ensino culturalmente relevantes. A World Relief apoiou também a criação de um grupo de cuidados de pastores, como forma de potencializar o estatuto e a influência destes na promoção de canais alternativos de educação para a prevenção e tratamento da malária e desencorajamento de práticas de tratamento prejudiciais.

### 5.1.2. Malaria Consortium

A Malaria Consortium desenvolve iniciativas de comunicação orientadas para os fazedores de políticas (no âmbito das iniciativas de advocacia), para os profissionais de saúde (no âmbito das iniciativas de capacitação e formação) e para os agregados familiares e comunidades, (no âmbito das iniciativas de mobilização comunitária).

Iniciativas direccionadas aos fazedores de políticas – O tipo de estratégias de comunicação adoptadas tem como objectivo influenciar políticas. Esta componente caracteriza-se pelo desenho de materiais impressos sobre os riscos de não fornecer serviços de prevenção e tratamento da malária, sobre as vantagens e resultados alcançados com os serviços existentes e sobre estudos de caso e boas práticas que promovem o acesso universal. Esta componente está directamente relacionada com o trabalho de advocacia que a organização realiza.

Iniciativas direccionadas aos profissionais de saúde – O tipo de estratégias adoptadas tem como objectivo fornecer aos profissionais de saúde conhecimentos práticos sobre a prevenção e tratamento da malária como complemento as actividades de formação realizadas. Os materiais impressos produzidos são também um recurso que os profissionais de saúde podem utilizar na sensibilização dos seus pacientes.

Iniciativas direccionadas aos agregados familiares – O tipo de estratégias adoptadas tem como objectivo disseminar informação e sensibilizar os agregados familiares e as comunidades sobre o risco de malária, formas de transmissão e de prevenção e serviços de tratamento disponíveis. Nesta componente é utilizada uma multiplicidade de canais de comunicação desde teatro de rua a spots televisivos e programas radiofónicos.

### 5.1.3. Population Services International

O marketing social assenta na premissa de que fornecer informação simplesmente não é suficiente para a mudança de comportamento e que é necessário utilizar técnicas e estratégias promocionais que façam da saúde uma prioridade para os agregados familiares de forma a gerar a demanda pelos serviços, quer gratuitos quer pagos.

## 5.2 NO MUNDO

### 5.2.1 Gana<sup>16</sup>

O Gana implementou com sucesso uma iniciativa de comunicação abrangente através da utilização de diversos canais de comunicação. A iniciativa centrou-se na campanha He Ha Ho – Campanha Nacional Casas mais Saudáveis e Felizes, uma campanha de saúde que incorporava a malária. O processo de desenvolvimento da campanha incluiu a realização de uma análise de situação sobre a malária no país e pesquisa formativa.

O público alvo eram os provedores de cuidados, os químicos (para assegurar que estes fornecessem informação e dosagens exactas) e os fazedores de políticas (para assegurar apoio político e financeiro sobretudo por parte do Ministério da Saúde do Ghana). O objectivo da campanha era reduzir a morbilidade e mortalidade infantil através da melhoria da gestão domiciliária da malária. Os recursos produzidos incluíram um programa de rádio sobre saúde no qual mensagens específicas sobre malária foram integradas em emissões seleccionadas.

As primeiras emissões do programa centraram-se nos sintomas, grupos mais vulneráveis e causas socio-económicas da malária; os seguintes no tratamento existente incluindo o tipo de anti-maláricos aprovados pelo Ministério da Saúde do Gana e as dosagens (foi produzido um slogan sobre a dosagem exacta da malária) e onde obter os medicamentos. Nas últimas emissões foram apresentados os sinais de perigo e informação sobre onde procurar ajuda imediata. Os ouvintes receberam informação sobre as consequências do atraso em procurar a unidade sanitária e sobre a origem não espiritual da malária e que por isso deve ser tratada no hospital sem tardar.

### 5.2.2 Togo<sup>17</sup>

Em Dezembro de 2004, o Togo conduziu a sua primeira campanha de distribuição gratuita de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas integrada com outras intervenções de saúde da criança tais como desparasitação e imunização. Cerca de 900,000 redes foram distribuídas o que resultou num aumento da utilização de redes mosquiteiras. O número de crianças dormindo sob uma rede mosquiteira tratada com insecticidas passou de 2% em 2002 para 38% em 2006. Segundo o UNICEF, esta mudança dramática deveu-se a integração da educação e comunicação na campanha de distribuição.

Antes da campanha, voluntários da Cruz Vermelha foram de porta-a-porta mobilizando as pessoas e informando sobre a campanha. Após a campanha, os voluntários visitaram os agregados familiares para aconselhar e ensinar sobre a utilização correcta das redes assim como para distribuir redes adicionais. A ênfase na comunicação para a mudança de comportamento é apontada como o factor principal para o sucesso desta campanha.

---

<sup>16</sup> A iniciativa aqui apresentada foi extraída do manual *Scaling-up Home-based Management of Malaria* publicado pela OMS, em 2004.

<sup>17</sup> A iniciativa aqui apresentada foi extraída do Relatório sobre Malária e Infância publicado pelo UNICEF, em 2009.

## **6. PRINCIPAIS CONQUISTAS, DESAFIOS E LIÇÕES APRENDIDAS EM MOÇAMBIQUE**

### **6.1 CONQUISTAS**

Moçambique alcançou inúmeras conquistas na resposta a malária. Estas conquistas estão relacionadas com as conquistas a nível global, resultantes do crescente interesse e disponibilidade de recursos financeiros para o controlo da malária assim como dos esforços que têm sido desenvolvidos a nível nacional pelo governo e parceiros de cooperação no sentido de criar e implantar instrumentos que aumentem a informação, disponibilidade e acesso aos serviços de prevenção e tratamento da malária, para reduzir a vulnerabilidade das pessoas a doença.

Em termos de conquistas é de destacar a:

- Melhoria na planificação e elaboração de estratégias de controlo da malária com metas, indicadores e actividades orçamentadas;
- Desenho de normas e directrizes para as componentes mais relevantes da resposta nomeadamente, manejo de casos, TIP, PIDOM e distribuição de redes mosquiteiras;
- Aprovação das propostas submetidas ao Fundo Global de Luta contra o HIV, Tuberculose e malária (Round 6 e 9);
- Adopção da gestão vectorial integrada que permite a combinação de vários métodos de controlo vectorial ao invés da adopção de um único tipo de método;
- Introdução da primeira linha de tratamento a nível da comunidade e produção de normas de manejo de casos, incluindo ao nível da comunidade;

- Introdução dos testes de diagnóstico rápido da malária e mobilização de recursos para o seu financiamento;
- Realização de pesquisas quantitativas sobre malária e de inquéritos tais como, o Inquérito dos Indicadores da Malária e o Inquérito dos Indicadores Múltiplos;
- Criação de capacidade de pesquisa biomédica sobretudo na área da resistência aos anti-maláricos e aos insecticidas; e
- Crescente ênfase na importância da mobilização social assim como do papel dos activistas comunitários;
- Existência de uma proposta de Estratégia de Comunicação sobre a Malária.<sup>18</sup>

## 6.2 DESAFIOS

Apesar de Moçambique ter feito inúmeros progressos (descritos nas páginas anteriores) permanecem importantes desafios. Os número de casos de malária continuam extremamente elevados e a disponibilidade e o acesso ainda estão aquém das metas de Abuja e da iniciativa FRM.

Os principais desafios identificados prendem-se com a:

- Limitação em termos de recursos humanos para implementar as actividades;
- Fraco conhecimento por parte dos profissionais da saúde em relação as normas de manejo de casos;
- Limitada disponibilidade de TDR que não permite o diagnóstico adequado da malária;
- Deficiente armazenamento e gestão dos estoques de medicamentos e TDR;
- Fraco sistema de monitoria e avaliação, sobretudo em relação as iniciativas implementadas pelos diferentes intervenientes, concretamente sobre a distribuição e utilização das redes mosquiteiras;
- Limitado conhecimento e pesquisa sobre as representações e práticas sociais em relação a malária;
- Fraca integração do HIV e da malária e limitada informação sobre a vulnerabilidade das pessoas vivendo com o HIV em relação a malária;

---

<sup>18</sup> Não nos foi possível ter acesso ao esboço da estratégia de comunicação dado que ainda encontra-se em discussão a nível do PNCM.

- Limitado envolvimento das organizações não governamentais nacionais na resposta a malária; e
- Dependência de financiamento externo e forte protagonismo das organizações não governamentais internacionais.

### 6.3 LIÇÕES APRENDIDAS

- A disponibilidade de serviços clínicos de prevenção e tratamento da malária não garantem por si nem o acesso nem a utilização adequada dos métodos de prevenção existentes;
- A participação e envolvimento das organizações não governamentais é fundamental para a implementação das iniciativas de prevenção da malária e promoção do acesso universal;
- As iniciativas e campanhas de advocacia tem um impacto positivo na mobilização social e angariação de fundos para a luta contra a malária;
- A identificação de sinergias e promoção de parcerias entre o sector público e o sector privado promove um maior acesso e utilização das redes mosqueiras; e
- A ausência de estratégias de comunicação e padronização de mensagens sobre a prevenção e tratamento da malária gera desconhecimento e promove mal-entendidos em relação as formas de transmissão, métodos de prevenção e serviços de tratamento existentes.

## **7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

Este documento descreve a situação da malária em Moçambique à luz bibliografia consultada e das entrevistas realizadas com informantes chave. A literatura identificada permitiu mapear a resposta nacional à malária, particularmente as políticas e estratégias, as principais estratégias de controle da malária adoptadas em Moçambique, os intervenientes e suas intervenções assim como as conquistas, desafios e lições aprendidas, e as iniciativas de comunicação desenvolvidas.

### **7.1 CONCLUSÕES**

A informação recolhida permitiu constatar que a resposta a malária em Moçambique tem registrado importantes progressos sobretudo na elaboração de políticas e adopção de recomendações internacionais para a prevenção e controlo da doença. É também possível notar avanços em termos de cobertura dos serviços e de promoção do acesso universal. Contudo, os números ainda são alarmantes e as actuais taxas de mortalidade infantil devido a malária estão muito aquém das metas da Iniciativa FRM e da declaração de Abuja, dois importantes instrumentos aos quais Moçambique aderiu.

As fontes de financiamento para o controlo da malária aumentaram e Moçambique tem aprendido como tirar partido destas oportunidades para o fortalecimento da capacidade de diagnóstico e tratamento assim como para implementação de iniciativas integradas de controlo vectorial.

O PNCM trabalha em colaboração com diversos parceiros e promove o envolvimento de mais organizações no controlo da malária. As ONGs internacionais têm aproveitado

as oportunidades para se engajarem com o PNCM e desempenham um papel chave na distribuição de redes, na promoção da utilização e na educação sobre o uso adequado das mesmas.

O controlo da malária não parece figurar na agenda da maior parte das ONGs nacionais, com excepção de algumas como a FDC e a Campanha Inter-religiosa contra a Malária. Contudo, o trabalho de advocacia que tem vindo a ser desenvolvido para promover uma abordagem integrada da malária e do HIV e SIDA é uma janela de oportunidade para que mais organizações nacionais se envolvam no combate a malária.

A literatura e os entrevistados sublinham o papel da comunicação para a mudança de comportamento contudo as iniciativas nesta área ainda são incipientes. Para além disso, existem lacunas de informação em relação as representações e práticas sociais sobre a malária resultante do fraco desenvolvimento da pesquisa sobre malária no campo das ciências sociais em Moçambique.

## 7.2 RECOMENDAÇÕES:

As recomendações abaixo feitas são baseadas nos desafios descritos ao longo da revisão de literatura, tendo em consideração o objectivo deste exercício que é apoiar a Nweti no desenho e implementação de iniciativas de comunicação para a saúde. Assim sendo, recomenda-se:

- Advocacia para a finalização e aprovação da Estratégia Nacional de Comunicação sobre Malária;
- A expansão das iniciativas de comunicação para a mudança de comportamento em relação a malária.
- O reforço da coordenação entre os parceiros visando assegurar a coerência e harmonização das mensagens transmitidas aos diferentes intervenientes;
- A integração do controlo da malária nos programas de saúde materna e infantil assim como nos programas de HIV;
- A integração das distribuição de REMILD na cesta básica fornecida pelo MISAU aos pacientes em TARV;
- Promoção de parcerias entre as ONGs internacionais e as ONGs nacionais na prevenção e controlo da malária;

- Fortalecimento dos sistemas de monitoria e avaliação e utilização dos resultados na revisão e elaboração de estratégias e outros instrumentos para o controlo da malária;
- Definição de uma agenda de investigação sobre malária, identificando as áreas prioritárias de pesquisa, os actores chave, os papéis e responsabilidades, assim como os custos das intervenções e as fontes de financiamento;
- Promoção de parcerias para a realização de pesquisas operacionais na área das ciências sociais.

Ao longo do processo de revisão da literatura foi possível identificar algumas conteúdos e mensagens que podem promover a prevenção, o diagnóstico rápido e o tratamento adequado da malária. A caixa 3, apresenta as principais mensagens e conteúdos identificados.

#### Caixa 3: Mensagens e conteúdos sobre malária

##### **Mensagens**

- As crianças, as mulheres grávidas e as PVHS devem ser privilegiadas na utilização da rede mosquiteira;
- A PIDOM é uma estratégia de controlo de mosquitos adoptada pelo MISAU;
- As mulheres grávidas têm direito a redes mosquiteiras gratuitas;
- A mulher grávida deve fazer o PTV e o TIP

##### **Conteúdo**

- Sintomas da malária e nível de gravidade;
- Tipos de redes mosquiteiras existentes;
- Mecanismos para obter uma rede mosquiteira no sector público e no privado;
- Uso adequado das redes e riscos aliados a má utilização;
- Auto-medicação e prescrição dos medicamentos;
- Tratamento de malária recomendado pela OMS e MISAU;
- Protecção contra a malária em situações de emergência (desastres naturais)

## 8. BIBLIOGRAFIA

1. Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (2008): *"Moçambique-Estratégia de Assistência ao País 2009-2014"*, Maputo.
2. Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, "Malaria Operacional Plan" Iniciativa do Presidente contra a Malária, Maputo.
3. Bill and Melinda Gates Foundation (2009): "Malaria: Strategy Overview" Washington.
4. Chase C, Sicuri E, Sacoor C, Nhalungo D, Nhacolo A, Alonso PL, Menéndez C (2009): *"Determinants of household demand for bed nets in a rural area of southern Mozambique"*. *Malar J* 2009, 8:132 descarregado a 18/05/2010.
5. Conteh, L., Sharp, B.L., Streat, E., Barreto, A., Konar, S. 2003. *"The Cost and Cost-Effectiveness of Malaria Vector Control by Residual Insecticide House-Spraying in Southern Mozambique: a Rural and Urban Analysis"*. *Tropical Medicine and International Health*, 9(1), 125-132.
6. Fundo das Nações Unidas para a Infância (2007): *"Malaria and Children: Progress in Intervention and Coverage"*, Nova Iorque.

7. Guy Hutton, David Schellenberg, Fabrizio Tediosi, Eusébio Macete, Elizeus Kahigwa, Betuel Sigauque, Xavier Mas, Marta Traperero, Marcel Tanner, Antoni Trilla, Pedro Alonso & Clara Menendez (2009): "*Cost-effectiveness of malaria intermittent preventive treatment in infants (IPTi) in Mozambique and the United Republic of Tanzania*", *Bull World Health Organ* 2009;87:123–129 descarregado de <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/2/08-051961.pdf>, a 18/05/2010.
8. Guinovart C, Bassat Q, Sigauque B, Aide P, Sacarlal J, Nhampossa T, Bardaji A, Nhacolo A, Macete E, Mandomando I, et al.: "*Malaria in rural Mozambique. Part I: Children attending the outpatient clinic*". *Malaria Journal* 2008, 7(1):36.
9. Hume J, Barnish G, Mangali T, Armázio L, Streat E, Bates I (2008): "*Household cost of malaria overdiagnosis in rural Mozambique*", *Malaria Journal* 2008: 7:33, descarregado de <http://www.malariajournal.com/content/7/1/33> 18/05/2010.
10. Jaffré, Yannick (2007): "*Contributions of Social Anthropology to Malaria Control*"  
descarregado de [classiques.uqac.ca/...anthropology\\_malaria/contributions\\_malaria.doc](http://classiques.uqac.ca/...anthropology_malaria/contributions_malaria.doc) a 26/05/2010.
11. Julie Cliff, Simon Lewin, Godfrey Woelk, Benedita Fernandes, Alda Mariano, Esperanca Sevene, Karen Daniels, Sheillah Matinhure, Andrew Oxman and John Lavis, (2009): "*Policy development in malaria vector management in Mozambique, South Africa and Zimbabwe, Health Policy and Planning*" 2010;1–12, descarregado de <http://heapol.oxfordjournals.org> a 13/05/2010.
12. Ministério da Saúde (2007): "*Inquérito Nacional sobre Indicadores de Malária em Moçambique*", Programa Nacional de Controlo da Malária, Maputo.
13. Ministério da Saúde (2006): "*Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil em Moçambique*", Maputo.
14. Ministério da Saúde (2009): "*Estudo Nacional sobre Mortalidade Infantil*", Maputo.
15. Ministério da Saúde (2009): "*Documento Estratégico para o Controlo da Malária em Moçambique 2006-2009*", Programa Nacional de Controlo da Malária, Maputo.
- 16.
17. Ministério da Saúde (2009): "*Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Malária em Moçambique 2010-2014*", Programa Nacional de Controlo da Malária, Maputo.
18. Ministério da Saúde (2007): "*Manual de Formação de Agentes Comunitários de Saúde*", Programa Nacional de Controlo da Malária, Maputo.



4. <http://www.theglobalfund.org/en/>
5. <http://www.malariaconsortium.org/>
6. <http://www.camozambique.org/>
7. <http://www.mobilising4malaria.org/>
8. <http://www.psi.org/our-work/healthy-lives/malaria>
9. <http://www.dfid.gov.uk>
10. <http://worldrelief.org/Page.aspx?pid=192>
11. [www.malariajournal.com](http://www.malariajournal.com)

# ANEXOS

## **Anexo 1: Termos de Referência**

### **Revisão de literatura sobre Malária**

#### **Introdução**

A Nweti, Comunicação para Saúde é um projecto de **multimédia e eduteinment** que combina o entretenimento com a educação. Para ter um impacto positivo na qualidade de vida das pessoas, a NWETI integra temas sobre saúde e desenvolvimento em revistas com **layout** colorido e fácil de ler, *assim também como* seriados televisivos e radiofónicos.

O programa desenvolve uma abordagem multi-direccional para atingir diferentes grupos alvos, para uma mudança individual, comunitária e sociedade no seu todo, através de materiais de comunicação para saúde e desenvolvimento, e proporcionar à nossa audiência ferramentas que permitem tomar decisões informadas relacionadas com a saúde. O programa procura influenciar a legislação e decisores através da componente de advocacia.

A N'weti tem vindo desde 2007 a desenvolver acções e produzir materiais multimédia com o objectivo de contribuir para a redução da violência doméstica contra a mulher, redução de Múltiplos Parceiros e concorrentes, redução de infecção pelo HIV, e outros comportamentos que concorrem para a degradação da saúde pública em Moçambique.

Neste momento a N'weti pretende produzir materiais que vão abordar a questão da malária em Moçambique com objectivo de promover mudança de comportamento saudável no que se refere a prevenção e mitigação do impacto da malária nas comunidades moçambicanas.

A N'weti pretende contractar um consultor independente para conduzir a revisão de literatura sobre malária. Este contracto envolve também a recolha de informação relevante sobre malária através de entrevista com informantes chave.

### **FORMATO DOS MATERIAIS MULTI-MEDIA**

A metodologia e o processo de produção de materiais impressos e audiovisuais de comunicação para saúde da N'weti prevêem um extensivo processo de pesquisa com informantes chave, ou seja especialistas da área em questão; revisão de literatura e pesquisa formativa de audiência junto as comunidades com quem pretendemos posteriormente dialogar. Os resultados do exercício de pesquisa informam o desenvolvimento das mensagens e a produção dos referidos materiais de comunicação. Portanto, a pesquisa irá constituir a base fundamental para a produção dos seguintes materiais de comunicação:

6. Série dramática para televisão sobre Malaria de 30 minutos;
7. Série de teatro radiofónico com 30 episódios de 15 minutos cada um;
8. Publicação impressa (revista) de alta qualidade gráfica sobre Malaria
9. Produção de anúncios de utilidade pública sobre Malaria
10. Campanha de marketing como forma de criar demanda para o acesso e consumo dos materiais de comunicação acima descritos.

### **Objectivos da Revisão de literatura e entrevistas com informantes chave.**

- ❖ Providenciar à N'weti relatório com uma análise profunda sobre a situação da malária em Moçambique;
- ❖ Providenciar informação e dados sobre malária, que poderão ajudar no desenvolvimento de materiais multimedia;
- ❖ Recomendar abordagens e mensagens chave com base em evidências tanto de Moçambique como de outros países que tem a malária como uma das doenças mais críticas;

### **Âmbito do trabalho**

- ❖ Fazer o levantamento e análise do que já foi escrito sobre o tema;
- ❖ Informar a N'weti da situação actual da malária em Moçambique;
- ❖ Providenciar informação relevante sobre áreas e assuntos cruciais em volta da malária;
- ❖ Analisar e providenciar informações sobre intervenções de diferentes instituições envolvidas no combate à malária; indicar os actores principais e áreas de intervenção; objectivos e metas dessas intervenções;
- ❖ Identificar lacunas na literatura existente sobre o tema;
- ❖ Indicar ferramentas e estratégias por esses actores;
- ❖ Indicar sucessos e desafios existentes, no combate à malária;

- ❖ Indicar lições aprendidas pelos actores chave no combate a malária;
- ❖ Políticas existentes que regem intervenções de combate a malária em Moçambique;

### **FORMATO PARA APRESENTAÇÃO DA REVISÃO DE LITERATURA**

O consultor deverá submeter a N'weti o documento da revisão com não menos de 40 páginas; respectivos anexos e referência bibliográficas. O documento deverá ser submetido em formato electrónico e impresso até o dia 11 de Julho do corrente ano.

### **Período do Contrato**

As actividades acima mencionadas devem ser realizadas durante o período de 15 dias a partir de 25 de Maio de 2010.

## **Anexo 2: Guião de entrevista**

1. Que tipo de trabalho desenvolve esta instituição na área da Malária? Pode descrever em detalhe o trabalho desenvolvido em cada uma das principais áreas?
2. Que tipo de actividades desenvolve esta instituição na área da comunicação para a mudança de comportamento sobre o tema da malária?
3. Esta instituição realiza ou já realizou alguma pesquisa operacional sobre os conhecimentos, atitudes e práticas em relação a malária? E sobre o impacto das iniciativas de comunicação e advocacia desenvolvidas pela instituição?
4. Quais são os principais parceiros desta instituição na área da prevenção e controlo da malária ? Que tipo de trabalho esta instituição desenvolve com estes parceiros?

5. Quais são as principais conquistas e os desafios da resposta à malária em Moçambique? Como podem os desafios ser ultrapassados?

### Anexo 3: Lista de Entrevistados

<b>Nome</b>	<b>Posição</b>	<b>Instituição</b>	<b>Contacto</b>
Samuel Mabunda	Director Nacional do Programa Nacional de Controlo da Malária	Ministério da Saúde	sjamabunda@gmail.com
Sónia Anosse	Investigadora do Instituto Nacional da Saúde	Ministério da Saúde	senosse@teledata.mz
Claudia Manjate	Oficial de Advocacia	Malaria Consortium	c.manjate@malariaconsortium.org
Zulmira da Silva	Gestora Nacional do Programa de Malária	Malaria Consortium	z.silva@malariaconsortium.org
Fernando Bambo	Oficial de Comunicação	Malaria Consortium	f.bambo@malariaconsortium.org
Eva de Carvalho	Oficial do Programa	Organização Mundial da	carvalhoe@mz.afro.who.int

	de Malária	Saúde	
--	------------	-------	--