



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA**

JOSÉ XAVIER LOURENÇO

**PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA MALÁRIA: ANÁLISE DA GESTÃO
NA CIDADE DE MAPUTO- MOÇAMBIQUE, 2014 a 2019**

SALVADOR

2022

JOSÉ XAVIER LOURENÇO

**PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA MALÁRIA: ANÁLISE DA GESTÃO
NA CIDADE DE MAPUTO-MOÇAMBIQUE, 2014 a 2019**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva-Universidade Federal da Bahia-ISC/UFBA, como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva, área de concentração em Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Luiz
Andrade Mota

Salvador

2022

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

L892p Lourenço, José Xavier.

Programa Nacional de Controle da Malária: análise da gestão na cidade de Maputo- Moçambique, 2014 a 2019 / José Xavier Lourenço. – Salvador: J.X. Lourenço, 2022.

172 f.: il

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Luiz Andrade Mota.

Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Gestão de Programa de Saúde. 2. Controle da Malária. 3. Descentralização de Serviços de Saúde. I. Título.

CDU 614.2



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

JOSÉ XAVIER LOURENÇO

Programa Nacional de Controle da Malária: análise da gestão na cidade de Maputo- Moçambique, 2014 a 2019.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 01 de dezembro de 2022.

Banca Examinadora:

Prof. Eduardo Luiz Andrade Mota - Orientador – ISC/UFBA

Prof. Joilda Silva Nery – ISC/UFBA

Prof. Monique Azevedo Esperidião – ISC/UFBA

Prof. Marcio Alazraqui - UNLA

Prof. Leonardo Antônio Chavane - ISCISA

Salvador
2022

À

Minha esposa Célia Salvador Mahumane e meus filhos Werna Désiré, Kenzil e Celxa Haya, pelo seu carinho e amor; e aos meus progenitores Lourenço Xavier (*in memoriam*) e Alexandrina Sorte Bila, que desde a infância orientaram o meu futuro.

Agradecimentos

Agradeço a Deus todo-poderoso, criador do Céu e Terra, de todas as coisas visíveis e invisíveis que proporcionou um dispôs de pessoas maravilhosas no meu caminho.

Ao Professor Doutor Eduardo Luiz Andrade Mota com muitas missões, sempre reservou tempo para as novas orientações acadêmicas, desde a fase dos procedimentos de aceitação para a integração no Instituto, no desenvolvimento do projeto, se mostrou disponível, paciente e tolerante para a materialização deste trabalho científico.

Ao Ex-Coordenador do Programa da Pós-Graduação e actualmente Director do Instituto de Saúde Coletiva, Professor Doutor Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza pela sua simplicidade e paciência na fase da solicitação da carte de aceite e pela facilidade de interação.

Às Professoras: Prof^a Dra Ana Cristina Souto e Prof^a Dra Ana Luiza Queiroz Vilasbôas por terem me aceite como Tirocinante nas Disciplinas de Riscos em Saúde: Um olhar interdisciplinar e Planificação em Saúde.

Ao Coordenador do Programa da Pós-Graduação em Saúde Coletiva-Professor Doutor Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos pelo seu grau de entendimento e considerações nas solicitações.

Aos Professores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia: Isabela Cardoso de Matos Pinto, Catharina Leite Matos, Jairnillson Silva Paim, Monique Azevedo Esperidião, Clarice Santos Mota, Sônia Cristina Lima Chaves, Carmen Fontes de Souza Teixeira, Sheila Maria Alvim de Matos, Lígia Maria Vieira da Silva, Jorge Alberto Bernstein Iriart, Ismael Henrique da Silveira, Liliana Santos, Sandra Garrido de Barros, entre outros que colaboraram para a materialização desta tese em diferentes processos, o meu muito obrigado.

À minha família, Marcelino, Xandinha e aos meus amigos, Luís, Való, Dias, Jochua, Auria, Nilsa, Helder, Lopez, Lina e Félix pela sua contribuição e cumplicidade para a materialização deste trabalho.

À todos docentes, colegas e funcionários do Instituto de Saúde Coletiva e das diferentes Instituições da Universidade Federal da Bahia que contribuíram de forma direta e indireta para a materialização desta tese.

Enfim, à S. Excia Ex-Presidente da Assembleia da República de Moçambique-Verónica Nataniel Macamo Dlhovo, em especial ao Director César Bonifácio, aos Funcionários da Assembleia da República e aos Gestores e Técnicos de Saúde do Programa Nacional de Controle da Malária do Serviço de Saúde e da Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, pela sua disponibilidade para a efetivação desta tese.

À todos meu muito obrigado, à tous mes remerciements, to all my thanks

Resumo

O presente trabalho, no geral, analisou a gestão do Programa Nacional de Controle da Malária no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, 2014 a 2019 e especificamente, descreveu o programa, caracterizou a organização do Sistema Nacional de Saúde e a gestão do Programa e; por fim examinou a contribuição da gestão para a redução de casos e óbitos por malária. O argumento fundamental que norteou a tese foi “a endemia da malária continuava sendo um problema de saúde pública na República de Moçambique, em particular no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, 2014 a 2019, nosso local do estudo”. Esta tese foi tratada no contexto da descentralização das funções da gestão dos serviços primários do Serviço de Saúde para a Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, onde o estudo demonstrou que é possível prevenir, controlar e curar a malária a partir dos processos da gestão. O tema foi abordado à luz do Triângulo do Governo de Carlos Matus (1993) articulado a partir das funções da gestão, dos níveis de gestão, das habilidades do gestor e dos determinantes sociais de saúde orientados pela pesquisa qualitativa-descritiva, onde privilegiamos os questionários, as entrevistas com atores-chaves, pesquisas documental e bibliográfica, bem como o uso de uma amostragem não aleatória ou dirigida. Neste trabalho concluiu-se que a gestão contribuiu para a redução de casos e óbitos por malária, embora não tenha alcançado o que se poderia esperar para o controle da doença.

Palavras-chaves: Gestão de Programa de Saúde; Controle da Malária; Descentralização de Serviços de Saúde.

Abstract

This paper, in general, analysed the management of the National Malaria Control Programme in the Health Service and the Municipal Health Directorate, both in Maputo City, 2014 to 2019 and specifically, described the programme, characterised the organisation of the National Health System and the management of the Programme and; finally examined the contribution of management to the reduction of cases and deaths from malaria. The fundamental argument that guided the thesis was "malaria endemicity remained a public health problem in the Republic of Mozambique, particularly in the Health Service and the Municipal Health Directorate, both in Maputo City, 2014 to 2019, our study site". This thesis was treated in the context of the decentralization of the management functions of the primary services of the Health Service to the Municipal Health Directorate, both of Maputo City, where the study showed that it is possible to prevent, control and cure malaria from the management processes. The subject was approached in the light of the government triangle of Carlos Matus (1993), articulated from the functions of management, levels of management, managerial skills and the social determinants of health guided by qualitative-descriptive, where we privilege the questionnaires, interviews with key actors, documentary and bibliographic research, as well as the use of a non-random or directed sampling. In this work, it was concluded that management contributed to the reduction of malaria cases and deaths, although it did not achieve what could be expected for disease control.

Keywords: Health Program Management; Malaria Control; Health Services Decentralization.

Résumé

Le présent travail, en general, a analysé la gestion du Programme National de Lutte contre le Paludisme au sein du Service de Santé et de la Direction Municipale de la Santé, tous deux dans la ville de Maputo, 2014 à 2019, spécifiquement décrit le programme, caractérisé l'organisation du Système National de Santé et la gestion du Programme et enfin, il a examiné la contribution de la gestion pour la réduction des cas et des décès par paludisme. L'argument fondamental qui a guidé la thèse était « la paludisme endémique est restée un problème de santé publique en République du Mozambique, en particulier au sein du Service de Santé et de la Direction Municipal de la santé, tous deux de la ville de Maputo, de 2014 à 2019, notre site d'étude ». Cette thèse a été abordée dans le contexte de la décentralisation des fonctions de gestion des services primaires du Service de Santé à la Direction Municipal de la Santé, les deux dans la Ville de Maputo, où l'étude a révélé qu'il est possible de prévenir, de contrôler et de guérir le paludisme à partir des processus de gestion. Le thème a été interprété à la lumière du triangle du gouvernement de Carlos Matus (1993), articulé à partir des fonctions de gestion, des niveaux de gestion, des compétences de gestion et déterminants sociaux de la santé guidés par une recherche qualitative-descriptive, où nous privilégions les questionnaires, les entretiens avec les acteurs clés, la recherche documentaire et bibliographique, ainsi que l'utilisation d'un échantillonnage non aléatoire ou dirigé. On peut donc conclure que la gestion a contribué fortement pour la réduction de cas et décès dus au paludisme, bien qu'elle n'ait pas encore atteint ce à quoi on pouvait s'attendre pour le contrôle de la maladie

Mots-clés: Gestion des programmes de santé; Lutte contre le Paludisme; Décentralisation des Services de Santé.

Lista de mapas

Mapa 1- Mapa da República de Moçambique.....	27
Mapa 2- Mapa das áreas que correm o risco de transmissão da malária no mundo.....	32
Mapa 3- Mapa do Continente Africano.	59
Mapa 4- Mapa da divisão administrativa por Distrito Municipais da Cidade de Maputo.....	61

Lista de quadros

Quadro 1 - Línguas faladas nas Províncias da República de Moçambique.....	29
Quadro 2 - Número em semanas epidemiológicas de casos e óbitos por malária nas Províncias da República de Moçambique em 2006.....	33
Quadro 3 - Casos e óbitos ocorridos por províncias na República de Moçambique em 2014.....	34
Quadro 4 - Distribuição dos atores chaves.....	63
Quadro 5 - Objetivo específico nº 1-Descrever o PNCM para o enfrentamento da malária no Serviço da Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, 2014 a 2019.....	65
Quadro 6 - Objetivo específico nº 2-Characterizar a organização do sistema de saúde e gestão do Programa Nacional de Controle de Malária para o enfrentamento da malária no Município e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, 2014 a 2019.....	66
Quadro 7 - Objetivo específico nº3-Analisar a contribuição do Programa Nacional de Controle de Malária para o enfrentamento da malária na Direção Municipal da Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, 2014 a 2019.....	67
Quadro 8 -Fontes documentais.....	68
Quadro 9 - Centros de Saúde descentralizados por Distrito Sanitário na Cidade de Maputo.....	72
Quadro 10 - Cobertura de redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração distribuídos por distrito Municipal, 2016 a 2019.....	97
Quadro 11-Internamentos hospitalares por malária confirmados nos Distritos Municipais da Cidade de Maputo, 2016 a 2019.....	109
Quadro 12-Casos de malária confirmados (TDR positivos) nos Distritos Sanitários da Cidade de Maputo, 2016 a 2019.....	110
Quadro 13 - Casos de Malária confirmada (HTZ positivo) por Distrito Sanitário..	110
Quadro 14-Número de internamentos hospitalares confirmados óbitos por malária na Cidade de Maputo.....	114

Quadro 15 - Cobertura de redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração distribuídos às mulheres grávidas por Distrito Municipal na Cidade de Maputo.....	114
Quadro 16 - Incidência de números de casos e óbitos por malária na Cidade de Maputo de 2014 a 2019.....	115
Quadro 17- Análise da situação do Programa Nacional de Controle da Malária na Cidade de Maputo, 2014 a 2019.....	116

Lista de gráficos

Gráfico 1 - Percentual de óbitos devido a malária por faixa etária, na República de Moçambique, 2007.....	35
Gráfico 2 - Soma de dados confirmados positivos com HTZ e TDR positivo na Cidade de Maputo.....	111
Gráfico 3- Número de altas hospitalares por malária confirmados na Cidade de Maputo, 2016 a 2019.....	113

Lista de figuras

Figura 1 - Diagrama da gestão como arte, habilidade prática e ciência.....	44
Figura 2 - Interação entre os níveis de gestão, funções da gestão e capacidade do gestor.....	45
Figura 3 - Interação e interdependência entre as funções da gestão e os determinantes sociais de saúde.....	51
Figura 4 - Triângulo do Governo.....	57
Figura 5 - Três níveis de gestão do Sistema Nacional da Saúde de Moçambique....	84
Figura 6 - Estrutura hierárquica da Administração no Sistema Nacional de Saúde de Moçambique.....	85
Figura 7- Níveis de atendimento interdependentes hospitalar no Sistema Nacional de Saúde da República de Moçambique.....	88
Figura 8 - Estrutura organizacional do Serviço de Saúde da Cidade de Maputo.....	90
Figura 9- Estrutura hierárquica da Direção Municipal de Saúde da Cidade de Maputo.....	92
Figura 10- Organograma da gestão do Programa Nacional de Controle da Malária na Cidade de Maputo , 2014 a 2019.....	93
Figura 11 - Funções da gestão no Programa Nacional de Controle da Malária na Cidade de Maputo.....	95
Figura 12 - Diagrama de parceria e cooperação inter-sectorial no Programa Nacional de Controle da Malária na Cidade de Maputo, 2014 a 2019.....	105
Figura 13- Modelo de interação e interdependência entre as funções da gestão e habilidades do gestor do Programa Nacional de Controle da Malária na Cidade de Maputo.....	107
Figura 14- Ocorrência de determinantes sociais de saúde na Cidade de Maputo...	112

Lista de abreviaturas e siglas

ACT	Tratamento Combinada à base de artemisinina
AS	Artesanato
CIRESP	comissão Interministerial da Reforma do Sector Publico
CPPS	Centro Pan-americano de Planificacion de la Salud
CMM	Conselho Municipal de Maputo
CQ	Cloroquina
CRM	Constituição da República de Moçambique
DECMM	Documento Estratégico para o controlo da malária em Moçambique
DSMSAS	Direção dos Serviços Municipais de Saúde e Ação Social
FRELIMO	Frente de Libertação em Moçambique
IDEL	Iniciativa de Desenvolvimento Especial dos Libombos
IIM	Inquérito Nacional sobre Indicadores
INCAM	Inquérito sobre Causas de Mortalidade
INE	Instituto Nacional de Estatística
LM	Língua materna
MISAU	Ministério da Saúde
MS	Mapa Sanitário
MSMM	Mapa Sanitário do Município de Maputo
OMS	Organização Mundial de Saúde
PARPA	Plano de Ação para a Redução Absoluta
PDSASMM	Plano Diretor de Saúde e Ação Social do Município de Maputo
PEM	Plano Estratégico de Malária
PESS	Plano Estratégico do Sector de Saúde
PIDOM	Pulverização Intra-Domiciliária
PNCM	Plano Nacional de Controle de Malária
POCAMC	Plano Operacional da Comercialização Agrícola de Maputo Cidade
PPSMM	Plano de Promoção de Saúde do Município de Maputo
PRSP	Programa da Reforma do Sector Publico
PQG	Plano Quinquenal do Governo

PSAS	Pelouro de Saúde e Ação Social
RAPNCM	Relatório Anual do Plano Nacional do Controle da Malária
RENAMO	Resistência Nacional Moçambicana
REMILD	Redes Mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração
RRSS	Relatório da Revisão do Sector de Saúde
RSP	Revista de Saúde Pública
SADC	Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (Southern Africa Development Community)
SIDA	Síndrome de Imuno-Deficiência Adquirida (Acquired Immuno-Deficiency Syndrome)
SNS	Sistema Nacional de saúde
SP	Saúde Pública
SP	Sulfadoxina-Pirimetamina
SS	Serviços de Saúde
TIP	Tratamento Intermitente Preventivo
TDR	Testes de Diagnóstico Rápido

Apresentação

José Xavier Lourenço, filho de Lourenço Xavier e de Alexandrina Sorte Bila, natural de Chicumbane, Distrito de Xai-Xai, Província de Gaza-Região Sul da República de Moçambique, Licenciado em Ensino de Francês–pela Universidade Pedagógica-Delegação da Cidade de Maputo, Mestre em Administração Pública e Desenvolvimento com Especialização em Gestão de Finanças Públicas pelo Ex-Instituto Superior de Relações Internacionais, Edição (2013-2015) e Recentemente Universidade Joaquim Chissano. Atualmente Doutorando em Saúde Coletiva com concentração em Planejamento e Gestão em Saúde no Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Cidade de Salvador- Estado da Bahia da República Federativa do Brasil e Técnico Superior de Relações Públicas da Assembleia da República de Moçambique, afeto na 6ª Comissão ou Comissão de Defesa, Segurança e Ordem Pública.

Assembleia da República é o mais alto órgão Legislativo da República de Moçambique que tem a função de legislar, representar e fiscalizar as atividades do governo, onde os Deputados são integrados nas atividades parlamentares, nomeadamente: no plenário, nas comissões de trabalho, nos grupos nacionais e nas ligas de amizade ao nível nacional e internacional e realizam os seus trabalhos nos seus círculos eleitorais.

Ao abordar o estudo de caso intitulado “Programa Nacional de Controle da Malária: Análise da Gestão no Serviço da Saúde e na Direção da Saúde do Conselho Municipal, ambos da Cidade de Maputo, de 2014 a 2019”, onde analisou-se a gestão do Programa Nacional de Controle de Malária, achei pertinente pela convivência, pelo facto de que a malária continua sendo problema da saúde pública ao nível local.

Enquanto Técnico Superior de Relações Públicas e assistente da 6ª Comissão ou Comissão de Defesa, Segurança e Ordem Pública na Assembleia da República, no acompanhamento das atividades dos Exmo. Senhores Deputados, nas suas missões, notei a ocorrência de casos e óbitos por malária devido a implementação inadequada das medidas de prevenção, controle e cura da malária.

A escolha do tema na área de Planejamento e Gestão em Saúde é pertinente, tendo em conta que irei aconselhar os Dirigentes e os Deputados da Assembleia da República, os Governantes na adopção de planos e programas, na tomada de

decisões e na execução de ações de promoção à saúde, na aprovação de políticas públicas que podem garantir a prevenção, controle e cura da malária, bem como de outras doenças da mesma natureza.

Sumário

1	Introdução.....	22
2	Contextualização.....	24
2.1	Contexto histórico e político da República de Moçambique.....	24
2.2	Organização do poder administrativo e político da República de Moçambique.....	26
2.3	Característica social e situação econômica da população.....	28
3	Revisão de literatura.....	31
3.1	Malária no mundo e na África.....	31
3.2	Malária em Moçambique.....	33
3.3	Malária na Cidade de Maputo.....	34
3.4	Fatores associados à ocorrência da malária em Moçambique.....	35
3.5	História do Programa Nacional de Controle da malária em Moçambique.....	38
4	Objetivos.....	41
4.1	Objetivo geral.....	41
4.2	Objetivos específicos.....	41
5	Justificativa.....	42
6	Enquadramento teórico conceptual.....	43
6.1	Gestão de programa de saúde.....	43
6.2	O Processo de saúde, doença e cuidado.....	46
6.3	Determinantes Sociais da Saúde.....	50
6.4	Planejamento Governamental.....	52
6.5	Descentralização da gestão de Serviços de Saúde.....	53
6.6	Governança.....	55
7	Estratégia metodológica.....	58
7.1	Desenho.....	58
7.2	Local e tempo do estudo.....	58
7.3	Grupos de estudo e critérios de seleção de participantes.....	62

7.4 Procedimentos, métodos e técnicas.....	63
8. Resultados.....	71
8.1 Descentralização das funções da gestão em saúde no Sistema Nacional Saúde na Cidade de Maputo.....	71
8.2 Descrição do Programa Nacional de Controle da Malária.....	74
8.3 Organização do Sistema Nacional de Saúde da República de Moçambique	79
8.4 Gestão do Sistema Nacional de Saúde de Moçambique.....	83
8.5 Organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS) da República de Moçambique....	86
8.6 Gestão do Programa Nacional de Controle da Malária no Sistema Nacional de Saúde na Cidade de Maputo	88
8.7 Contributo da gestão no enfrentamento da malária.....	96
8.7.1 Contributo dos Gestores e Técnicos de Saúde do Programa Nacional de Controle da Malária no Serviço da Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo.....	103
8.7.2 Ações desenvolvidas para o enfrentamento da malária no Serviço da Saúde e na Direção Municipal da Saúde, ambos da Cidade de Maputo.....	108
9. Discussão.....	120
10 Considerações finais e recomendações	132
Referências.....	134
Anexo 1 – Descrição de atores chaves entrevistados e questionados	148
Anexos: 2, 3 e 4-Questionário e roteiro de entrevistas	149
Anexo 5 Fontes documentais.....	155
Anexo 6 Plano de análise	156
Anexo 7 Solicitação de autorização no Serviço da Saúde da Cidade de Maputo.....	158
Anexo 8 Solicitação de autorização na Direção Municipal da Saúde da Cidade de Maputo.....	159
Anexo 9 Parecer sobre recolha de dados da Direção Municipal de Saúde da Cidade de Maputo.....	160
Anexo 10 Credencial para a recolha de dados na Direção Municipal de Saúde da Cidade de Maputo	161

Anexo 11 Autorização para a recolha de dados no Serviço da Saúde da Cidade de Maputo	162
Anexo 12 Aprovação do Comité Nacional de Bioética para a Saúde da República de Moçambique para a recolha de dados.	163
Anexo 13 Aprovação do Comité do Instituto de Saúde Colevida da Universidade Federal da Bahia para a recolha de dados.	165
Anexo 14 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	169

1 Introdução

A malária é uma doença infecciosa que tem cura, não é contagiosa, é parasitária que pode evoluir de uma forma rápida no ser humano e se tornar grave (CANDRINHO, B., *et al.*, 2017, MARQUES, A.C., *et al.*, 2001, PEREIRA, E. A., *et al.*, 2006). A malária é transmitida pela picada do mosquito do gênero *Anopheles* infectado com o *Plasmodium* e pela transfusão do sangue infectado com *Plasmodium* (SEQUEIRA, 2017, MARQUES, A.C., *et al.*, 2001, PEREIRA, E.A., *et al.*, 2006).

A malária continua sendo um problema de saúde pública desde o período colonial, onde o parasita mais frequente é o *Plasmodium falciparum* que foi responsável por cerca de 90,0% de todas as infecções inerentes à malária enquanto que cerca de 9,0% e 1,0% foram representados pelo *Plasmodium malariae* e *Plasmodium Ovale* em 2014 (MISAU, 2006, PLANO ESTRATÉGICO DA MALÁRIA, 2012, ARROZ, 2015).

As ações de controle da malária em Moçambique são antigas, foram desenvolvidas várias intervenções para o controle da doença, tais como: campanhas e distribuição de redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração (REMILD) às gestantes para a prevenção e utilização eficiente, pulverização intradomiciliar e extradomiciliar, rede mosquiteira tratada com inseticida de longa duração, monitoramento entomológico, gestão ambiental e controle da larva com objetivo de prevenir e controlar as novas infeções (PEM, 2012, ARROZ, 2016).

Portanto, esse foi uma discrepância evidente das ações desenvolvidas pelo Sector da Saúde a nível nacional, na tendência de reduzir as novas transmissões vetoriais, as quais foram responsáveis pelos casos e óbitos por malária em Moçambique. O relatório do Programa Nacional de Controle da Malária, do primeiro semestre de 2014, demonstrou que a malária continuava sendo um peso para o Sistema Nacional de Saúde em Moçambique, onde a doença foi considerada responsável por cerca de 40% de todas as consultas externas e até 60% de doentes internados nas enfermarias de pediatria foram admitidos como resultado da malária severa (DOCUMENTO ESTRATÉGICO PARA O CONTROLE DA MALÁRIA, 2009, RELATÓRIO DO PNCM, 2006, p.4). Em 2014, em particular, na cidade de Maputo, foram notificados 33.871 de casos e 36 óbitos por malária (RELATÓRIO-PNCM 1º SEMESTRE, 2014).

O aumento de infeções e óbitos por malária na Cidade de Maputo poderia estar relacionado com o crescimento rápido e desenvolvimento da população urbana, concretamente, nalguns bairros alinhados ao desemprego, insuficiência de recursos humanos e financeiros, fraca coordenação entre setores, baixa cobertura de tratamento preventivo e sistema de transporte deficiente resultado da fraca distribuição de serviços básicos de saúde (PEM, 2012, DIREÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E AÇÃO SOCIAL (DSMSAS), 2015).

Por conseguinte, para aumentar a capacidade gerencial, garantir maior acesso, tornar os serviços mais eficientes e efetivos, reduzir a morbi-mortalidade por malária, o Ministério de Saúde produziu o Programa Nacional de Controle da Malária , 2014 a 2019.

Dadas as circunstâncias descritas acima, o presente trabalho analisou a gestão do Programa Nacional de Controle da Malária, no geral, e especificamente, descreveu o programa, caracterizou a organização do Sistema Nacional de Saúde e a gestão do PNCM e por fim, examinou a contribuição da gestão no enfrentamento da malária na Direção Municipal de Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo. O estudo articulou informações epidemiológicas, níveis de gestão, determinantes sociais de saúde, habilidades do gestor e funções da gestão enquadrando-os nas unidades de análise, nomeadamente: i) projeto de governo, ii) capacidade de governo e, iii) governabilidade do sistema proposto no Triângulo do Governo de Carlos Matus (1993), com objetivo de demonstrar que é possível melhorar a gestão das ações de prevenção, controle e cura da malária.

Desse modo, o presente trabalho analisou a gestão do PNCM na tentativa de responder a seguinte questão: de que maneira a gestão do Programa Nacional de Controle da Malária contribuiu para o enfrentamento da malária na Direção Municipal de Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, 2014 a 2019?

2 Contextualização

O presente trabalho de pesquisa foi desenvolvido no âmbito da descentralização do Sistema Nacional de Saúde (SNS), atinente a gestão dos serviços primários da saúde no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambas da Cidade de Maputo, Moçambique, 2014 a 2019.

2.1 Contexto histórico e político da República de Moçambique

A República de Moçambique foi uma colónia portuguesa até 1975 e durante o período da colonização foi considerada como uma Província Ultramarina de Portugal. Em 1962, na República da Tanzânia, Cidade Capital Dar-es-Salam, foi criado o partido FRELIMO¹ com o objetivo de desencadear uma luta contra o regime colonial Português (SEQUEIRA, 2017).

No dia 25 de setembro de 1964, a FRELIMO iniciou a luta armada contra o regime colonial português rumo a conquista da independência que resultou na celebração do Acordo de Lusaka² assinado na República da Zâmbia, no dia 7 de setembro de 1974, entre o Governo Português e a liderança da FRELIMO e, a independência foi comemorada no dia 25 de junho de 1975 (GONÇALVES, 2009, JANUÁRIO, 2019, MAÚNGUE, 2019).

Depois da independência, a Província Ultramarina de Portugal (Moçambique) passou a ter uma nova designação “República Popular de Moçambique” liderada pelo primeiro Presidente Samora Moisés Machel, que sob a sua liderança, na gestão de desafios impostos pela nova conjuntura, optou pelo regime socialista³ “ideologia marxista-leninista” para a resolução dos problemas trazidos pela independência (GONÇALVES, 2009, MAÚNGUE, 2019, NAMUHOLOPA, 2016).

O regime socialista, dentro da FRELIMO, não foi legitimado, ocorrendo discordância entre os membros, pois, uma parte preferia o capitalismo e outra o socialismo. As desavenças ideológicas dentro da FRELIMO na escolha do novo

¹ Frente de Libertação de Moçambique

² O acordo de Lusaka que teve lugar na República da Zâmbia como objetivo de estabelecer diretrizes para a independência e a transferência de poderes, bem como garantiu o regime durante a fase da transição.

³ Ideias sobre a estruturação do país e governança económica.

regime a seguir culminaram com o início da guerra civil, conhecida como guerra dos 16 anos ou guerra entre a RENAMO (Resistência Nacional Moçambicana) e a FRELIMO, a partir de 1977, dois anos depois da independência (NAMUHOLOPA, 2016). Na mesma conjuntura, sob a liderança do Presidente Samora Moisés Machel, os propósitos do regime não foram alcançados na íntegra devido a guerra civil (Guerra dos 16 anos) e das nacionalizações que culminaram com a saída massiva do país de investidores (MALOA, 2016).

Em 1986, o Presidente Samora Machel perdeu a vida num acidente aéreo em Mbuzini, território da República da África do Sul e, em seguida, o Presidente Joaquim Alberto Chissano ascendeu à Presidência da República Popular de Moçambique em 1986 (ANEME, 2017).

Na tentativa de garantir o bem-estar da população, livre da guerra, a FRELIMO sob liderança do Presidente Joaquim Alberto Chissano (1986 a 2005), em 1990, a Assembleia da República de Moçambique aprovou a nova Constituição da República de Moçambique (CRM) que garantiu a assinatura do Acordo Geral de Paz em Roma-República da Itália a 4 de outubro de 1992, que culminou a introdução do multipartidarismo e com a realização das primeiras eleições gerais em 1994 (ANEME, 2017, GONÇALVES, 2009, MAÚNGUE, 2019).

Baseado, na Constituição da República de Moçambique de 1990, na emenda Constitucional de 1996 e nas Constituições subsequentes, de 2004 e 2018, a República de Moçambique é democrático multipartidário (ANEME, 2017, CESO CI PORTUGAL, 2011). Os Presidentes Joaquim Alberto Chissano (1994 a 2005), Armando Emílio Guebuza (2005 a 2015) venceram as eleições multipartidárias e governaram o país durante dois mandatos que correspondem a 10 anos e Filipe Jacinto Nyusi é o atual presidente que venceu as eleições de 2014 e de 2019 e está a cumprir o seu segundo mandato.

Assim, mesmo com a realização de eleições periódicas a cada cinco anos, quando são eleitos os Deputados da Assembleia da República, das Assembleias Provinciais e Municipais, através de um sistema eleitoral proporcional, os/as Presidentes das Assembleias da República, Provinciais e Municipais são eleitos por um sistema maioritário e os Presidentes dos Municípios e da República são eleitos pela maioria absoluta de votos expressos periódicos a cada cinco anos (ALAR, 2013), com funções representativas, legislativas e de fiscalização das ações do governo,

nomeação da nova estrutura governativa, em particular, os Ministros, com a tarefa de produzir decretos sob orientações do Presidente da República por forma a garantir o seu cumprimento através dos Tribunais (CESO CI PORTUGAL, 2011, CRM, 2004).

Apesar da realização de eleições periódicas a cada cinco anos, a República de Moçambique sofreu crises e guerras cíclicas entre o Governo da FRELIMO e a Liderança da RENAMO, após o anúncio dos resultados eleitorais, com acusações de fraudes eleitorais. A título de exemplo, em 2013, reiniciou a guerra entre FRELIMO e a RENAMO e só terminou com assinatura do acordo sobre a Cessação das Hostilidades Militares entre as duas partes envolvidas com objetivo de garantir a participação da RENAMO nas eleições em 2014 (LEI nº 29/2014 de 9 de SETEMBRO⁴).

No contexto acima descrito, a guerra recomeçou após a publicação dos resultados das eleições em 2015, quando em 2016, o Governo da FRELIMO e a Liderança da RENAMO suspenderam a guerra iniciada, em 2015, com objetivo de garantir a inserção dos homens armados da RENAMO nas Forças Armadas de Defesa de Moçambique (FADEM) e na Polícia de República de Moçambique (PRM), onde o respectivo Acordo de Paz e Reconciliação Nacional foi assinado em 6 de agosto de 2019 com o atual líder da RENAMO, Ossufo Momade e o atual Presidente da República de Moçambique, Filipe Jacinto Nyusi (DE BRITO, 2019).

O Acordo de Paz e Reconciliação Nacional foi contestado pela Junta Militar, que era liderado pelo Mariano Nhongo, que protagonizou vários ataques no centro do país e acabou sendo morto na Província de Sofala pelas Forças de Defesa e Segurança de Moçambique. O processo do desarmamento, desmilitarização e reintegração (DDR) dos homens armados da RENAMO ainda está na fase da implementação.

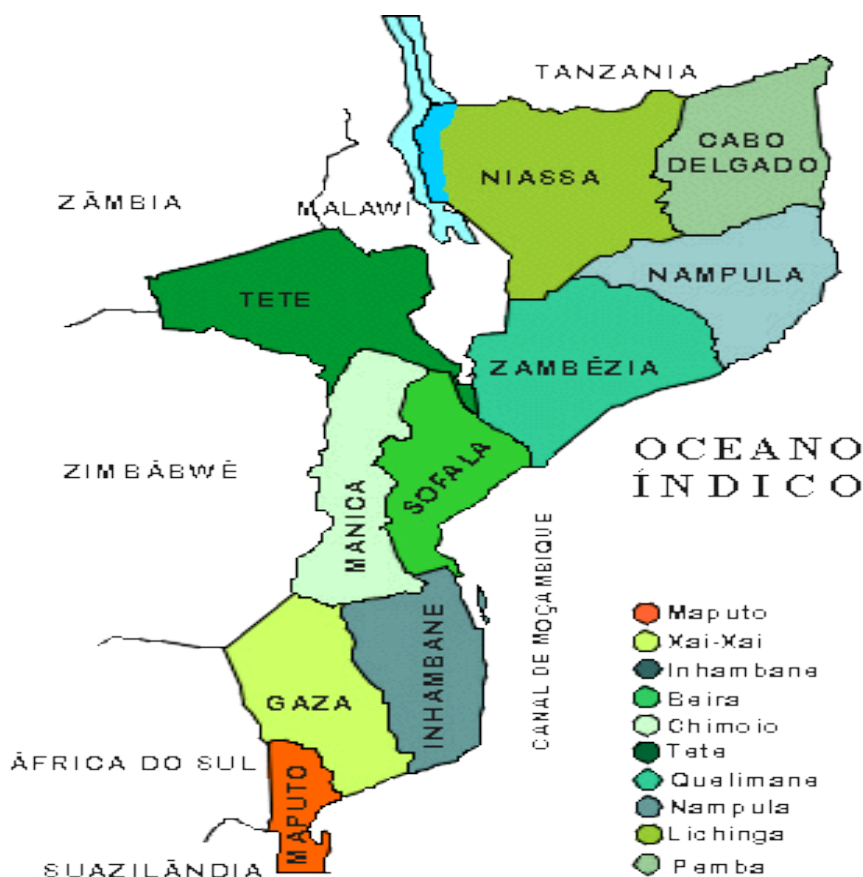
2.2 Organização do poder administrativo e político da República de Moçambique

O Estado Moçambicano está dividido em 11 províncias, onde as mesmas estão distribuídas em três regiões, nomeadamente: i) região norte composta pelas seguintes províncias: Cabo-Delgado, Niassa e Nampula, ii) região centro composta pelas

⁴ Aprova o Acordo sobre a Cessação das Hostilidades Militares.

seguintes províncias da Zambézia, Tete, Sofala e Manica e por fim, iii) região sul composta pelas seguintes províncias: Inhambane, Gaza, Província de Maputo e Cidade de Maputo (Instituto Nacional de Saúde-INE, 2018). A República de Moçambique está situada entre os paralelos 10° 27´ e 26° 52´ de latitude Sul e entre os meridianos 30° 12´ e 40° 51´ longitude Este (Barca, 1992, Muchangos, 1999). Este país está situada na região da África Austral, concretamente, na faixa sul-oriental e faz fronteiras com os seguintes países: República da Tanzânia ao norte, a nordeste com a República de Malawi, a oeste com a República da Zâmbia e do Zimbabwe, a sudoeste com a República da África do Sul e com o Reino de Essuatini, e por fim, banhado pelo Oceano Índico a leste (LANGA, 2021, p.1), conforme ilustra o Mapa 1, em seguida.

Mapa 1. Mapa da República de Moçambique



Fonte: Ministério dos Negócios Estrangeiros e Cooperação (MINEC), 2022.

A República de Moçambique encontra-se dividida e organizada em províncias, distritos, postos administrativos, localidades e povoações, onde possui representantes

em todo território nacional para garantir o controle das funções da gestão do estado, assegurar o desenvolvimento e a coesão entre os povos (Artigos nºs 7 e 262, CRM, 2004).

Neste contexto, alguns órgãos de representação do estado são eleitos e outros por indicação, nomeadamente: no nível central, o Presidente da República é eleito e nomeia por confiança os representantes centrais como é o caso dos Ministros e Vices-Ministros; no nível provincial, os governadores e os presidentes dos Municípios atualmente são eleitos; no nível distrital, os Administradores e Chefes dos postos são nomeados sob orientação do Ministério da Administração Estatal e Função Pública e, por fim, no nível das povoações, os Secretários dos bairros são indicados sob proposta do Bairro (Distrito Municipal), onde baseiam-se nas competências e dedicação das atividades do partido no poder e nos comportamentos no nível local, o Chefe do Quarteirão é eleito pelos Munícipes da zona e por sua vez indica o Chefe das 10 casas pela sua confiança, motivação, dedicação nas atividades na comunidade e no partido no poder.

2.3 Característica social e situação econômica da população

Em 2017, realizou-se o IV CENSO em Moçambique e se estimou a população em cerca de 27.909.798 de habitantes, dos quais 13.348.446 homens e 14.561.353 mulheres (INE, 2017). Sobre a distribuição da população por cidades capitais, a Cidade de Maputo foi a mais populosa se comparado com outras cidades capitais do país com um total de 1.080.277 de habitantes, dos quais 70.136 da população correspondem a 96,3% de jovens com idade que varia de 2 a 24 anos que não sabem ler e nem escrever (MAGUA, 2019). Na República de Moçambique, em particular, na Cidade de Maputo, a agricultura é a base do sustento da população e o governo local incentiva a sua prática para assegurar o bem-estar da população (CRM, 2004).

Portanto, em 2017, cerca de 66,8% da população dedicou-se ao setor primário (agricultura, silvicultura, pesca e extração mineira); 4,5% da população dedicou-se ao sector secundário (indústria manufatureira, energia e construção); 12,9% da população dedicou-se ao setor terciário (transportes e comunicações, comércio, finanças, serviços administrativos); outros serviços com cerca de 7,0% e, por fim, os serviços desconhecidos com cerca de 8,0% (CENSO, 2017).

Língua e religião

Em 1975, após a independência, a República de Moçambique adotou a língua portuguesa como oficial e do ensino em todos os níveis, com objetivo de facilitar a comunicação ao nível nacional (Artigo 10, CRM, 2004). A República de Moçambique possui uma vasta diversidade linguística e cultural, onde a maior parte da população considera o português como segunda língua (ANTÓNIO, 2016), conforme ilustra o Quadro 1, que mostra a distribuição da diversidade linguística ao nível nacional.

Quadro 1. Línguas faladas nas Províncias da República de Moçambique

Línguas	Províncias
Português	Todas as províncias
Makhuwa	Cabo Delgado, Nampula, Niassa, Zambézia, Sofala
Changana	Gaza, Província de Maputo, Cidade de Maputo, Inhambane, Niassa.
Sena	Manica, Sofala, Tete, Zambézia.
Lomwe	Nampula, Niassa, Zambézia.
Chuwabu	Sofala e Zambézia.
Nyanja	Niassa, Tete, Zambézia
Ndau	Manica, Tete
Tshwa	Gaza, Inhambane, Província de Maputo, Sofala
Nyungue	Manica, Tete
Yaawo	Cabo Delgado, Niassa
Makonde	Cabo Delgado
Tewe	Manica
Rhonga	Gaza, Província de Maputo, Cidade de Maputo, Inhambane
Tonga	Gaza, Inhambane, Província de Maputo, Cidade de Maputo,
Copi	Gaza, Inhambane, Província de Maputo, Cidade de Maputo
Manyika	Manica
Cibalke	Manica
Mwani	Cabo Delgado
Koti	Nampula
Swahili	Cabo Delgado
Outras L. M	Todas as províncias
Língua de sinais	Todas as províncias

Fonte: Elaborado por autor baseado nos dados do INE (2010).

O Quadro 1 da distribuição linguística apresenta uma grande diversidade linguística e cultural nas diferentes regiões do país, onde para garantir a comunicação, é necessário ser falante de uma das línguas nos níveis provinciais ou pelo menos ser fluente da língua portuguesa.

O IV CENSO de 2017 mostrou que cerca de 27,2% da população professa a religião católica, 18,9% Islamismo, 15,6% Sião, 15,3% Evangélica, 17,5% Anglicana, 4,8 % outras religiões, 13,9% sem religião e 2,5% da população com uma religião desconhecida (INE, 2017).

3 Revisão de literatura

Com pretensão de averiguar a existência de trabalhos similares para o presente estudo, intitulado “Programa Nacional de Controle da Malária: análise da gestão na Cidade de Maputo, 2014 a 2019”, realizou-se uma revisão da literatura na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BCS), Scielo, MedLine, LILACS, e Web of Science. Neste contexto, para a localização da informação, usamos os seguintes descritores: gestão de programa de saúde, controle da malária e descentralização de serviços de saúde, onde foram selecionados os trabalhos mais pertinentes.

O período de busca foi referente aos 10 anos, de 2005 a 2015 em função da necessidade de averiguar as publicações científicas relativas ao tema em análise, onde privilegiou-se os seguintes critérios para o alcance dos objetivos estabelecidos, nomeadamente: trabalhos que abordam a gestão de programa em saúde, descentralização de serviços de saúde, controle da malária, trabalhos publicados recentemente, seus objetivos, resumos e resultados, onde por fim, a correlação entre as análises localizadas e o presente estudo e em contrapartida, foram excluídos artigos e trabalhos que não se aproximavam aos critérios anunciados.

3.1 Malária no mundo e na África

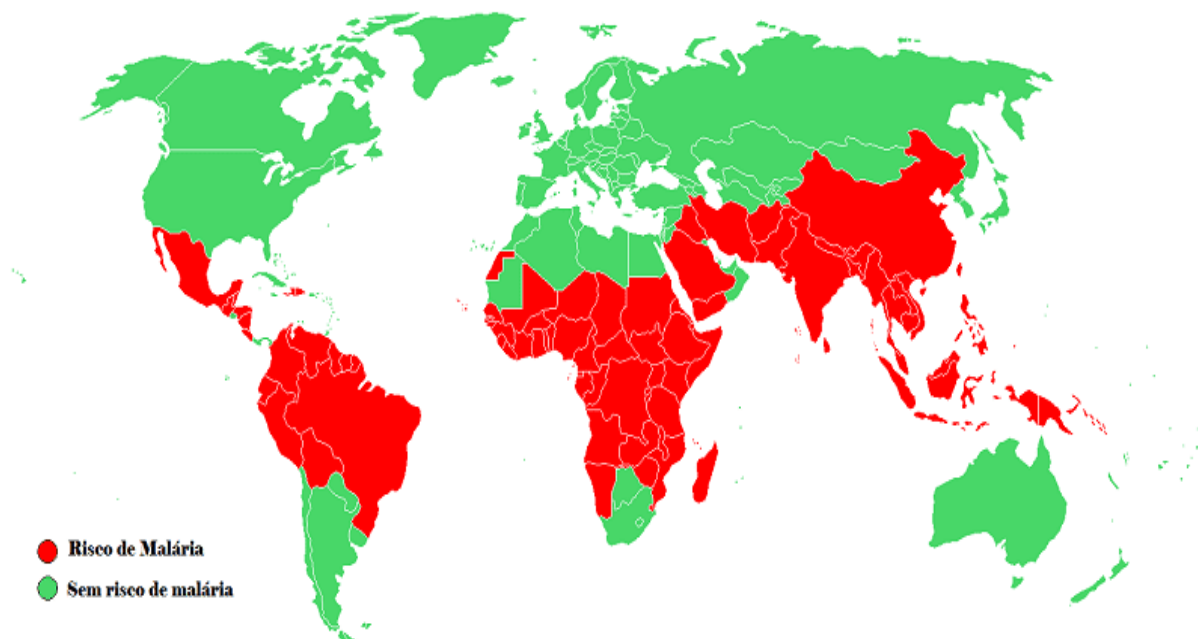
A malária é uma doença provocada pela picada do mosquito *anopheles*, infectado por plasmodium, onde o *Plasmodium falciparum* é considerado parasita frequente no continente africano, onde representa cerca de 90% de infeções, seguido de *Plasmodium malariae* e *Plasmodium ovale* com 9% e 1% respectivamente (ARROZ, 2016, GOMES, *et al.*, 2011, IIM⁵, 2018,).

Desde antiguidade, a malária foi considerada como sendo problema de saúde pública em mais de 90 países, apesar de apresentar número de casos e óbitos diferentes, onde em particular, deixou de ser problema de saúde pública para os países da América do Norte e da Europa desde meados dos século XX, contudo, os poucos casos que foram registrados no Canadá não foram de transmissão local (CAMARGO, 2003, GOMES, *et al.*, 2011). Atualmente, a malária representa um perigo para mais de 100 países no mundo, onde a maioria das infeções registram-se no sul da África Subsaariana, com cerca de 207 milhões de casos e 627 mil mortes

⁵ Inquérito Nacional Sobre Indicadores de Malária.

por ano, onde Moçambique faz parte, na Ásia e na América Latina (ARROZ, 2017, COSTA & VICTÓRIA, 2006, LADISLAU, 2006, OMS, 2015, OPAS, 2001) conforme ilustra o Mapa 2, inerente a distribuição espacial da malária no mundo.

Mapa 2. Mapa das áreas que correm o risco de transmissão de malária no mundo



Fonte: OMS, 2014

No continente africano, as novas infeções da malária foram favorecidas pelo clima tropical, concretamente, no período chuvoso, onde as temperaturas são elevadas, associado à outros determinantes sociais da saúde, que condicionam e expõem a população às novas infeções, em particular, em Moçambique onde a malária é considerada como uma das causas que leva a população a procura de assistência médica (MISAU, 2007, CASSY, 2019).

A malária ainda continua sendo um peso à nível mundial, mas sobretudo no continente africano, onde foi responsável por mais 91% de casos de óbitos sobretudo em crianças menores de cinco anos, em 2010 (DAMASCENO, 2013). Apesar da introdução de novas estratégias para a erradicação da malária, em 2015, a África Subsaariana foi responsável por cerca de 90% dos casos e 92% dos óbitos, onde 70% dos óbitos ocorreram em crianças menores de cinco anos (JÚNIOR, 2016).

3.2 Malária em Moçambique

A malária tem cura e ainda continua sendo um desafio na República de Moçambique devido a vários fatores de risco que expõem a população às novas infeções, onde a malária foi considerada com causa principal de mortalidade nos hospitais moçambicanos que representou cerca de 40,0% de todos os exames externos (RELATÓRIO DO PNCM, 2006, MISAU, 2006, CANDRINHO, 2007).

A malária continuou a causar óbitos nos hospitais moçambicanos que é condicionado pelos determinantes sociais de saúde (baixas condições de vida associadas ao alto grau de alfabetismo, baixo nível de saneamento, fraca distribuição de água, insuficiência de hospitais; entre outros) que expõem a população (NWETI, 2010), conforme ilustram os dados no Quadro 2, em seguinte.

Quadro 2. Número em semanas epidemiológicas de casos e óbitos por malária nas Províncias da República de Moçambique em 2006.

Província	Semanas epidemiológicas	Casos	Óbitos
Cidade de Maputo	51	360.623	579
Província de Maputo	51	192.929	43
Gaza	52	909.783	367
Inhambane	48	476.955	206
Sofala	52	595.559	722
Tete	52	412.922	384
Manica	52	430.182	251
Zambézia	52	759.010	548
Nampula	52	1.214.765	1.160
Niassa	50	4.638	428
Cabo Delegado	50	411.182	297

Fonte: Elaborado pelo autor (2022) a partir dos dados do Relatório do PNCM (2006) e do INE (2017).

Os dados descritos no Quadro 2 revelam que, em 2006, a malária ainda continuava sendo um peso no Sistema Nacional de Saúde (SNS) da República de Moçambique influenciados por vários fatores de risco que expuseram as comunidades às novas infeções por malária, em particular, na Cidade de Maputo, onde ocorreram cerca de 360.623 casos e 579 óbitos em 51 semanas epidemiológicas por malária.

3.3 Malária na Cidade de Maputo

A malária na Cidade de Maputo continua sendo preocupante, onde várias ações foram desenvolvidas para o seu controle, nomeadamente: elaboração de planos e programas com introdução de novas ferramentas metodológicas e sistematizações a médio e longo prazos com pretensão de reduzir os casos e óbitos por malária (PNCM, 2007, REQUIXA, 2012).

O governo de Moçambique, através do Ministério da Saúde, das Direções Provinciais, Distritais e dos Municípios, procurou desenvolver várias ações de enfrentamento para o controle da malária. Neste âmbito, os programas nacionais de controle da malária elencam uma série de estratégias e intervenções, tais como: pulverização intra-domiciliária, uso correto da rede mosquiteira tratada com inseticida de longa duração, uso da roupa com mangas compridas, janelas e portas de casas protegidas com redes, diagnóstico e tratamento da malária, porém não especificam como devem ser geridas as ações para cada setor, as metas a curto e médio prazos para a realização das atividades de forma individual bem como de forma coletiva (MISAU, 2006, PESS, 2014).

Em 2014, as informações recolhidas através do estudo descritivo transversal e da pesquisa bibliográfica revelaram que os casos e óbitos por malária ainda continuam altos, conforme ilustra o Quadro 3, em seguida.

Quadro 3. Casos e óbitos ocorridos por Província no primeiro semestre na República de Moçambique em 2014.

Província	Casos	Óbitos
Cidade de Maputo	33.871	36
Província de Maputo	131.936	52
Gaza	291.922	173
Inhambane	364.498	180
Sofala	365.121	213
Tete	243.332	80
Manica	363.340	173
Zambézia	443.311	247
Nampula	565.542	603
Niassa	241.162	57
Cabo Delegado	253.351	123

Fonte: Elaborado por autor(2022) a partir de ARROZ (2016).

O Quadro 3 revela que a Cidade de Maputo registrou menor número de casos e óbitos se comparado com as restantes províncias do país.

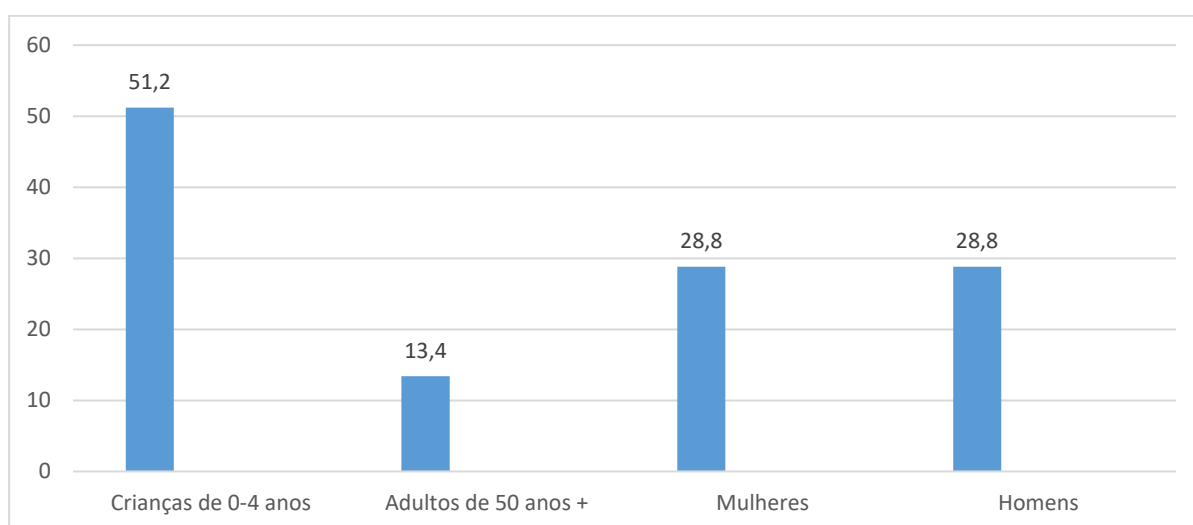
3.4 Fatores associados à ocorrência da malária em Moçambique

A malária continua sendo uma doença endêmica em Moçambique, onde o *Plasmodium falciparum* representa cerca de 90% das infecções e os outros parasitas como *Malariae* e *Ovale* representam cerca de 9,1 e 0,9% das infecções no país, onde as novas infecções de malária foram condicionados pelos diferentes determinantes sociais de saúde, nomeadamente: socioculturais, ambientais, políticos e económicos (DA SILVA, *et al.* 2012, ARROZ, 2014, SEQUEIRA, 2019, CASSY, 2019, NAMICANO, 2020).

Um estudo analisou os determinantes do desempenho dos agentes comunitários da malária: uma revisão sistemática que revelou que os agentes comunitários são uma mais valia na cobertura e no êxito das estratégias, onde o estudo apontou a falta da organização para orientar as análises que define o desempenho dos agentes polivalentes elementares nos programas de precaução e controle da endemia da malária (CHIPUKUMA, *et al.* 2018).

Um outro estudo desenvolvido pelo INCAM 2007/8 (2009) revelou que cerca de 58,9% da população com menos de 10 anos esteve infectada com o parasita causador da malária nos anos de 2002 e 2003 que representou cerca de 40% das consultas externas em Moçambique, conforme mostra o Gráfico 1, em seguida.

Gráfico 1. Percentual de óbitos devido a malária por faixa etária, na República de Moçambique em 2007.



Fonte: Adaptado pelo autor a partir dos dados do Inquérito sobre Causas de Mortalidade (INCAM) (INE, 2007/8, 2009).

Os dados estatísticos descritos no Gráfico 1 revelam que a malária foi responsável por cerca de 51,2% de óbitos em crianças de 0 a 4 anos, 13,4% em adultos com mais de 50 anos de idade, com igual percentagem de 28,8% homens e mulheres em 2007/8. A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), a malária, doenças do sistema circulatório, os acidentes/causas externas, neoplasma maligno, causas perinatais, pneumonia, tuberculose, doenças diarreicas, e outras doenças, foram responsáveis pelas mortes na Cidade de Maputo (INQUÉRITO NACIONAL SOBRE CAUSAS DE MORTALIDADE 2007/8, 2009). Os novos estágios da malária estão relacionados aos diferentes determinantes sociais de saúde, nomeadamente: socioculturais, ambientais, políticos e económicos (DA SILVA, *et al.*, 2012, NAMICANO, 2020).

A malária é condicionada por vários fatores de risco que concorrem para o aumento de casos e óbitos em Moçambique, em especial na Cidade de Maputo, onde o principal problema é o ambiente doméstico inadequado (SEQUEIRA, 2019, NAMICANO, 2020). O número elevado de analfabetismo, o mau uso dos métodos de prevenção, construções desordenadas, fraca cobertura de serviços de saúde, as altas temperaturas e a precipitação, associadas ao clima tropical sobretudo no período chuvoso, a demora no atendimento, as desigualdades sociais, políticas e históricas-sociais, as migrações nacionais e internacionais, são apontadas como condicionadores de aumento de casos e óbitos por malária (NAMICANO, 2020).

A par das publicações feitas noutros países do Mundo, como no Brasil, foi desenvolvido um estudo inerente ao planeamento e execução das ações de vigilância sanitária (VISA) que teve como pretensão compreender os modos organizacionais e de gestão de correspondência compreensiva entre os profissionais engajados no controle de riscos à saúde, ultrapassando o aspecto normativo das atividades de controle atual, onde no final, o estudo sugeriu uma associação eficiente de ações envolvendo profissionais de saúde, comerciantes e clientes, com pretensão de dividirem as responsabilidades na administração do risco à saúde de produtos, trabalho e ambientes submetidos às atividades de vigilância sentinela (LEAL & TEIXEIRA, 2017).

Ainda no Brasil, Pinafo, *et al.*, (2016) desenvolveram um estudo que examinou a desconcentração da Administração da Saúde no nível local e suas consequências para o sucesso completo e atenção aos usuários, onde o estudo revelou que foi

possível estabelecer a descentralização, porém, persistiam problemas na média, na alta complexidade e financiamento.

Nascimento, *et al.*, (2020), numa outra visão, fizeram uma avaliação da execução das ações de acompanhamento de intervenções e de comprovação da cura pelos Técnicos da Saúde do Programa de Controle da Malária, onde constataram que os microscopistas, examinados em nove ações obtiveram maior percentual do alcance da execução das ações, enquanto os enfermeiros e agentes de controle de endemias tiveram índice da execução parcial ou não realizaram determinadas atividades.

Em Moçambique, Fernandes, *et al.*, (2007), analisaram a malária do ponto de vista epidemiológico no que concerne a resistência da sulfadoxina-pirimetamina em Maputo, Moçambique: frequência de variações nos genes enzima bifuncional dihidrofolato reductase (*dhfr*) e enzima dihidropteroato sintetase (*dhps*) do *Plasmodium falciparum*, onde o estudo apontou a ocorrência de modificações essenciais nos genes examinados e a regularidade de acordos de três *alelos em dhfr* (51^{Ile}, 59^{Arg} e 108^{Asn}) considerados quintuplo variável (*dhfr*) imperfeição terapêutica no sétimo dia após intervenções com sulfadoxina/pirimetamina (S/P).

Arroz (2017) desenvolveu um estudo intitulado “Comunicação para a mudança social e de comportamento na luta contra a malária em Moçambique⁶”, onde abordou apenas as medidas profiláticas da malária na África, em particular, em Moçambique, onde o estudo apontou a tarefa da comunicação social e da transformação de atitudes como uma potencial intervenção chave na prevenção e controle da endemia da malária em Moçambique e igualmente, revelou que a divulgação das medidas de prevenção e controle da malária nas redes sociais constitui uma mais valia no fornecimento de informações, habilidades e confiança nas ações de promoção da saúde e mudança do comportamento.

Matsinhe & Namburente (2019) estudaram a descentralização dividida: aspectos organizacionais das desigualdades em saúde em Moçambique, concretamente, nas Cidades de Maputo e de Quelimane, onde obtiveram como

⁶O texto em língua estrangeira é: “Social and behavior change communication in the fight against malaria in Mozambique (ARROZ, 2017, tradução nossa).

resultado: a desconcentração das ações foi suspensa e notou-se a fraqueza de compromisso dos gestores.

A partir dos estudos apresentados, podemos inferir que para garantir um estado saudável da população distante dos fatores associados à ocorrência da malária na Cidade de Maputo, é necessário uma gestão eficiente e efetiva de fatores que expõem a população ao risco, melhorar a interação e a interdependência entre as funções da gestão, níveis da planificação e determinantes sociais de saúde, bem como, o deve ser do gestor e o pode ser no enfrentamento da malária através dos procedimentos da gestão. Na execução da planificação, o gestor deve articular e coordenar as ações do político (o poder ser), do técnico (o dever ser) e dos propósitos do programa por forma a garantir a interdependência na gerência das funções da gestão que se pode aplicar no Programa Nacional de Controle da Malária (MATUS, 1983).

Apesar da existência de uma vasta literatura que aborda a malária, os trabalhos existentes versam sobre o problema da malária, medidas preventivas numa perspectiva epidemiológica, de um controle isolado e diferente da análise que se pretende fazer neste presente trabalho, isto é, durante a revisão notou-se que há lacunas nos modelos explicativos, no concernente a natureza interdisciplinar e na articulação ou interconexão das informações que podem contribuir para melhorar as ações de enfrentamento da malária.

3.5 História do Programa Nacional de Controle da malária em Moçambique

As ações de enfrentamento da malária em Moçambique são antigas. Em 1937, no Governo Colonial, foi produzida e projetada a campanha de Erradicação da Malária e igualmente, foi criada a estação Antimalárica de Lourenço Marques, atualmente, na Cidade de Maputo, porém, as suas ações foram limitadas e restringiam-se apenas às grandes cidades, onde se encontravam os médicos e conseqüentemente excluíram a população da assistência médica e da política de prevenção da malária. A política de prevenção, controle e cura da malária no período colonial foi marcada pela negligência.

Em 1950, foram desenvolvidas ações remotas inerentes ao controle da malária, onde produziu-se o Programa Global de Erradicação da Malária e o mesmo foi reproduzido com a nova designação de “Programa Nacional de Controle da Malária” (PNCM) em 1982, que só foi implementado em 1991 depois do fim da guerra civil ou

guerra dos 16 anos entre a FRELIMO e a RENAMO, onde o Programa Nacional de Controle da Malária relatou a primeira resistência do *Plasmódio falciparum* a Cloroquina (CQ) (MISAU, 2006).

No ano de 2000, a malária continuava endêmica e representava cerca de 40% de todos os exames externos e 60% de internamentos nas enfermarias de pediatria (MISAU, 2006) e foram tomadas as seguintes medidas para a redução: introdução de Testes de Diagnóstico Rápido (TDR), utilização de Sulfadoxina/Primetamina (SP) e da Cloroquina (CQ) na medicação da malária não complicada após a resistência antimalárica e distribuição de redes mosquiteiras impregnadas em todo o país (HISTÓRICO DO CONTROLO DA MALÁRIA EM MOÇAMBIQUE (HCMM), 2018). As ações de enfrentamento da malária prosseguiram em todo o país, onde foi introduzido na Província de Maputo a primeira Linha baseada na Combinação Terapêutica contendo derivados da Artemísia (ACT) no âmbito da Iniciativa de Desenvolvimento Espacial dos Libombos (IDEL) em 2002 (MISAU, 2006).

Na Cidade de Maputo face a continuação de índices elevados de casos e mortes por malária em 2004, o Ministério da Saúde introduziu uma nova linha terapêutica chamada Artesanato (AS) em substituição da primeira linha de 2002 e introduziu o Plano Nacional da Política de Tratamento Combinada à base de Artemisinina (ACT) de Artesanato (AS) e Sulfadoxina-Primetamina (SP), mantendo a segunda e a terceira linha de tratamento nos finais de 2004, onde introduziu, igualmente, a estratégia do Tratamento Intermitente Preventivo (TIP) (MISAU, 2006).

No desenvolvimento de ações tendentes a redução de casos e óbitos por malária, o Ministério da Saúde criou, em 2005, um órgão deliberativo intitulado Comissão Nacional de Luta Contra a Malária (CNML) e iniciou as ações de pulverização intra-domiciliária em 2005/2006, tendo anunciado que a malária era um problema de saúde pública e, em seguida, aprovou o Plano Estratégico de Controle da Malária, 2006 a 2009. As Iniciativas de Desenvolvimento Espacial dos Libombos- IDEL, em 2007, foram expandidas para a Província de Gaza até 2009 e, igualmente, foram introduzidos os Testes de Diagnóstico Rápido.

O Ministério da Saúde, através do PNCM, em 2009, adotou a política de acesso universal de redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração, em 2010, aprovou a Política Nacional de atenção integrada às doenças infantis no nível comunitário. Na mesma conjuntura, das ações de gestão de casos de malária, a

utilização de Teste de Diagnóstico Rápido (TDR) pelos Agentes Polivalentes Elementares nas comunidades foi iniciada em 2011 e aprovou-se também o Plano Estratégico da Malária, 2012 a 2016, em 2012.

As ações combinadas de exames externos para Teste de Diagnóstico Rápido (TDR) e controle de qualidade de microscopia e criação da Aliança Moçambicana para a Eliminação da Malária (MALTEM) foram iniciadas em 2014 e em 2015, nas províncias de Cabo Delgado, Sofala, Tete e Gaza, através do PNCM, Instituto Nacional da Saúde de Moçambique e Organização Mundial da Saúde quando foram realizadas as ações de correção do Plano Estratégico de Controle da Malária, estudo da eficácia medicamentosa da malária e iniciadas ações de Jornada Integral para redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração e distribuídas em 41 distritos do país e desenvolvidas ações de enfrentamento da malária nos países da região transfronteiriça, nomeadamente: África do Sul, Moçambique e Reino de Essuatíni (HCMM, 2018)

A Modernização da Estratégia Integrada de Gestão de Vetores e protocolo de Resistência a Inseticidas foi iniciada em 2016, onde a malária passou a ser agenda Presidencial. Igualmente, foi avaliado o Plano Estratégico da Malária-PEM, 2012-2016, com objetivo de melhorar na elaboração do Plano Estratégico da Malária 2017-2022 (IIM, 2018).

No período de 2016 a 2017 foram intensificadas as ações do PNCM de distribuição de redes mosquiteiras e em 2018 foram desenvolvidas as seguintes ações: administração de casos de malária e um estudo sobre a eficácia terapêutica do Arteméter-Lumefantrina (AL) e Artesunato-amodiaquina (AS-AQ) (HCMM, 2018). Na mesma perspectiva, foi desenvolvido um estudo descritivo que abordou habilidades dos Programas Nacionais de Controle da Malária para implementar a vigilância de vetores: uma análise global, onde destacou a necessidade de resolver o problema da malária baseado no trabalho qualificado, financiamento e uma gestão sólida coordenada por um plano estratégico, com pretensão de identificar os pontos fracos e fortes que sustentam a implementação da vigilância de vetores e atividades de controle pelos elementos centrais da capacidade do programa referente ao financiamento, infra-estrutura, recursos humanos, estratégias, logística e sistemas de informação (RUSSELL, *et al.*, 2020).

4 Objetivos

4.1 Objetivo geral

- Analisar a gestão do Programa Nacional do Controle da Malária no Serviço da Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, no período de 2014 a 2019.

4.2 Objetivos específicos

- Descrever o Programa Nacional de Controle da Malária para o controle da malária no Serviço da Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, no período de 2014 a 2019.
- Caracterizar a organização do Sistema Nacional de Saúde e a gestão do Programa Nacional de Controle da Malária para o enfrentamento da malária na Direção Municipal de Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, no período de 2014 a 2019.
- Identificar a contribuição da gestão do Programa Nacional de Controle de Malária para o enfrentamento da malária no Serviço da Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, no período de 2014 a 2019.

5 Justificativa

A razão que justificou a escolha do tema teve a ver com a pertinência na investigação na área do planeamento e gestão em saúde. O estudo visou analisar a gestão do PNCM, onde o descreveu, caracterizou a organização do Sistema Nacional de Saúde e a gestão e igualmente, examinou a contribuição da gestão do PNCM para o enfrentamento da malária. O estudo foi enquadrado no triângulo do governo (CARLOS MATUS, 1993), auxiliado pelas as funções da gestão, habilidades do gestor, níveis de gestão e determinantes sociais de saúde no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo.

A análise foi motivadora e inovadora pela sua natureza interdisciplinar, articulou informações epidemiológicas da malária, da gestão de determinantes sociais de saúde que condicionavam a exposição da população às novas infeções por malária e trouxe, igualmente, informações contribuintes para uma nova visão da gestão das ações de enfrentamento da malária.

Da revisão da literatura realizada foi notável que existem poucos trabalhos publicados que tratam dos aspectos da gestão do PNCM em Moçambique, onde os poucos trabalhos existentes abordam pontos particulares do problema e não na visão integradora como se pretende analisar neste estudo.

A abordagem do tema oferece inúmeras vantagens aos gestores de PNCM, dado que, permite aos Gestores e Técnicos de Saúde compreenderem o passado e o presente, por forma a perspectivar melhor os próximos modelos de gestão, bem como na identificação de pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças que trazem uma nova visão para procedimentos de prevenção, controle e cura da malária através dos processos da gestão.

6 Enquadramento teórico conceptual

O presente estudo centrou-se nas funções de gestão, níveis de gestão, capacidade do gestor e nos determinantes sociais de saúde no PNCM, enquadrado nos três vértices do Triângulo de Governo proposto por Carlos Matus (1993) que alberga vários saberes, nomeadamente: projeto do governo, capacidade do governo e governabilidade do sistema para o enfrentamento da malária, em que foram acolhidos os seguintes conceitos: gestão do programa de saúde, planeamento governamental e descentralização de serviços de saúde. A escolha dos conceitos não foi de uma forma aleatória, foram elementos ligados ao sujeito em análise e a própria teoria que suporta a abordagem do tema em estudo.

6.1 Gestão de programa de saúde

Os conceitos de gestão, administração e gerência são semelhantes, mas na prática, a partir de visões ideológicas, podem ser diferentes.

Administração é um processo que alberga cinco funções, nomeadamente: antecipar, organizar, dirigir, controlar e sistematizar para o cumprimento dos objetivos pré-definidos na instituição (CHIAVENATO, 2009). Administração é um recurso importante para o cumprimento dos objetivos programados numa instituição a partir de uma interação constante entre a planificação, organização, controle e direção.

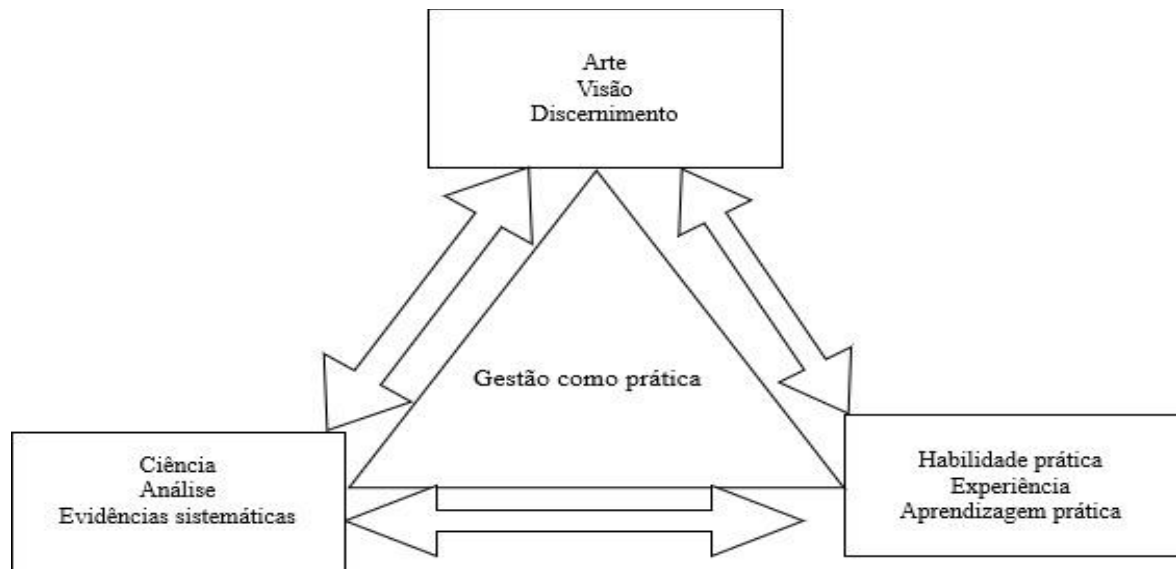
Portanto, a gerência pode ser entendida como capacidade de refletir, de liderança, de planejar, de organizar, de controlar empiricamente, de antecipar, de qualificar, de apreciar, de entender, de resolver problemas adquiridos por meio da experiência com objetivo de garantir que a instituição sirva os seus propósitos básicos num determinado contexto a partir de uma interação permanente (MOTTA, 2007, MINTZBERG, 2010).

A gerência pode ser entendida como uma capacidade de interação, de reflexão, intelectual, de crítica, de conduta, de agir, de coordenação e cooperação para poder resolver certos problemas no seio das equipas técnicas do trabalho com objetivo de cumprir as necessidades institucionais estabelecidas.

Compreendemos a gestão como uma forma de alcançar os objetivos a partir do engajamento dos recursos humanos afetos na instituição. A gestão não pode ser considerada como ciência, mas agrega o conhecimento científico para o alcance dos seus propósitos, onde pode ser investigado a partir de três elementos fundamentais,

nomeadamente: a capacidade prática, arte e ciência, conforme ilustra a Figura 1 (MINTZBERG, 2010).

Figura 1. Diagrama da gestão como arte, habilidade prática e ciência



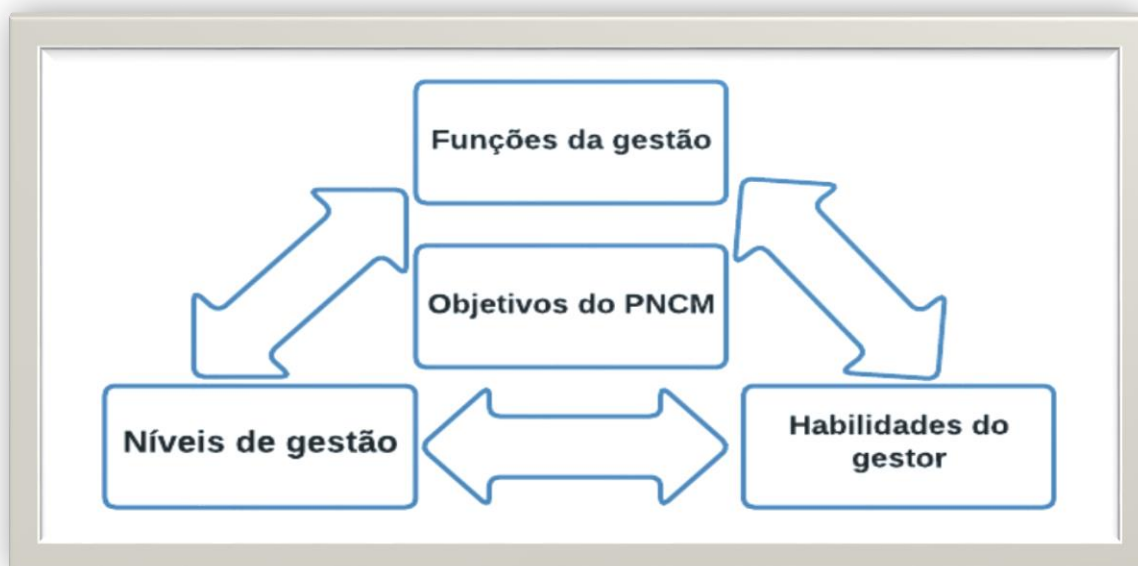
Fonte: MINTZBERG (2010).

Na gestão como prática, o gestor, para o alcance dos seus propósitos pré-definidos, coloca permanentemente em prática todas as suas opiniões, suas habilidades adquiridas quotidianamente durante o decurso das suas atividades práticas e faz a conexão com a arte que resulta do ponto de vista do gestor e com a ciência para a sistematização do conhecimento (MINTZBERG, 2010).

A análise da gestão como prática no triângulo mostra que o alcance dos propósitos numa instituição depende do contexto ou da situação, isto é, não existe uma forma eficiente de comandar. O gerente precisa colocar em prática todo seu saber prático e teórico para poder tomar decisões eficientes e melhor agir para o alcance dos objetivos institucionais planejados. Neste contexto, importa destacar que a gestão não pode ser entendida como uma profissão e nem como uma ciência justificado pela permanência das suas práticas.

Para o alcance dos propósitos esperados da gestão de programa numa instituição, o gestor deve ser flexível e colocar as funções da gestão (planejar, organizar, dirigir e controlar) numa situação de interação, interdependência cíclica com as suas capacidades (conceitual, técnica e de relações humanas) e os níveis de gestão (institucional, intermédio e operacional), conforme ilustra a Figura 2.

Figura 2. Interação entre os níveis de gestão, funções da gestão e capacidade do gestor.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022, baseado em TENÓRIO (2009).

As funções da gestão têm como objetivo crucial modificar as atividades institucionais em resultados. A organização define o agir comunicativo e estratégico entre o pessoal técnico no seio da instituição e alocação de recursos para o alcance dos objetivos programados.

O planejamento é uma ferramenta que possibilita a projeção futura partindo da realidade inicial, avalia o percurso a seguir, racionaliza, interpreta e examina as ações a seguir para o alcance dos propósitos pré-definidos no ato da elaboração do plano (FORTIS, 2010). A direção é uma função que consiste em direcionar alocação de recursos e proporciona a motivação, liderança e comunicação para o alcance dos resultados planejados. O controle consiste em fazer cumprir o planejado, a interdependência e evitando as perturbações nas quatro funções da gestão na instituição.

As funções da gestão precisam ser enquadradas nos níveis de gestão, onde o nível institucional é referente ao nível superior da organização, o intermédio é referente a capacidade estratégica e por fim, o nível operacional corresponde a habilidade técnica e de execução das atividades previstas na gestão do programa.

A maior parte das instituições ou organizações não cumprem com os seus propósitos por falta de recursos e da definição clara de objetivos e estratégias, onde para o cumprimento e seguimento das expectativas e estratégias de gestão do programa de saúde, o gestor das ações de saúde poderia compreender que a gestão do programa de saúde é uma atividade conjunta e não é possível ser cumprido os seus os objetivos institucionais de forma individual e sem a coordenação e interação interdependente entre as funções da gestão.

O gestor de programa de saúde poderia ter as seguintes capacidades: interpessoais (ser modelo, líder e ter a capacidade comunicativa), esclarecedor (porta-voz, propagador e instrutor) e por fim; decisório (ser intermediário, dinâmico, gestor de recursos) para poder cumprir na íntegra com eficiência os propósitos da instituição ou organização (MINTZBERG, 1989).

6.2 O Processo de saúde, doença e cuidado

A doença na antiguidade era percebida como castigo divino, resultado de não cumprimento das práticas religiosas, culturais, fraca interação com as forças sobrenaturais, onde para o restabelecimento das relações era necessário a realização de cerimónias tradicionais lideradas pelos padres ou pelos abençoadores (BARROS, 2002, HERZLICH, 2004).

Portanto, com o decurso do tempo e com o avanço da ciência, concretamente, o conceito médico, começou no Egito a percepção de que a doença é natural e pode ser curada sem a intervenção divina; a nova visão foi conhecida como *medicina empírico-racional* (BARROS, 2002).

A doença começou a ser percebida como resultado da instabilidade dos seres humanos com a influência de fatores sociais enquanto que a saúde é o inverso (BARROS, 2002). Nesta perspectiva, é bastante difícil tratar a doença de forma isolada de saúde e de cuidados, isto é, são conceitos interdependentes onde o profissional de saúde no âmbito das suas atividades tende a reproduzir uniões e afastamentos (PINHO & SANTOS, 2007).

Assim, partindo da compreensão do processo de saúde-doença, importa referir que o processo em referência foi percebido conforme os objetivos da comunidade num determinado período (PINHO & SANTOS, 2007). Nesse sentido, pensar no processo de saúde, doença e cuidados no momento atual, é refletir sobre os métodos com

pretensão de garantir o bem-estar da população num determinado contexto social no concernente às obrigações individuais e do grupo no todo (PINHO & SANTOS, 2007).

É necessário considerar o processo de saúde, doença e cuidados como um procedimento social tendo em conta que a doença se evidencia no seio do grupo social, onde o mesmo grupo social com as mesmas condições de vida apresenta características semelhantes da doença (LAURELL, 1982).

A malária é resultado da interferência de vários determinantes sociais de saúde e para o seu processo de saúde, doença e cuidado é necessário compreender a origem da doença, estabelecer uma interação entre as causas-efeitos para poder prevenir, controlar e delimitar estratégias para o seu enfrentamento. Ainda na mesma perspectiva, no processo de saúde, doença e cuidados, para poder curar a doença é necessário conhecer o paciente (o indivíduo), as suas práticas culturais, enfim, os determinantes sociais de saúde que o rodeiam e produzam a doença (SILVA, 2006).

Esse modelo conceitual em saúde apresenta uma nova forma de ver o processo saúde-doença. Tal forma tem sua origem na Europa, no século XIX, num movimento chamado de Movimento de Medicina Social. Virchow⁷, um dos médico-sociais (depois veio a ser conhecido também como patologista), afirmava que as pessoas adoecem e morrem em função do jeito que vivem. E este jeito de viver é determinado social-cultural e economicamente (caracterizando o contexto de aparecimento da doença (VERDI Dr^a, *et.al.*, 2010).

Assim, importa referir que o processo de saúde, doença e cuidado foi percebido conforme os objetivos da comunidade num determinado período, onde atualmente reflete sobre os métodos com pretensão de garantir o bem-estar da população num determinado contexto social, no concernente às obrigações do grupo, de um doente, entre outros (PINHO & SANTOS, 2007). Neste contexto, é necessário considerar duas tendências para defender o incentivo do bem-estar, nomeadamente: i) direcionado na conduta das pessoas e na sua maneira de viver⁸

⁷ VIRCHOW, Rudolf Ludwig Karl (1821-1902) foi defensor da medicina social e, depois, considerado “gerador” da patologia.

⁸ Conduta dos membros da sociedade na transformação dos fatores de riscos para garantir o bem estar individual e comum na tendência de prevenir e vigiar, onde a vigilância é de caráter individual.

e; ii) na concepção de políticas públicas e na conjuntura oportuna ao bem-estar⁹ (BUSS, 2003).

Sigerist¹⁰ (1942) considera que o médico no desenvolvimento das suas funções deve ter em conta quatro obrigações, nomeadamente: i) proporcionar saúde¹¹, ii) prevenir doenças, iii) definir a doente e iv) regenerá-lo. Neste contexto, IDE, C. A. C. & CHAVES, E. C. (1990) consideram que as obrigações referidas por Sigerist (1942) foram muito importantes tendo em conta a superação do modelo causal¹², (multicausalidade) na origem da doença (malária) e do conceito ecológico na origem da doença (interligação do indivíduo e ambiente)¹³, onde a origem da doença extrapola os dois conceitos, nomeadamente: médico-clínico e ecológico, e para tal é necessário o médico-gestor adotar outras alternativas conceituais mais amplas para explicar a doença (IDE & CHAVES, 1990).

A saúde, nesta vertente, resultaria da relação entre um homem, historicamente localizado, com uma função específica no sistema de produção, e a sua inserção num meio natural e social, que molda sua atitude face aos sinais de alterações que lhe são dados perceber (IDE & CHAVES, 1990, p.165).

A doença (malária) é resultado da interferência de vários determinantes de saúde e para o seu processo de saúde, doença e cuidado, é necessário compreender a origem da doença, estabelecer uma interação entre as causas e consequências para poder prevenir, controlar e delimitar estratégias para a sua cura. Sendo assim, no processo de saúde, doença e cuidados, para poder curar a doença é necessário conhecer o paciente (o indivíduo), as suas práticas culturais, os determinantes sociais de saúde que o rodeiam e que produzem a doença (SILVA, 2006).

⁹ Proporcionar a saúde, onde há necessidade de envolver cada vez mais os membros da sociedade na implementação de políticas públicas.

¹⁰ Sigerist, Henry (1891-1957) formou-se em Medicina na Universidade de Zurique e posteriormente foi Professor de História da Medicina nas Universidades de Zurique, Leipzig e, depois na Universidade John's Hopkins.

¹¹ Proporcionar saúde significa garantir o bem-estar das comunidades através de boas políticas para o controle dos determinantes sociais de saúde.

¹² No modelo unicausal, a doença (a malária) pode ser entendida como resultado da inter-relação entre o indivíduo e a gente (processo do organismo vivo), a multicausalidade.

¹³ Na concepção ecológica a doença (malária) pode ser entendida como resultado da instabilidade entre a mutação do indivíduo e do ambiente.

Partindo dos elementos essenciais para a cura da doença no processo de saúde, doença e cuidados, onde o gestor deve conhecer na íntegra o paciente, o seu habitat, os seus determinantes sociais de saúde para poder examinar as circunstâncias da sua aparição e determinar com eficiência as estratégias e alocação de recursos para a sua erradicação num determinado espaço geográfico.

O processo saúde, doença e cuidado desperta aos gestores a real necessidade de criar uma conexão entre a doença e a saúde para a definição das estratégias para a sua cura, tendo em conta os determinantes sociais de saúde. Neste contexto, caso os gestores não considerem a conexão entre a doença, saúde e cuidados correm o risco de causar conflitos na comunicação médica (DA COSTA, 2011).

O modelo biomédico e cuidado em saúde

A malária é uma doença antiga, onde o ser humano procurou entender a sua origem (CARVALHO, *et al.*, 2018). Assim, o modelo biomédico procura explicar a origem da doença, reduz o corpo em peças e a saúde a um exercício mecânico (BARROS, 2002). A partir do modelo biomédico ou mecanicista, a malária pode ser entendida como uma doença que resulta da falha da gestão dos seus métodos de enfrentamento, o gestor do programa pode ser visto como uma peça chave para a resolução e superação da malária. Neste modelo biomédico, o ser humano é visto como uma máquina, a doença é percebida como uma falha mecânica e neste entendimento, a malária pode ser entendida como uma causa biológica e para o seu enfrentamento, o gestor do PNCM pode ser visto como responsável máximo para o seu controlo e erradicação da doença (BARROS, 2002, SOUZA, 2017).

O modelo biomédico é útil para a cura da doença, procura aliviar e curar a doença que contagia as comunidades com ênfase na atenção hospitalar e conseqüentemente, não considera a multidimensionalidade do ser humano (VERDI Dr^a, M. I. M., *et al.*, 2002, FERTONANI, *et al.*, 2014).

Para Tavares (1994), os termos doença e saúde são indissociáveis, isto é, quando se fala de uma em seguida se fala da outra. Assim, o cuidado a saúde deve ser percebido como um ciclo de reposição. Portanto, o médico ou o gestor de saúde pode ser percebido como mecânico que procura concertar o corpo-máquina imperfeito ou dos fatores causadores da doença (TARLOV, 1999).

Neste cenário, o modelo biomédico considera o gestor ou o médico como único responsável pela gestão da doença (malária), para a redução ou erradicação de malária, o gestor ou o médico deve considerar diferentes estratégias e as suas atividades não devem se restringir apenas ao gestor ou médico. O gestor poderia considerar uma série de ações e fatores que lidam com saúde e a doença (malária) no âmbito da implementação da política nas comunidades e nas instituições responsáveis pelo enfrentamento da doença.

No âmbito da gestão do PNCM na Cidade de Maputo, o gestor deve integrar diferentes determinantes sociais da saúde, nomeadamente, culturais, sócio-econômicos, políticos e ambientais, psicológicos ao biológico que podem definir a inserção de outros intervenientes (profissionais de saúde) na implementação de novas ferramentas de enfrentamento da doença que vão constituir um estímulo da saúde coletiva (DE CEBALLOS, 2015). Ainda para o cumprimento dos objetivos programados é necessário um conjunto de ações alternativas adicionais, isto é, não só as ações do gestor, mas sim, uma intervenção de diferentes atores (médicos, pacientes e comunidade em geral) na aplicação de medidas preventivas, individuais e coletivas.

Na contradição da visão do modelo mecanicista, a gestão do PNCM, a malária deve ser percebida como um problema complexo que precisa ser enfrentado com a integração de vários fatores, intervenientes, e da adoção de estratégias alternativas de enfrentamento.

Assim, o gestor do PNCM, no Serviço de Saúde e na Direção da Saúde do Conselho Municipal, ambos da cidade de Maputo, deve adotar um modelo social de saúde, procurar compreender as causas-efeitos da malária, procurar criar uma relação intensa entre o paciente, o médico ou gestor e também com os determinantes condicionantes para o sucesso da gestão (CARVALHO, G. S., *et al.*, 2018).

6.3 Determinantes Sociais da Saúde

Os problemas da saúde pública são geralmente provocados pelos determinantes sociais de saúde. Por um lado, os determinantes sociais de saúde variam entre continente, país, estado, província, distrito, posto administrativo, localidade, bairro, quarteirão e casa, sobretudo são mais notáveis quando há um tratamento e distribuição

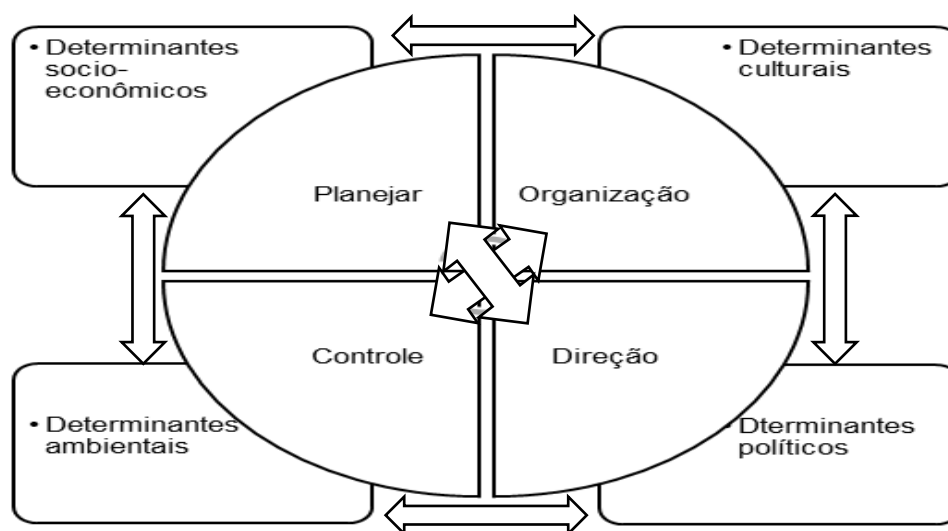
desigual de recursos entre ricos e pobres num determinado espaço geográfico (MITANO, *et al.*, 2016).

Neste contexto, a vida da população é determinada também pela má gestão dos serviços de saúde, sobretudo na distribuição desigual de serviços de saúde e na alocação inadequada de profissionais de saúde. Por outro lado, vários fatores concorrem para o mal-estar da população nomeadamente: meios de transporte insuficientes, construção de casas precárias, baixos salários, casamentos prematuros, maior número de agregado familiar, baixo nível de escolaridade, construções desordenadas entre outras condições que determinam o tipo de vida da população (DE CARVALHO, 2013).

Nas zonas periféricas da Cidade de Maputo são notáveis vários determinantes sociais de saúde acima descritos, concretamente, nos principais bairros da cidade, por exemplo: Xipamanine, Chamanculo, Maxaquene, Polana Caniço, Magoanine, Albazine, entre outros que determinam as novas transmissões e propagação do mosquito transmissor da malária (NWETI, 2010).

A gestão desempenha um papel crucial ao identificar as fraquezas e as ameaças na instituição e as transformar em oportunidades e forças para o cumprimento integral dos objetivos programados na gestão em saúde. Neste âmbito, é importante estabelecer uma relação de interação e interdependência entre a gestão e os determinantes sociais de saúde para garantir o bem-estar da população, conforme ilustra a Figura 3, em seguida.

Figura 3. Interação e interdependência entre as funções da gestão e os determinantes sociais de saúde.



Fonte: Autor (2022) baseado em TENÓRIO (2009).

Os vários determinantes sociais (políticos, culturais, sócio-econômicos e ambientais, entre outros) condicionam e caracterizam o tipo de vida e a saúde da população num determinado espaço geográfico. Neste contexto, os gestores do programa têm o dever de assegurar a saúde da população através da gestão. Assim, para garantir uma vida saudável da população é necessário uma interação e interdependência intermitente entre as funções da gestão, os determinantes sociais da saúde e com os diversos sectores de saúde, tanto aos níveis: estratégico ou institucional, tático ou gerencial e operacional ou de execução (TENÓRIO, 2009).

6.4 Planejamento Governamental

Planejamento é uma função da gestão e da administração que possibilita a projeção futura partindo da realidade inicial, define os propósitos, avalia o percurso a seguir, interpreta e examina as ações a seguir para o alcance dos objetivos definidos (CHIAVENATO, 2009, VILASBÔAS, 2006). Assim, o planejamento é uma atividade de planejar que consiste em mudar uma realidade para outra partindo de um problema constatado, fixação dos propósitos e de estratégias a seguir (FORTIS, 2010). Assim, compreendemos planejamento como uma capacidade de identificar um certo problema, definir os objetivos gerais e específicos para a sua concretização, alocação de recursos, identificação de atores chaves, definição de estratégias e do percurso a seguir para o alcance dos propósitos de maneira eficiente.

Os textos tradicionais de planejamento afirmam que o planejador é um técnico a serviço de uma força social, e a função de planejar consiste em dominar a técnica, de fazer planos-técnicas simples em seus princípios básicos, mas complexa na aplicação (MATUS, 1993, p. 35).

Desse modo, o ato de planejar é da responsabilidade íntegra de quem governa, de quem administra, de quem faz a gestão (MATUS, 1993, CPPS, 1975). Nesta perspectiva, para poder administrar e gerir, o gestor deve conhecer o problema, as habilidades técnicas de elaboração de planos e programas, selecionar os meios para a resolução dos problemas encontrados para a sua resolução, de associar o deve ser e o pode ser, de projetar o futuro da instituição ou organização para o cumprimento dos seus propósitos no momento concreto da execução (ALTADIR, 2006, MATUS, 1993).

Desta forma, no contexto da saúde em análise, vários problemas de saúde podem ser planejados e transformados em oportunidades para assegurar o bem-estar social das comunidades.

Neste contexto, os problemas de saúde estão associados aos determinantes sociais da saúde, nomeadamente: econômicos, sociais, culturais, distribuição desigual de recursos nas Unidades Sanitárias, Municipais, Provinciais e Centrais que condicionam os fatores de risco e o tipo de vida da população numa determinada região.

Portanto, os determinantes sociais de saúde são da responsabilidade de quem governa e precisam de ser analisados, priorizados e de se estabelecer estratégias para a sua superação e enquadrar-lhes no planeamento governamental. O Programa Nacional de Controle da Malária na Direção Municipal de Saúde e no Serviço de Saúde, ambos de Cidade de Maputo, é um planeamento governamental.

O planeamento governamental pode ser entendido como uma ferramenta que adapta quem está a governar uma organização ou instituição para melhor realizar e cumprir com eficiência as finalidades programadas. Por essa razão, no âmbito do planeamento governamental é importante considerar os níveis de gestão (Institucional, intermédio e operacional) que correspondem ao nível da organização das instituições que exercem as ações governamentais.

A esse respeito, o governo escolhe as prioridades, as estratégias de ação para a superação dos determinantes sociais da saúde e prestação eficiente de serviços na limitação de meios para o cumprimento do propósito institucional. Em consonância, para a efetivação eficiente do planeamento público, o gestor institucional deve conhecer os limites da sua atuação, dispor de capacidades (conceitual, técnica e de recursos), dominar a interação e interdependência intermitente entre as funções da gestão que auxiliam a execução de propósitos a curto, médio e a longo prazos.

6.5 Descentralização da gestão de Serviços de Saúde

O processo da descentralização de serviços em Moçambique começou logo após a independência nacional onde o governo aderiu ao regime socialista e em seguida progrediu para a democracia multipartidária em 1994, marcada pela realização das primeiras eleições (OMBE & CATIQUE, 2017). Neste contexto, para a materialização da descentralização de serviços, o governo optou por dois modelos,

nomeadamente: administrativo onde baseou-se na Lei n.º 8/2003, de maio, que estabelece os princípios e normas de organização, competências e funcionamento dos órgãos locais do Estado enquanto que política na Lei n.º 2/27, de 18 de fevereiro, que estabeleceu o quadro Jurídico para a implementação das autarquias locais ao abrigo do n.º 1 do artigo 135 da Constituição da República de Moçambique na tentativa de garantir os princípios da administração, capacidade organizativa para o alcance dos objetivos institucionais bem como no estabelecimento de moldura legítima dos municípios (OMBE & CATIQUE, 2017).

Por um lado, o ato de governar é da responsabilidade do político. Por outro lado, planeja, administra, descentraliza quem governa. Para um bom ato de governar é necessário ter habilidades demonstrativas na escolha de alternativas em situações diversas e não perder o foco para o cumprimento dos objetivos programados (MATUS, 1993).

Neste contexto, o Programa Nacional de Controle da Malária é da dimensão nacional e para tornar os seus objetivos eficientes, reduzir os gastos públicos e tornar mais flexível na sua implementação, é necessário descentralizar os serviços. Segundo Teixeira (1990), a descentralização é um instrumento que consiste em reduzir os gastos públicos e visa prestar melhores serviços em particular no setor de saúde.

Por essa razão, a descentralização de serviços de saúde é pertinente na medida em que coloca as Direções Provinciais de Saúde, Direções Distritais e os Municípios capacitados para a gestão, na adaptação de estratégias locais para a redução de gastos públicos, obedecendo às recomendações do nível central para o cumprimento dos objetivos planeados (PAIM & VILASBÔAS, 2008).

A descentralização de serviços de saúde permite a transferência de poderes dos funcionários superiores para inferiores no sector e permite uma participação ativa da comunidade local na tomada de decisão no processo da implementação de programas (CRM, 2018). Em consonância, a descentralização de serviços de saúde autentica a administração de tarefas entre os níveis oficiais, isto é, Ministerial, das Direções Provinciais, Distritais e Municipais (Lei n.º 1/2018, de 12 de junho¹⁴). O artigo nº 2 do Decreto nº 33/2006, de 30 de agosto¹⁵, lembra-nos que a modificação do

¹⁴ Revisão Pontual da Constituição da República de Moçambique.

¹⁵ Decreto nº 33/2006, de 30 de agosto, regula os procedimentos para a transferência de funções e competências dos órgãos do Estado para as autarquias locais.

sistema de gestão para as autarquias locais permite maior prestação de serviços públicos, de maneira mais eficiente e eficaz, com finalidade de garantir o bem-estar da população em Moçambique (OMBE & CATIQUE, 2017).

A análise da gestão no setor da saúde, concretamente, do Programa Nacional do Controle da Malária, 2014 a 2019, alinha-se com os objetivos reais da descentralização no que concerne a transferência de funções da gestão do Ministério da Saúde, das Direções Provinciais para as Direções Distritais e Municipais (OMBE & CATIQUE, 2017). A descentralização de serviços de saúde tem como objetivos: i) prestar serviços de forma eficiente e eficaz; ii) transferência de tarefas; iii) maior controle; iv) redução de gastos públicos; v) disponibilização de recursos; vi) garantir maior cobertura; vii) assegurar maior participação da comunidade na tomada de decisão, bem como; viii) garantir maior interação entre os níveis governamentais (TEIXEIRA, 1990).

6.6 Governança

O planejamento é um instrumento da gestão e com base nela, analisa-se a situação real do problema, define-se os objetivos gerais e específicos e avalia-se as estratégias que melhor se enquadram para a execução do programa com pretensão de alcançar de forma eficiente os propósitos previamente definidos. Ainda no mesmo contexto, o planejamento é uma função da gestão que tem um papel crucial no planejamento governamental para a execução de projetos e programas para melhorar a vida da população.

O Programa Nacional de Controle da Malária é um planejamento governamental que pode ser analisado com base no triângulo de governo de Carlos Matus (1993). O triângulo de governo é um instrumento que se usa para análise de políticas. Portanto, para análise de políticas usando o triângulo de governo é importante que haja uma conexão permanente das três alternâncias, nomeadamente: Projeto de Governo, Capacidade de Governo e Governabilidade do Sistema.

- ✓ O projeto de governo pode ser percebido como uma proposta de ações, objetivos que o planejador propõe alcançar para a resolução de problemas da sociedade. O Programa Nacional de Controle da Malária do Ministério da Saúde para este trabalho vai ser enquadrado no projeto do governo, onde

foram selecionados e listados os potenciais problemas, os meios e as estratégias para o alcance dos objetivos esperados.

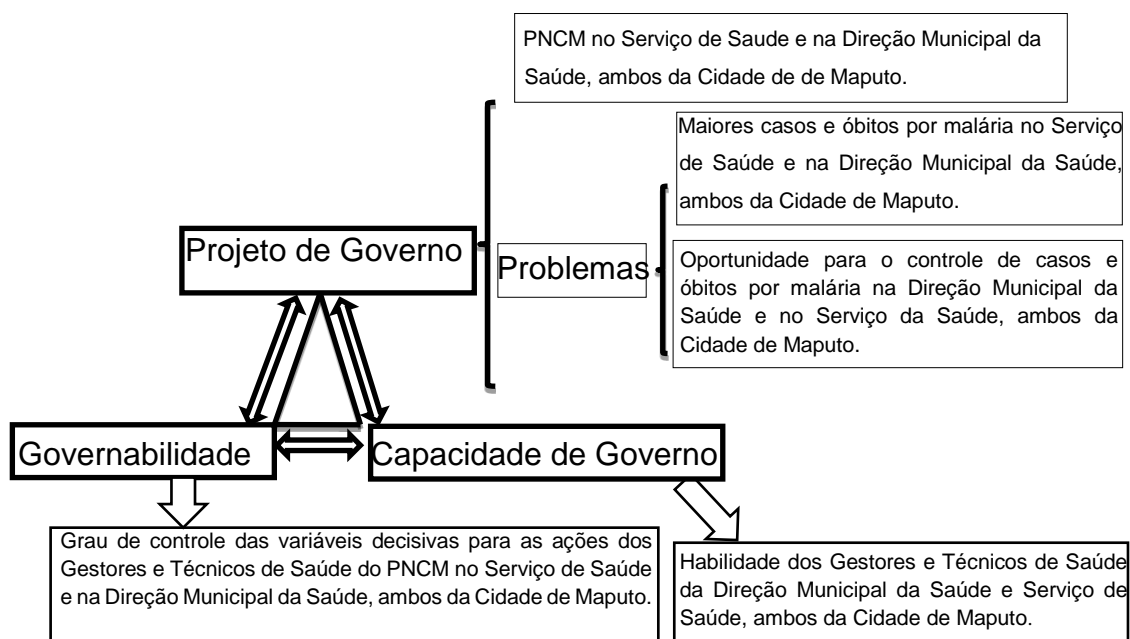
- ✓ A capacidade de governo é alta habilidade intelectual, da organização, do domínio de técnicas, de liderança, de administrar, de gerenciar, de controlar as ações, de condução, de experiência na gerência do pessoal técnico, da tomada de decisão, de planejar e de elaborar planos de maneira a controlar os determinantes sociais de saúde e garantir a prevenção, controle, cura da malária no PNCM. Portanto, para este trabalho, a capacidade de governo pode ser percebida com habilidades do Gestor e dos Técnicos de Saúde listados por Mintzberg (2010) afetos ao PNCM na Cidade de Maputo.
- ✓ A governabilidade do sistema é a capacidade ou incapacidade que o planejador ou gestores de saúde têm de controlar as variáveis.

Em conformidade com Matus (1993, p. 60-61),

A governabilidade de um sistema é relativa a um ator determinado, às demandas ou exigências colocadas pelo projeto de governo a este ator e à sua capacidade de governo. A primeira relativização indica que um sistema não é igualmente governável ou ingovernável para os diferentes atores sociais, pois eles controlam diferentes proporções de variáveis do sistema. A segunda relativização indica que a governabilidade do sistema depende do conteúdo propositivo do projeto de governo; por exemplo, é mais governável para objetivos modestos e menos governável para objetivos ambiciosos. A terceira relativização indica-nos que a governabilidade do sistema é menor se o ator em questão tem alta capacidade de governo, e é menor se tem baixa capacidade de governo.

Os planejadores ou gestores do PNCM no Serviço da Saúde e na Direção Municipal da Saúde, ambos da Cidade de Maputo, quanto mais conseguirem controlar as variáveis, maior será a sua autonomia na Governabilidade do sistema (MATUS, 1993, ALTADIR, 2006, TEIXEIRA, 2010), conforme ilustra a Figura 4.

Figura 4. Triângulo de Governo



Fonte: Autor (2022) baseado em MATUS (1993) e ALTADIR (2006).

A partir da Figura 4, para a concretização do Programa Nacional do Controle da Malária no Serviço da Saúde e na Direção Municipal da Saúde, ambos da Cidade de Maputo, era necessário uma interação permanente entre as três alternâncias do triângulo do governo.

No decurso da análise, o triângulo de governo mostrou como os vários atores podem interferir para a viabilização ou inviabilização do programa. Neste contexto, no triângulo do governo, a falha de uma das alternâncias compromete a eficiência do PNCM. Portanto, para a produção de efeitos desejados é necessário que o gestor do PNCM execute conforme as suas obrigações, tendo em conta a interdependência e interação das funções de gestão, das suas habilidades (conceptuais, técnicas e de relações humanas), dos níveis de gestão em conexão com as variáveis do triângulo do governo (projeto do governo, capacidade do governo e governabilidade do sistema), no sentido de criar um ambiente favorável para o controle dos determinantes sociais de saúde e garantir a viabilização do PNCM na Cidade de Maputo.

7 Estratégia metodológica

O presente estudo a ser desenvolvido no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, descreve-se nos itens a metodologia, em seguida.

7.1 Desenho

O estudo em análise foi descritivo com análise do conteúdo enquadrado na abordagem qualitativa do PNCM, no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, República de Moçambique, no período de 2014 a 2019.

7.2 Local e tempo do estudo

O espaço escolhido para a realização da pesquisa foi o Serviço de Saúde e Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, República de Moçambique. A República de Moçambique é um país do continente Africano, situado no hemisfério sul, concretamente, na região Austral da África, na costa Oriental, nos paralelos 10° 27' e 26° 52' latitude Sul e nos meridianos 30° 12' e 40° 51' longitude Este e faz fronteiras com os seguintes países: Repúblicas da Tanzânia, de Malawi, da Zâmbia, do Zimbawe, da África do Sul, Reino de Essuatíni e é banhado pelo oceano Índico a leste (BARCA, 1992, LANGA, 2021, MUCHANGOS, 1999), conforme ilustra o Mapa 3.

Mapa 3 Mapa do Continente Africano.



Fonte: Mapa político da África, aspectos gerais da África (BEZERRA, 2021).

No contexto da divisão administrativa, a capital da República de Moçambique é a Cidade de Maputo que tem o estatuto de província. A Direção Municipal de Saúde e o Serviço de Saúde, ambos, pertencem a Cidade de Maputo. A Cidade de Maputo situa-se na margem norte da Baía de Maputo com cerca de 602 km² e os limites são: norte-distrito de Marracuene, sul- distrito de Matutuine, este-Bahia de Maputo e oeste-Vale do rio Infulene que o separa da província de Maputo e a leste pelo oceano Índico (DOS MUCHANGOS, 1999, MSMM, 2013, POCAMC, 2017).

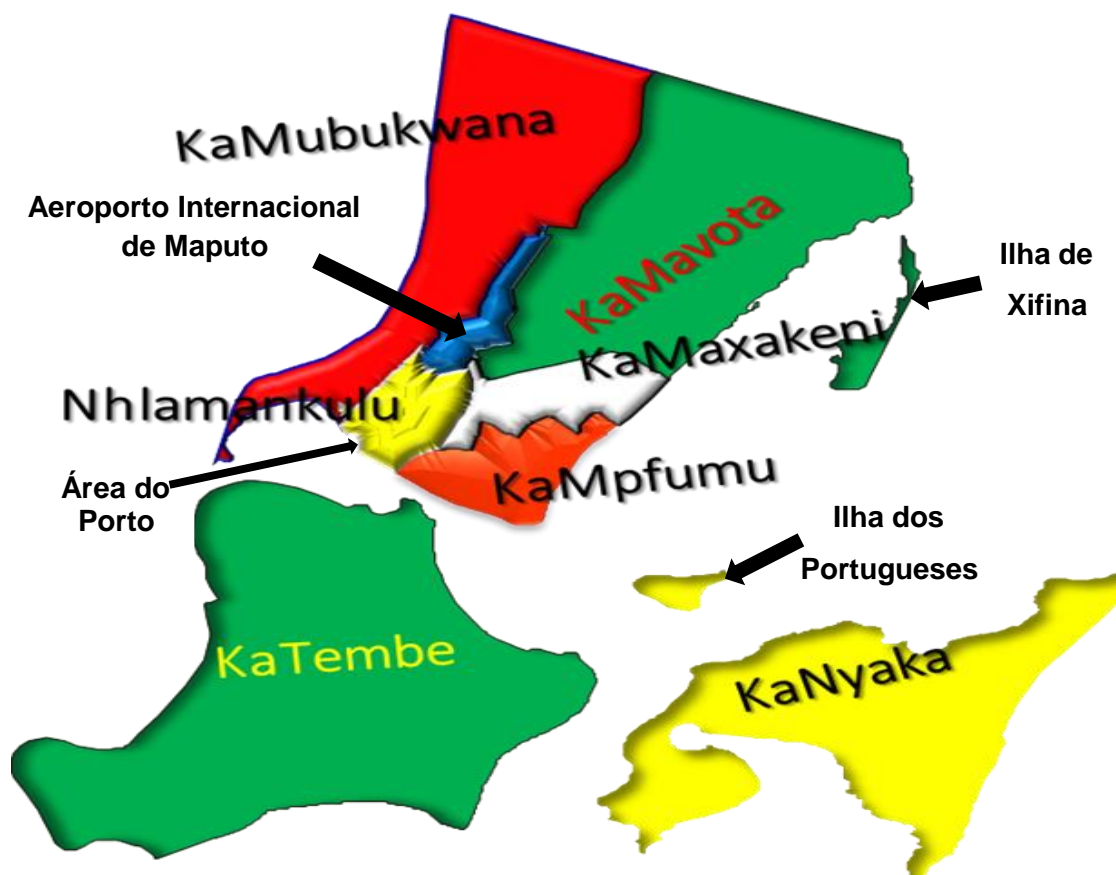
A Cidade de Maputo possui uma diversidade cultural, onde a maior parte da população fala o português como língua oficial e ocupa a primeira posição percentual nas línguas maternas, seguida de Xichangana, na terceira posição, Xirhonga, na quarta posição, Cicop/Chichopi, na quinto-posição, Xitshwa, na sexta-posição, Bitonga e um percentual de outras línguas Moçambicanas, estrangeiras e língua de sinais (INE, 2007, 2010, MAGAUA, 2019).

A escolha do Serviço de Saúde e da Direção Municipal de Saúde, ambos da mesma cidade, foi pela relevância das funções que desempenham, visto que possuem o maior número de habitantes se comparado com outras cidades capitais e alberga sete distritos urbanos, nomeadamente: KaMpfumo, Nihamankulu, KaMaxaquene, KaMavota, KaMubukwana, KaTembe e KaNyaka (PELOURO DE SAÚDE E AÇÃO SOCIAL (PSAS), 2014), onde o Distrito Municipal KaNyaka situa na ilha de Inhaca a cerca de 32 KM da Cidade de Maputo (DO NASCIMENTO *et al.*, 2016). A Ilha dos Portugueses ou dos Elefantes é considerada como reserva integral, despovoada, situada a cerca de 1.850 metros a noroeste da Inhaca e a entrada da Baía de Maputo (bing.com¹⁶) e a Ilha de Xifina ou Xifinas é composta por três ilhas, nomeadamente: Xifina Grande e pequena e Xifina do meio situadas da foz do rio Incomati até ao nordeste da Baía de Maputo¹⁷, conforme ilustra o Mapa 4, em seguida.

¹⁶ Ilha dos Portugueses localização, pdf – Pesquisar (bing.com), acesso 14 ago. 2022.

¹⁷ localização das Ilha de Xifina - Pesquisar (bing.com), acesso 10 ago. 2022.

Mapa 4 Mapa da divisão administrativa por Distritos Municipais da Cidade de Maputo



Fonte: Autor a partir do Mapa do Plano Operacional da Comercialização Agrícola (2017).

O período em referência para a elaboração da pesquisa obedeceu ao intervalo de 2014 a 2019, sendo o período crucial que foi acolhido a descentralização de competências (OMBE & CATIQUE, 2007) que visava consolidar o Sistema Nacional de Saúde de Moçambique e reduzir a ocorrência da endemia, neste caso da malária, através de controle de casos e óbitos, onde em 2014 foi iniciada a implementação do acordo assinado no dia 5 de fevereiro de 2013¹⁸. Em 2015 foi iniciado o Plano Quinquenal do Governo de 2015 a 2019 que teve um dos seus objetivos estratégicos referente a saúde¹⁹, onde surgiu a pretensão de, no geral, analisar a gestão do

¹⁸ Acordo referente à transferência de competências e poderes-Gestores e Técnicos de Saúde. Entrevista concedida a José Xavier Lourenço. Cidade de Maputo.3 mar. 2022.

¹⁹ Garantir maior acessibilidade, excelentes habilidades de cuidados médicos, redução da mortalidade materna, morbi-mortalidade devido a desnutrição crónica e doenças públicas tais como: a malária, HIV, tuberculose, doenças não transmissíveis e doenças preveníveis.

PNCM, e especificamente, descrever, caracterizar a organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e a gestão bem como, identificar a contribuição da gestão do PNCM no enfrentamento da endemia da malária na Direção Municipal de Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, no período de 2014 a 2019.

7.3 Grupos de estudo e critérios de seleção de participantes

Foram entrevistados e questionados quatro Gestoras e 14 Técnicos de Saúde que acompanharam a execução do PNCM na Direção Municipal de Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, no período de 2014 a 2019.

Crítérios de inclusão, população e amostra

Para a recolha de dados, inicialmente, foi feita uma lista de todos os potenciais participantes, por conveniência²⁰, onde se obedeceu aos seguintes critérios, nomeadamente: i) ser funcionário público alocado nas ações do PNCM, ser Gestor/a do PNCM, ii) ser Técnico da Saúde alocado/a nas ações do PNCM, ter idade superior a 18 anos e ter trabalhado na gestão no PNCM na Direção Municipal de Saúde ou no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, no período de 2014 a 2019.

Crítérios de exclusão

Foram excluídos do grupo de estudo todos os profissionais de saúde que não estiveram alocados e nem exerceram as funções de gestão do PNCM durante a sua implementação no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, no período de 2014 a 2019.

Descrição do grupo de estudo

Foram questionados e entrevistados quatro Gestoras e 14 Técnicos de Saúde do PNCM alocados no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, que aceitaram participar do estudo, maior de 18 anos de idade,

²⁰ No método não aleatória ou dirigida intencional, o pesquisador construiu amostra a partir de informação a priori sobre o grupo da população por investigador.

que participaram na implementação do PNCM, conforme ilustra o Quadro 4 da descrição, em seguida.

Quadro 4 Distribuição dos atores chaves

Local	Atores chaves	Subtotal	Tot al
Direção Municipal de Saúde da Cidade de Maputo	Gestora do PNCM	2	9
	Técnicas de Saúde do PNCM	7	
Serviço de Saúde da Cidade de Maputo	Gestoras do PNCM	2	9
	Técnicos de Saúde do PNCM	4	
	Técnicas de Saúde do PNCM	3	

Fonte: Autor (2022)

Na fase inicial, foram questionados as Gestoras e os Técnicos de Saúde alocados no PNCM e em seguida foram agendadas e realizadas as entrevistas com objetivo de preencher as lacunas que prevaleceram no âmbito da análise de dados, disponíveis no Anexo 1.

7.4 Procedimentos, métodos e técnicas

Descrevem-se os caminhos e as técnicas para melhor alcançar os objetivos estabelecidos, onde a pesquisa foi qualitativa-descritiva quanto à abordagem e ao objeto. A pesquisa qualitativa-descritiva visou buscar informações comuns, onde analisou-se a gestão do PNCM na Direção Municipal de Saúde e no Serviço da Saúde, ambos da Cidade de Maputo, no período de 2014 a 2019.

Método monográfico ou estudo de caso

O método monográfico consiste em estudar um definido grupo de profissionais, instituições, comunidades, uma cultura, com objetivo de aprofundar análise de um objeto num determinado contexto real (COSTA, 2014). Na área de planejamento e gestão em saúde, o estudo de caso oferece inúmeras vantagens para o alcance dos objetivos programados, pois permitiu perceber a operacionalização do novo modelo de gestão em saúde no nível provincial (Direção Municipal de Saúde e Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo) que seria difícil de analisar com base outros métodos.

Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, diferentes técnicas foram empregadas, onde neste estudo, privilegiou-se o questionário, a entrevista e pesquisa documental.

Questionário

O questionário foi um instrumento que auxiliou na aquisição de informações pertinentes por meio de uma série de questões escritas e previamente formuladas, impressas e entregues aos participantes que responderam por escrito sem a presença do pesquisador (CERVO & BERVIAN; MARCONI & LAKATOS, 2003, 2002). Neste cenário, o questionário foi elaborado com pretensão de analisar a contribuição da gestão do PNCM na Direção Municipal de Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, que está disponível nas páginas seguintes e nos Anexos 2, 3 e 4.

Entrevista

A entrevista é um encontro de duas pessoas com pretensão de colher informações inerentes a um determinado assunto (CERVO & BERVIAN, 2002, MARCONI & LAKATOS, 2003). Portanto, as entrevistas foram realizadas depois da análise dos questionários de forma presencial com duração de 45 minutos e deram uma mais valia pela possibilidade de contato direto com as Gestoras e Técnicos de Saúde da Direção Municipal de Saúde e do Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, que implementaram o PNCM no período de 2014 a 2019. De referir que as entrevistas foram realizadas com as mesmas Gestoras e Técnicos de Saúde do PNCM com objetivo de auxiliar o questionário no preenchimento de lacunas encontradas durante análise das questões, em seguida o roteiro de coleta de dados enquadrado nos objetivos específicos, nas unidades de análise, nas categorias operacionais e nas respectivas fontes nos Quadros 5, 6 e 7, em seguida e disponível nos Anexos 2, 3 e 4.

Quadro 5 Objetivo específico nº 1 - Descrever o PNCM para o enfrentamento da malária no Serviço da Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, 2014 a 2019.

Objetivo específico	Unidade de análise	Definição	Categoria operacional	Roteiro para coleta de dados	Fonte
Descrever o PNCM para o enfrentamento da malária no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, 2014 a 2019	Governabilidade	Conexão entre as alternâncias que o ator controla no PNCM, no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, 2014 a 2019.	Funções do PNCM. Apoio das organizações governamentais e não governamentais no âmbito da implementação do PNCM no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da cidade de Maputo, 2014 a 2019.	De que forma o PNCM no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo esteve previsto? De que forma os Gestores e Técnicos de Saúde no PNCM tiveram apoio de organizações governamentais e não governamentais?	Gestores e Técnicos de Saúde da Direção Municipal de Saúde e do Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, no período de 2014 a 2019.
	Projeto de governo	Aceitabilidade do PNCM no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, 2014 a 2019. 2014-2019.	Aceitabilidade do PNCM para o enfrentamento da malária, no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, 2014 a 2019. Conexão do PNCM com outros documentos para o controle da malária.	De que forma a gestão do PNCM foi eficiente para a redução da malária no PNCM, 2014 a 2019? Qual foi o grau de conexão da gestão do PNCM com outras gestões de saúde para o enfrentamento da malária?	
	Capacidade e de governo	Aceitabilidade do PNCM pelos atores chaves no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, 2014 a 2019.	Experiência, aceitabilidade e capacidade do PNCM, no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, 2014 a 2019.	De que forma a experiência, aceitabilidade e capacidade do PNCM foi eficiente no serviço de saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo para o controle da malária, 2014 a 2019?	

Fonte: Autor (2022).

Quadro 6 Objetivo específico nº 2 - Caracterizar a organização do Sistema Nacional de Saúde e gestão do Programa Nacional de Controle de Malária para o enfrentamento da malária na Direção Municipal de Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, 2014 a 2019.

Objetivo específico	Unidade de análise	Definição	Categoria operacional	Roteiro para coleta de dados	Fonte
Caracterizar a organização do sistema Nacional de saúde e a gestão do Programa Nacional de Controle de Malária para o enfrentamento da malária na Direção Municipal de Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, 2014 a 2019.	Governabilidade	Conexão entre as alternâncias que o ator controla na organização do Sistema Nacional de Saúde e na gestão do PNCM na Direção Municipal de Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, 2014 a 2019.	Funções da organização do Sistema Nacional de Saúde e da gestão do PNCM para o enfrentamento da malária. Apoio das organizações governamentais e não governamentais na organização e do sistema de Serviços de Saúde e da gestão do PNCM no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da cidade de Maputo.	As funções da organização do Sistema Nacional de Serviços de Saúde e da gestão no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, estavam previstas no Programa Nacional de Controle da Malária? Durante a implementação da organização do Sistema Nacional de Serviço de Saúde e da gestão no PNCM, os gestores tiveram apoio de organizações governamentais e não governamentais?	Gestores e Técnicos de Saúde do Serviço de Saúde e da Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo no período de 2014 a 2019.
	Projeto de governo	Capacidade de gerir as funções da organização do Sistema Nacional de Saúde e da gestão no PNCM, no Serviço Municipal de Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, 2014-2019.	Aceitabilidade da organização do Sistema Nacional de Saúde e da gestão do PNCM para o enfrentamento da malária na Direção Municipal de Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, 2014 a 2019.	Quais foram as condições conjunturais que condicionaram a organização do Sistema Nacional de Saúde e da Gestão no PNCM para o controle da malária, 2014 a 2019? Qual foi o grau de conexão entre a organização do Sistema Nacional de Saúde e da gestão com outras organizações para o controlo da malária?	
	Capacidade de governo	Aceitabilidade da organização do Sistema Nacional de Saúde e da gestão do PNCM, 2014-2019 para o enfrentamento da malária.	Aceitabilidade da organização do Sistema Nacional de Saúde e da gestão do PNCM para o enfrentamento da malária, 2014-2019. Conexão da organização do Sistema Nacional da Saúde e da gestão do PNCM com outros documentos para o controle da malária.	De que forma a organização do Sistema Nacional de Saúde e da gestão no PNCM foi aceitável para o controle da malária? Qual foi o grau de conexão da organização do Sistema Nacional de Saúde e da gestão com outras organizações para o controle da malária?	

Fonte: Autor (2022)

Quadro 7 Objetivo específico nº 3 - Analisar a contribuição do Programa Nacional de Controle de Malária para o enfrentamento da malária na Direção Municipal de Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, 2014 a 2019.

Objetivo específico	Unidade de análise	Definição	Categoria operacional	Roteiro para coleta de dados	Fonte
Analisar a contribuição do Programa Nacional de Controle de Malária para o enfrentamento da malária na Direção Municipal de Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, 2014 a 2019	Governabilidade	Conexão entre as alternâncias que o ator controla na gestão do PNCM, ambos da Cidade de Maputo.	Independência na escolha e identificação dos métodos e técnicas. Apoio institucional e de outras organizações na seleção dos métodos durante a implementação do PNCM no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da cidade de Maputo.	Quais foram as condições conjunturais que favoreceram a identificação dos métodos e técnicas para o controle da malária, 2014 a 2019? De que forma os gestores tiveram apoio institucional e de outras organizações durante a implementação do PNCM, 2014 a 2019?	Gestores e Técnicos de Saúde do Serviço de Saúde e da Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo no período de 2014 a 2019.
	Projeto de governo	Aceitabilidade do objetivo principal e estratégicos (acesso, qualidade, eficácia e eficiência) no PNCM.	Aceitabilidade de objetivo principal e estratégicos (acesso, qualidade, eficácia e eficiência) no Programa Nacional de Controle da Malária.	De que forma as estratégias (acesso, qualidade, eficácia e eficiência) e intervenções (métodos e técnicas) no PNCM contribuíram para o controle da malária na Direção Municipal de Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo?	
	Capacidade de governo	Experiência dos Gestores e Técnicos de Saúde na escolha de métodos e técnicas para o enfrentamento da malária.	Experiência, capacidade na escolha de métodos e técnicas.	De que forma os Gestores e Técnicos de Saúde contribuíram com as suas experiências e capacidades na escolha de métodos e técnicas do PNCM para o controle da malária?	

Fonte: Autor (2022)

A pesquisa documental

A Pesquisa documental consistiu na recolha de dados de fontes diversas, como por exemplo: documentos escritos, pertencentes a arquivos públicos; arquivos particulares de instituições, relatórios e dados estatísticos (MARCONI & LAKATOS, 2001) em seguida o Quadro 8 dos documentos explorados.

Quadro 8 Fontes documentais

N ^{os}	Documento	Fonte	Descrição do documento
1	Dados de casos e óbitos por malária no período de 2014 a 2019.	Direção Municipal de Saúde e Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, Ministério da Saúde de Moçambique.	Informações confidenciais
2	Relatório de dados da malária de 2014 a 2019	Direção Municipal de Saúde e Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, Ministério da Saúde de Moçambique.	Informações confidenciais
3	Plano estratégico de Controle da Malária de 2013.	Direção Municipal de Saúde e Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo.	Domínio público
4	Programas Nacionais de Controle da Malária	Direção Municipal de Saúde e Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo.	Domínio público
5	Lei da descentralização	Direção Municipal de Saúde da Cidade de Maputo	Domínio público
6	Estrutura organizacional da Direção Municipal da Saúde da Cidade de Maputo	Direção Municipal da Cidade de Maputo	Informações confidenciais
7	Estrutura organizacional da Direção Municipal de Saúde da Cidade de Maputo	Direção Municipal de Saúde da Cidade de Maputo	Informações confidenciais

Fonte: Autor (2022)

Os documentos explorados no Quadro 8 forneceram dados relevantes de casos e óbitos por malária, igualmente, a estruturação dos dois sectores da saúde

(Direção Municipal de Saúde e Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo) e os outros documentos contribuíram no fornecimento de informações atinentes a malária no período em estudo e se encontram disponíveis no Anexo 5.

Procedimentos de coleta de dados

Durante a recolha do material foram obedecidas as medidas de prevenção da Covid 19 e as seguintes fases disponíveis em Anexo 6.

- ✓ Na 1ª fase: Apresentamos o projeto no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) no dia 21 de junho de 2021, onde foi aprovado no dia 04 de agosto de 2021, Anexo 6.
- ✓ Na 2ª fase: No dia 3 de setembro de 2021 produzimos as cartas de solicitações de autorização, onde no dia 06 de setembro de 2021 submetemos as solicitações na Direção Municipal de Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, e tivemos pareceres favoráveis nos dias 15 e 21 do mesmo mês, Anexos, 7, 8, 9,10 e 11.
- ✓ Na 3ª fase: Submetemos o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia no dia 16 de dezembro de 2021 e foi aprovado através do parecer número 5.184.743 do dia 22 de dezembro de 2021 e ao Comitê Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) do Ministério da Saúde da República de Moçambique, submetido no dia 4 de janeiro de 2022 e aprovado através do parecer número 09/CNBS/21 do dia 20 de janeiro de 2022 para a recolha de dados, os documentos da aprovação em Anexos 12 e 13.
- ✓ Na 4ª fase: Identificamos as Gestoras e Técnicos de Saúde para as entrevistas e questionamentos no dia 24 de janeiro de 2022.
- ✓ Na 5ª fase: Conversamos com as Gestoras e Técnicos de Saúde e solicitamos assinatura dos termos de consentimentos, entregamos os questionários e agendamos as devolutivas (hora e data) no dia 26 de janeiro de 2022, em Anexo 14.

- ✓ Na 6ª fase: Nos dias 2 e 3 de fevereiro de 2022 recolhemos os questionários e iniciamos a análise da informação enquadrando nas unidades de análise e nas respectivas categorias operacionais.
- ✓ Na 7ª fase: No dia 22 de fevereiro de 2022 agendamos as entrevistas com atores chaves para o preenchimento de lacunas pendentes durante a análise do questionário.
- ✓ Na 8ª fase: De 02 a 05 de março de 2022 realizamos as entrevistas com as Gestoras e Técnicos de Saúde de forma presencial.
- ✓ Na 9ª fase: Transcrevemos as entrevistas de 05 a 20 de março de 2022 e enquadrámos nas unidades de análise e nas respectivas categorias operacionais.

8 Resultados

Os resultados achados nesta pesquisa foram enquadrados nas quatro categorias operacionais, nomeadamente: i) habilidades do gestor; ii) funções da gestão; iii) níveis de gestão e; iv) determinantes sociais de saúde, interpretados à luz do Triângulo de Governo proposto por Carlos Matus (1993) que alberga três unidades de análise, nomeadamente: i) Projeto do Governo, ii) Governabilidade do sistema e iii) Capacidade de Governo.

A descentralização do Sistema Nacional de Saúde (SNS) na República de Moçambique, em particular, na Cidade de Maputo, foi um fator marcante na promoção da saúde das ações do PNCM. Nesse contexto, descreve-se o processo da transferência das funções da gestão dos serviços primários da saúde do Serviço de Saúde para a Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, enquadrando-o na unidade de análise “Governabilidade do Sistema”, em seguida.

8.1 Descentralização das funções da gestão em saúde no Sistema Nacional Saúde na Cidade de Maputo.

A descentralização política das funções de gestão em saúde para as autarquias locais foi criada pela aprovação das Leis n.ºs 2/97, de 28 de maio²¹ e 9/98, de 22 de novembro²², que preconizavam a transferência dos serviços primários da saúde, munidos da autonomia financeira, administrativa e patrimonial. Para a concretização da descentralização dos serviços primários da saúde era necessária aprovação de decretos e assinatura de memorando pelo poder político e administrativo da República de Moçambique, onde, para tal, foram aprovados decretos n.º 33/2006, de 30 de agosto²³ e 46/2011, de 21 de setembro²⁴ e foi assinado um memorando de transferência das funções da gestão em saúde entre a Governadora e o Presidente do Conselho Municipal, ambos da Cidade de Maputo, no dia 21 de dezembro de 2009 que só foi efetivada no dia 15 de fevereiro de 2013, resultado da Resolução nº

²¹ Cria o quadro jurídico legal para a implantação das autarquias locais.

²² Introduce princípios e disposições sobre o poder local no texto da lei fundamental.

²³ Estabelece o quadro de transferência de funções e competências dos órgãos do Estado para as autarquias locais.

²⁴ Altera a redação dos artigos 5, 15 e 16 do Decreto n.º 33/2006, de 30 de Agosto, e acrescenta o capítulo IV, com os artigos 17 e 18.

001/AM/2009 de 7 de fevereiro²⁵, que marcou o início da descentralização dos serviços primários da saúde na Cidade de Maputo.

O PNCM esteve inserido no Plano Estratégico do Setor da Saúde, 2014 a 2019, que deu muita ênfase a Reforma do Setor da Saúde e centrada na descentralização das funções da gestão com objetivo de garantir melhor prestação de serviços da saúde no Sistema Nacional da Saúde, onde culminou-se com a transferência de 26 Centros de Saúde distribuídos por Distrito Sanitário do Serviço da Saúde para a gestão da Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, conforme ilustra o Quadro 9, em seguida.

Quadro 9 Centros de Saúde descentralizados por Distrito Sanitário na Cidade de Maputo

Distrito Sanitário	Unidades Hospitalares (Centros de Saúde)
Distrito Urbano Kampfumu	Porto, Malhangalene, Alto-Maé, Maxaquene, Tribunal e Polana Cimento
Distrito Urbano Nihamankulu	Xipamanine e Saúde nº 14
Distrito Urbano Kamazakene	1º de Maio
Distrito Urbano Kamavota	1º de junho, Albazine, Hulene, Pescadores, Romão e Chihango.
Distrito Urbano Kamubukwana	Bagamoyo, Zimpeto, Inhagoia, Magoanine Tendas e Mini-Centro de Saúde Magoanine Tendas
Distrito Urbano Katembe	Catembe, Incassane e Mutsecua.
Distrito Urbano Kanyaka	Inyaca, Muchina e Inguane

Fonte: Autor a partir dos dados da pesquisa (DP) (2022), PSAS (2015), OMBE & CATIQUE (2017).

A descentralização dos Centros de Saúde para a autarquia local foi considerada sob ponto de vista político e administrativo como uma medida efectiva para a melhoria na oferta de serviços prestados na Cidade de Maputo. Foram, igualmente, transferidos três necrotérios e o respectivo Departamento de Saúde Pública composto por 17 programas, nomeadamente; i) Programa Nacional de Controle da Malária; ii) Programa Alargado de Vacinação; iii) Saúde Materno Infantil;

²⁵ Organização estrutural da Vereação de Saúde e Acção Social do Conselho Municipal da Cidade de Maputo, 2009.

iv) Programa Nacional de Nutrição; v) Programa Nacional de Otorrinolaringologia; vi) Vigilância Epidemiológica; vii) Saúde Ambiental; viii) Doenças Tropicais Negligenciadas, ix) Saúde Escolar e do Adolescente; x) Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente e Jovem; xi) Saúde Oral; xii) Saúde Mental; xiii) Programa Nacional de Oftalmologia; xiv) Programa Nacional de Controle da Lepra; xv) Educação para a Saúde Pública; xvi) Programa Nacional de Controle da Tuberculose; e xvii) Doenças não Transmissão/Trauma, Vigilância Epidemiológica, onde foram desenvolvidas várias ações de promoção à saúde do Programa Nacional de Controle da Malária (PSAS, 2015).

A descentralização das competências das funções da gestão em saúde do Serviço de Saúde para o Departamento da Saúde Pública da Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, beneficiou-se da estrutura organizacional, onde a autonomia financeira, de recursos humanos e patrimonial prevalecia sob gestão do Serviço de Saúde da Cidade de Maputo.

Face ao cenário, a análise revela uma dupla gestão de serviços primários da saúde no Sistema Nacional de Saúde na Cidade de Maputo e obediência aos regulamentos e planos do nível central, conforme os 100% dos depoimentos dos questionados, em seguida: O Departamento de Saúde Pública foi descentralizado vazios dos poderes financeiros, humanos, materiais e patrimoniais. A planificação e a coordenação das atividades de promoção da saúde eram realizadas em conjunto e o poder financeiro, de recursos humanos ainda estava centrado no Serviço de Saúde da Cidade de Maputo²⁶. Os Técnicos de Saúde respondiam nas duas instituições e no final de cada atividade tinham a obrigação de enviar os dados ao nível provincial (Serviço de Saúde e Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo), isto é, a descentralização ainda estava em curso e algumas ações eram partilhadas, como por exemplo: as atividades da Pulverização Intra-Domiciliária eram coordenadas e havia envolvimento dos parceiros da cooperação (Ministério da Saúde e dos dois setores, Serviço de Saúde e Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo)²⁷.

²⁶ Informação concedida pelas Gestoras e pelos Técnicos de Saúde da Cidade de Maputo em 25/03/2022.

²⁷ Informação concedida pelos Técnicos de Saúde da Cidade de Maputo em 23/03/2022.

O Serviço de Saúde da Cidade de Maputo coordenou as seguintes competências, nomeadamente: i) promover a saúde da população, ii) assegurar a execução do PNCM e, iii) decidir ações de controle da endemia da malária baseando-se em dados epidemiológicos fornecido através do Sistema de Informação em Saúde (SIS).

Como Harada (2008) nos lembra,

A promoção da saúde é definida, na Carta de Ottawa (1986), como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo (HARADA, 2008).

Deste modo, a promoção da saúde não pode ser percebida como sendo da responsabilidade exclusiva do Serviço de Saúde e da Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, mas sim sendo da responsabilidade de todos os *stakeholders* e da necessidade de atuação intersetorial e interdisciplinar, como aborda (HORADA, 2008).

Neste contexto, as ações do PNCM foram descentralizadas parcialmente e marcadas pela dupla gestão, onde o Serviço de Saúde tinha o poder de decisão em relação a Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, e pela Estrutura Linha-Staff²⁸ que soma as vantagens das duas estruturas, nomeadamente: Estruturas funcional e linear²⁹. Neste âmbito, a descrição do PNCM da República de Moçambique insere-se no “Projeto de Governo”, em seguida;

8.2 Descrição do Programa Nacional de Controle da Malária

O Programa Nacional de Controle da Malária foi criado através do Plano Estratégico do Sector de Saúde de 2013, do Ministério da Saúde da República de Moçambique, onde foram coordenadas e exercidas diversas ações com objetivo de reduzir os casos e óbitos por malária nas Unidades Sanitárias. 100% das Gestoras de Saúde da Cidade de Maputo referiram que o PNCM foi resultado das atividades de rotina e sempre havia balanço das estratégias que estavam a ser

²⁸ A Estrutura Linha-Staff é resultado da combinação da Estrutura Funcional e Linear.

²⁹ Segundo CHIAVENATO (1987) Estrutura funcional é aquela que define uma chefia para cada função nas instituições enquanto que a Estrutura linear é determinada pela hierarquia de funções na Instituição com linhas de comando bem definidas.

implementadas. Quando houvessem necessidade não se esperava até o fim do Programa, faziam-se sempre um plano de ação para reforçar as estratégias de intervenção que surgiam da monitoria e avaliação num intervalo de 3 a 5 anos em todos os níveis.

Portanto, o PNCM foi inserido no Plano Estratégico do Setor da Saúde de 2013, e assentou as suas bases nas seguintes grandes áreas: i) Gestão do PNCM; ii) Prevenção e enfrentamento de casos e óbitos por malária; iii) Análise e controle de casos e óbitos por malária; iv) Estímulo de saúde e relações públicas para redução de casos e óbitos por malária e; v) Acompanhamento, exames e consolidação da pesquisa da malária. O PNCM acentou, igualmente, nas seguintes estratégias: acesso, qualidade, efetividade e eficiência e por fim, nas parcerias com pretensão de implementar aptidões coordenadas, tendentes ao acompanhamento e manejo da malária à nível nacional, em particular, na Cidade de Maputo, nosso local do estudo.

Neste cenário, as cinco grandes áreas descritas acima estão inseridas na unidade de análise “Capacidade do Governo” que vamos desenvolver, em seguida:

i) Gestão do Programa Nacional de Controle da Malária

O PNCM foi uma proposta do Ministério da Saúde de Moçambique, auxiliado pela área de Prevenção e Controle de Doenças (PCD) na Direção Nacional de Saúde Pública (DNSP), onde as suas ações estão descentralizadas nos três níveis de gestão, nomeadamente: estratégico, tático e operacional.

O PNCM colabora com outras áreas do MISAU, particularmente a Saúde Materna e Infantil (SMI), o Departamento de Promoção de Saúde (DPROS), a Secção de Laboratórios Clínicos, o Departamento Farmacêutico, o Centro de medicamentos e Artigos Médicos (CMAM), o Centro de Abastecimento, a Unidade Gestora Executiva de Aquisições (UGEA), o Departamento de Informação (DIS), o Departamento de Epidemiologia, o Instituto Nacional de Saúde (INS) e outras (PESS, 2012).

Para a implementação de políticas de fiscalização e prevenção da malária ao nível nacional e, em particular, na Cidade de Maputo, o PNCM teve apoio de organizações governamentais e não governamentais, tais como: Agência

Bilaterais e Multilaterais³⁰; organizações internacionais³¹; organizações locais³²; Instituições do Governo de Moçambique³³; Ministérios e Instituições de formação³⁴ (PESS, 2012).

O Ministério da Saúde (MISAU) para assegurar o cumprimento dos objetivos estratégicos e específicos de enfrentamento da malária, através do PNCM manteve, durante 2014 a 2019, cooperou com vários Países da região da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC)³⁵ e com outros países do Mundo.

A área de gestão do PNCM tinha a responsabilidade de assegurar as funções de gestão (planificação, organização, controle e direção), bem como da manutenção e aumento de parceiros de cooperação nacional e internacional para a prevenção, controle e cura da malária.

ii) Prevenção e enfrentamento de casos e óbitos por Malária

Na área de prevenção e enfrentamento de casos e óbitos por malária foram desenvolvidas diversas ações tendentes à prevenção e controle por forma a reduzir a endemia da malária. Em relação aos dados colhidos na Direção Municipal de Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, notou-

³⁰ Fundo Global (GF), Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento – *United States Agency for International Development-USAID/* Iniciativa Presidencial contra a Malária (PMI), Departamento para o Desenvolvimento Internacional (DFID), World Bank, Fundo das Nações Unidas para a Infância-*United Nations Children's Fund* (UNICEF) e Organização Mundial da Saúde-*World Health Organization* (WHO).

³¹ World Vision, FHI 360 *The Science of Improving Lives-* FHI 306 é um nome comercial registrado da *Family Health International*, HAI/MACEPA, *Population Services International* (PSI), RTI/ISI Deliver, *Malaria Consortium*, Fundação Agakhan-Agakhan Foundation, MdMP, Instituto de Radioproteção e Dosimetria (IRD), *JHPIEGO/Maternal and Child Health Integrated Program* (MCHIP) e *C-Change*.

³² Fundo para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC), Programa Inter Religioso contra a Malária (PIRCOM) e Rede de Jornalistas contra Malária.

³³ Instituto Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Medicina Tradicional, Centro de Investigação de Manhiça, Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Meteorologia, Instituto Nacional de Gestão de Calamidades, CTF e Saúde Militar.

³⁴ Instituto Superior de Ciências de Saúde, Universidade Eduardo Mondlane e outras Instituições de Formação.

³⁵ *Southern Africa Development Community*.

se que 100% das Gestoras e dos Técnicos de Saúde afirmaram que realizaram várias atividades para a prevenção e controle da malária, nomeadamente: Pulverização Intra-Domiciliária, distribuição de redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração, Gestão Ambiental/Controlo Larval e Monitoria Entomológica.

As ações foram desenvolvidas para condicionar a redução de casos e óbitos por malária na Direção Municipal de Saúde e no Serviço da Saúde, ambos da Cidade de Maputo.

iii) Análise e controle de casos e óbitos por malária

A análise e controle de casos e óbitos por malária no PNCM teve como objetivo crucial efetuar análises laboratoriais, tratamento, cuidados e cura da malária ainda na fase precoce e estimular as comunidades a procurar tratamento iminente em caso de sintomas nas Unidades Sanitárias de Saúde, bem como na garantia da formação e supervisão para a certificação da utilização eficiente e efetiva do Teste de Diagnóstico Rápido (TDR) para o controle do parasita causador da malária nas comunidades (PESS, 2012).

Ao fazer análise dos depoimentos dos questionados, na Cidade de Maputo, constatou-se que 100% das Gestoras e dos Técnicos de Saúde realizaram algumas atividades para a prevenção, controle e cura da malária.

É crucial frisar que as ações desenvolvidas pelas Gestores e pelos Técnicos de Saúde foram fragilizadas pela exiguidade orçamental e pela imposição dos doadores na escolha dos distritos para a implementação das ações de enfrentamento.

iv) Estímulo de saúde e relações públicas para a redução de casos e óbitos por malária

O objetivo principal nesta área de saúde e relações públicas foi de procurar conscientizar a população inerente a endemia da malária. Na análise dos questionários constatou-se que 100% das Gestoras e dos Técnicos de Saúde salientaram que divulgaram ações de promoção da saúde para reduzir as

consequências da endemia da malária e solicitaram a colaboração da população para garantir a prevenção, cura e controle dos determinantes sociais de Saúde nos Distritos Sanitários da Cidade de Maputo.

Nesta área de estímulo a saúde e relações públicas promoveu-se ações estimuladoras para adesão aos métodos de prevenção e controle da endemia da malária.

Dos 100% das Gestoras e dos Técnicos de Saúde questionados referiram que incentivaram a população para aderir às ações de prevenção, controle e cura da malária com pretensão de proporcionar qualidade de vida que poderia assegurar e contribuir para um bem-estar das comunidades.

A adesão aos métodos de controle e prevenção da malária não pode ser vista como fácil. Há necessidade de considerar alguns aspectos do processo de saúde, doença, cuidados, prevenção e controle da calamidade pública que expõem a população aos determinantes sociais da saúde e coloca numa situação de vulnerabilidade. Portanto, nesta vertente, a vulnerabilidade está ligada aos excessos dos determinantes sociais da saúde que expõem a comunidade, onde para o seu enfrentamento, as Gestoras e os Técnicos de Saúde devem consciencializar a sociedade inerente a causa da origem da doença (malária), proporcionar mudanças de hábitos e costumes inerentes às medidas de prevenção e controle da doença (malária), bem como assegurar maior acesso aos recursos para o enfrentamento dos determinantes sociais de saúde causadores.

Deste modo, os métodos de estímulo a saúde e relações públicas não devem ser considerados como emergenciais, mas sim, como permanentes que possam assegurar que a própria sociedade, as Gestoras e os Técnicos da Saúde do PNCM na Cidade de Maputo, em conjunto, sejam responsáveis pelos atos de prevenção, controle e cura da malária.

v) Acompanhamento, exames e consolidação da pesquisa da malária.

O acompanhamento, exames e consolidação da pesquisa da malária teve como objetivo principal assegurar a vigilância, pesquisa da malária no sentido de garantir a sentinela cotidiana da endemia da malária. Neste item, 100% dos depoimentos dos Técnicos de Saúde salientaram que reportavam os números de

casos e óbitos por malária para os três níveis de gestão (distrital, provincial e central), onde eram usado SIS-MA³⁶. Ainda neste contexto, 100% das Gestoras de Saúde referiram que usaram as informações depositadas no SIS-MA para auxiliar na tomada de decisões baseadas em dados epidemiológicos.

No âmbito do enfrentamento da endemia da malária, as Gestoras tiveram acesso a informação que lhes possibilitou a tomada de decisões para o enfrentamento da malária. Portanto, o subtítulo em seguida, inerente ao objetivo específico 2, insere-se na unidade de análise “Projeto de Governo”.

8.3 Organização do Sistema Nacional de Saúde da República de Moçambique

Em 1979, o Serviço Nacional de Saúde de Moçambique³⁷ organizou e descentralizou os seus serviços de saúde em três níveis de gestão (central, provincial e distrital) com pretensão de assegurar maior acessibilidade e tornar os serviços mais eficientes e efetivos ao nível nacional (Artigo 18, Lei n.º 56/79, de 15 de setembro)³⁸, descentralizando, igualmente, os serviços primários para as autarquias locais (DECRETO n.º 33/2006, de 30 de agosto)³⁹.

O Serviço Nacional da Saúde (SNS) foi descentralizado e tinha as seguintes funções, em seguida:

- I. O nível central tinha a função de elaborar e sugerir políticas públicas, por exemplo: o PNCM obedeceu a Constituição da República de Moçambique e demais leis nacionais, bem como na garantia da interação das funções da gestão no Sistema Nacional de Saúde (SNS) (RESOLUÇÃO n.º 4/95)⁴⁰.
- II. O nível provincial foi considerado como centro da tomada de decisões para o cumprimento de metas e objetivos programados, que serviu,

³⁶ O SIS-MA é um Sistema usado pelo Sistema Nacional de Saúde da República de Moçambique para a recolha de informações, monitoria e avaliação da ocorrência de uma determinada doença nas unidades hospitalares por forma auxiliar na tomada de decisões, para a planificação de estratégias, organização, controle e para alocação de recursos baseando em evidências científicas (PESS, 2012).

³⁷ O Serviço Nacional de Saúde é um serviço que foi criado pelo Governo da República de Moçambique com pretensão de garantir maior acessibilidade aos serviços de saúde.

³⁸ Criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) da República de Moçambique.

³⁹ Regula os procedimentos para a transferência de funções e competências dos órgãos do Estado para as autarquias locais. Boletim da República, I série, nº 35 de 30 de Agosto de 2006.

⁴⁰ Aprova a Política do Sector para 1995/1999.

igualmente, de garantia da interação e interdependência das funções da gestão para o alcance dos propósitos definidos.

- III. A nível distrital, neste caso, os mesmos Distritos do Serviço de Saúde e a Direção Municipal da Saúde, ambos da Cidade de Maputo, foram considerados como centros de implementações de políticas públicas, como é o caso do PNCM, 2014 a 2019.

Sobre o nível distrital, Trigueiro & Marques (2014, p. 35) afirmam que:

No contexto da Administração Pública, se enquadram nesse nível as secretarias municipais, como, por exemplo, a secretaria de saúde de um município que desenvolve um projeto de combate à dengue ou um programa de saúde da família.

Assim, no nível distrital, na Direção Municipal de Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, desempenharam um papel executor, onde foram realizadas atividades técnicas para o alcance dos objetivos programados nos níveis central e provincial.

Neste contexto, Trigueiro & Marques (2014 p. 35) nos lembram o seguinte:

Com relação à organização pública, um exemplo é a operacionalização dos projetos elaborados pela Secretaria de Saúde, com as visitas dos agentes de saúde às residências dos munícipes a fim de combater doenças ou conscientizar as pessoas para enfrentarem o problema.

A descentralização de serviços do nível central para os níveis provinciais pode ser percebido como uma transferência de responsabilidades, da gestão do Sistema Nacional da Saúde (SNS), do orçamento e dos parceiros de cooperação para a gestão do Serviço de Saúde e para a Direção Municipal de Saúde com objetivo de assegurar maior transparência, parceria, eficiência e efetividade na gestão de serviços, bem como na proporção de serviços de qualidade e maior acessibilidade para os usuários nas Unidades Hospitalares.

Em relação ao texto descrito acima, Teixeira (2011) salienta que:

A descentralização da gestão do sistema implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (MS) para os estados (SES) e municípios (SMS). Esta transferência ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução política-administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal), com a transferência, concomitante,

de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes (TEIXEIRA, 2011, p. 6).

A visão da Teixeira (2011, p. 6), nos traz uma reflexão em torno da municipalização de serviços de saúde que se pode comparar com a regionalização administrativa, onde há transferência de competências e de poderes administrativos, financeiros e patrimoniais para a gerência regional dos Serviços de Saúde (Artigo nº 23 da Lei n.º 4/2019 de 31 de Maio)⁴¹. O subtítulo em seguida enquadra-se na unidade de análise “Governabilidade do sistema” inerente ao objetivo específico nº 2, em seguida.

Relação e coordenação de ações entre parceiros e os três níveis do sector de saúde.

As relações de cooperação e coordenação de ações entre os parceiros e os três setores de saúde ao nível da Cidade de Maputo foram consideradas como relações de interdependência e dinâmicas na gestão de serviços de saúde no PNCM.

As Gestoras e os Técnicos de Saúde questionados salientaram que o parceiro de cooperação do Programa Nacional de Controle da Malária foi a “*Malaria Consortium*”⁴² que financiou a maior parte das ações desenvolvidas, nomeadamente: i) monitoria de qualidade de dados; ii) reuniões do balanço da província; iii) aquisição de crédito para a comunicação e, iv) atividades entomológicas. Na execução das atividades descritas, no período anterior, havia uma relação de coordenação e interdependência nas funções da gestão (organização, planificação, controle e direção).

Para a coordenação efetiva das ações de enfrentamento da malária seria necessário que os parceiros de cooperação trouxessem estratégias prioritárias por financiar e deixar a autonomia financeira sob gestão directa da Direção Municipal de

⁴¹ Estabelece os Princípios, as Normas de Organização, as Competências e o Funcionamento dos Órgãos Executivos de Governação Descentralizada Provincial.

⁴² Malária Consortium é uma organização internacional criada em 2003 em Londres, no Reino Unido, com objetivo de enfrentar a malária e doenças tropicais negligenciadas sem fins lucrativos, onde opera na África e na Ásia-Pacífico.

Saúde da Cidade de Maputo. Os itens em seguida estão enquadrados na unidade de análise “Capacidade do Governo”.

Relação e coordenação entre os três níveis da gestão no Sistema Nacional de Saúde

A gestão do PNCM é formada pelo Ministério da Saúde (central), Serviço de Saúde e Direção Municipal de Saúde (provincial), e distritos municipais (distrital). Estes órgãos desenvolveram uma coordenação dinâmica das ações entre os três setores, onde basearam-se nos princípios, nas normas estruturais, nas habilidades das Gestoras e dos Técnicos de Saúde para garantir o funcionamento dos órgãos executivos da governação desconcentrada.

Dos questionados, 90% das Gestoras e 85% dos Técnicos de Saúde salientaram que havia uma coordenação efetiva entre os três níveis de gestão e 10% das Gestoras e 15% dos Técnicos de Saúde referiram que a coordenação não era eficiente, visto que, havia uma relação de subordinação na implementação das atividades do PNCM, conforme nos lembra a seguinte legislação:

Os órgãos de soberania e outras instituições centrais do Estado auscultam os órgãos executivos de governação descentralizada provincial, relativamente às matérias da sua competência respeitantes à província e os órgãos centrais do Estado enviam, no princípio de cada ano, ao Governador de Província instruções técnico-metodológicas que possibilitem uma planificação e ação coordenadas das atividades Setoriais a realizar na província, cuja implementação é da responsabilidade do Estado (nº 1 e 7 do artigo nº 24 da Lei nº 4/2019)⁴³.

Para a materialização das ações programadas no PNCM baseou-se nas orientações da Reforma do Sector Público, na formulação das estratégias futuras inerentes à descentralização no Setor da Saúde (FORQUILHA, S. C. *et al.*, 2018).

Relação dos níveis de saúde com outras instituições

As instituições administrativas e políticas do Serviço de Saúde e da Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, coordenaram a implementação das ações de enfrentamento e de controle da malária. Todos os questionados referiram que as ações foram coordenadas de forma dinâmica nos níveis inter-setoriais e existiu

⁴³Lei n.º 4/2019 que estabelece os princípios, as normas de organização, as competências e o funcionamento dos órgãos executivos de governação descentralizada provincial.

um programa específico “Saúde escolar” que se engajou na programação, em cada dois meses, na difusão de toda informação inerente às novas infecções, medidas de prevenção, controle e cura da malária nalgumas instituições da Cidade de Maputo.

Ainda no mesmo item, todas as Gestoras e todos os Técnicos de Saúde referiram que havia uma relações entre os níveis de atendimento hospitalar com outras instituições, onde era difícil de avaliar uma única atividade, por exemplo: durante a execução das atividades de pulverização intra-domiciliária, uma parte do Distrito Municipal KaMubukwane não foi pulverizada devido a exiguidade financeira e as atividades executadas foram de qualidade tendo em conta que primeiro fez-se um estudo etimológico para encontrar o mosquito causador da malária.

Ainda neste estudo, 100% das Gestoras e dos Técnicos de Saúde salientaram o seguinte: i) as estratégias não foram implementadas na plenitude devido a falta de fundos e priorizava-se os Distritos Sanitários com maior índice de casos e óbitos por malária; ii) resistência de alguns moradores com mais informação em relação a doença (malária) e, iii) falta de legislação que obrigasse as comunidades aderir às medidas de promoção da saúde.

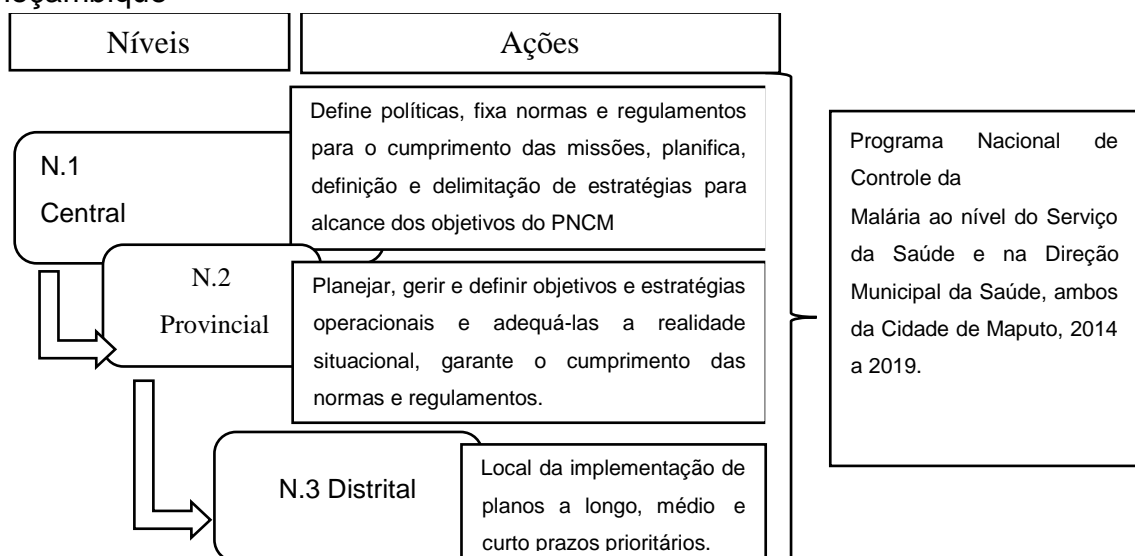
No âmbito das solicitações para ter acesso às residências; 100% dos questionados salientaram que o acesso não foi efetivo, nalgumas casas, os Agentes Elementares da Saúde não eram deixados entrar para as ações de pulverização intra-domiciliária justificada pela falta de lei que poderia obrigar as comunidades para garantir as medidas de prevenção e controle da malária. Os subtítulos, ainda inerentes ao objetivo específico 2, em seguida, serão enquadrados na unidade de análise “Projeto do Governo”.

8.4 Gestão do Sistema Nacional de Saúde de Moçambique

O Sistema Nacional de Saúde de Moçambique é constituído por uma rede fundamental que proporciona serviços de saúde ao nível nacional e garante cuidados de saúde às comunidades, nomeadamente: ações preventivas, de assistência e de reabilitação, utilizando formação e pesquisa como meio para o seu desenvolvimento contínuo conforme descreve Girones, *et al.*, (2018) e; é composto por três níveis, nomeadamente: i) central, ii) provincial e iii) distrital.

- I. Nível central tem as seguintes atribuições: definir políticas, fixar normas e regulamentos para o cumprimento das missões, planificar, definir e delimitar as estratégias direcionadas para os níveis provinciais e distritais. Este detém o poder financeiro centralizado para a realização de todas as ações ao nível nacional, onde as suas intervenções têm consequências nos níveis provinciais e distritais, como por exemplo: na alocação de meios de transportes, equipamentos médicos, construção dos hospitais dos níveis secundário, terciário e quaternário e nas despesas de medicamentos.
- II. Nível provincial tem a missão de planificar através de planos a longo, médio e curto prazos sob regulamentação e orientação do nível central; coordena as ações com o nível distrital e adequa-as a realidade situacional; garante, igualmente, o cumprimento das normas e regulamentos; armazena e distribui medicamentos e materiais para os níveis distritais, e por fim,
- III. Nível distrital é considerado como local da implementação de planos a longo, médio e curto prazos, prioritários, produzidos nos níveis: centrais e provinciais, onde são garantidos os cuidados de saúde às comunidades (PNCM, MARTINS, *et al.*, 2013, 2020), conforme ilustra a Figura 5, em seguida:

Figura 5. Os três níveis de gestão do Sistema Nacional da Saúde de Moçambique



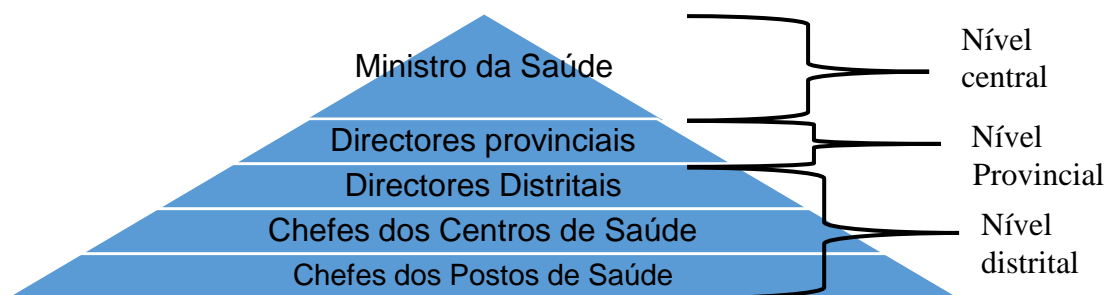
Fonte: Autor (2022) a partir do MINTZBERG (2010) e do CHIAVENATO (2009).

Neste âmbito, a Figura 5 revela o grau de dependência dos níveis de gestão no Sistema Nacional de Saúde (SNS), onde o nível central define as políticas a serem implementadas ao nível nacional, monitora e coordena com os níveis provinciais; os níveis provinciais operacionalizam nos níveis distritais. Portanto, o nível distrital é considerado palco da implementação da política e está sob controle do nível provincial na garantia da promoção à saúde nas comunidades.

Nomeações administrativas nos níveis de gestão do Sistema Nacional de Saúde de Moçambique

No nível central, o Ministro e o Vice-Ministro da Saúde foram nomeados pelo Presidente da República de Moçambique, ao abrigo da alínea a do nº 2 do artigo nº160 da CRM (2004)⁴⁴, os Directores Provinciais da Saúde foram nomeados pelo Ministro que subentende da área da saúde, coberto pelo nº 3 do artigo nº 141 da CRM (2004)⁴⁵ e por fim, no nível Distrital, os Directores de Saúde, Mulher e Ação Social foram nomeados pelo Director Provincial da Saúde e por sua vez, os Directores Distritais nomearam os Directores dos hospitais, Chefes de Centros e Postos de Saúde que propuseram ao Director Provincial pela sua confiança, sustentado pelo artigo 60 da Lei n.º 4/2022⁴⁶, conforme ilustra a estrutura hierárquica da administração na Figura 6, em seguida.

Figura 6. Estrutura hierárquica da administração no Sistema Nacional de Saúde de Moçambique



Fonte: Autor (2022) adaptado do MINTZBERG (2010) e do CHIAVENATO (2009).

⁴⁴ Nos lembra que, compete ao presidente, nomear, exonerar e demitir os Ministros e Vice-Ministros.

⁴⁵ Nos lembra o seguinte: os membros do Governo Provincial são nomeados pelos Ministros das respectivas pastas, ouvido o Governador Provincial.

⁴⁶ Aprova o Estatuto Geral dos Funcionários e Agentes do Estado.

A Figura 6 caracteriza uma instituição hierárquica de autoridade linear-Staff que é caracterizado pela existência de uma linha direta de comando único e definição clara de tarefas específicas entre os superiores hierárquicos e seus subordinados. Neste contexto, a sociação das duas estruturas, nomeadamente: autoridade linear e funcional, designa-se de Estrutura de Linha-Staff que surge da soma dos benefícios dos dois modelos (CHIAVENATO, 2004)

Neste cenário, o Ministro da Saúde ocupa o mais alto nível na estrutura hierárquica da instituição e garante a execução das políticas institucionais com funções de decidir e definir estratégias a curto, médio e longo prazos. Os Directores Provinciais ocupam o nível intermédio na tomada de decisão, na transformação de planos e programas para a sua implementação no nível distrital e por fim; os Directores Distritais de Saúde ocupam o mais baixo nível na estrutura administrativa, são executores de políticas juntamente com os Directores dos Hospitais, chefes de Centros e Postos de Saúde. Nesta estrutura de Linha-Staff, nota-se o centralismo do poder, maior controle e divisão clara de tarefas nos vários níveis de gestão que poderia garantir a efetividade do programa a nível local. A estrutura organizacional do Setor da Saúde da Cidade de Maputo (estrutura de Linha-Staff) não é competitiva, visto que é de natureza coercitiva, os funcionários são regidos por normas burocráticas e desmotivados na contribuição interna no setor, abusa na tarefa de chefia e de comando, descentralizada na tomada de decisão, especialização de funções, os subordinados reportam à vários superiores hierárquicos dependendo da sua facilidade, possibilidade de sabotagem⁴⁷ e conseqüentemente, a estrutura corre o risco de não poder cumprir com os seus propósitos institucionais previamente estabelecidos.

8.5 Organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS) da República de Moçambique

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) da República de Moçambique, com base nos diferentes níveis de gestão, assegurou os serviços básicos da saúde que parcialmente eram gratuitos nos cuidados intensivos e nos procedimentos

⁴⁷ Os funcionários responsáveis acabam ordenando as ações (imposição de ideias e ações) que podem gerar conflitos entre as duas partes (órgão de linha e de staff) tendo em conta que as opiniões e as estratégias podem ser diferentes.

hospitalares, produto da insuficiência de recursos financeiros e económicos associados aos determinantes sociais de saúde que abalaram os usuários de saúde (JONA, 2016).

O SNS da República de Moçambique é constituído por dois setores, nomeadamente: o público que presta serviços sem pretensões lucrativas e o privado com ambições lucrativas (MARTINS. *et al.*, 2013). Dessa forma, entre os dois setores, tanto privado quanto o público, havia uma relação de coordenação, interdependência e interligação interinstitucional⁴⁸ (público-privado) na prevenção, tratamento e cura dos usuários da endemia da malária, onde os usuários que não encontravam os serviços especializados num certo setor, recorriam ao outro setor e vice-versa.

Desta forma, para uma melhor prestação de serviços, o Sistema Nacional de Saúde da República de Moçambique é composto por quatro níveis de atenção, nomeadamente:

- I. O nível primário, que corresponde aos Centros de Saúde, locais do primeiro contacto com usuário e tem a função de implementar planos a curto, médio e longo prazos na garantia de cuidados primários.
- II. O nível secundário é referente aos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais que são de referência para os usuários que não encontram cuidados no nível primário.
- III. O nível terciário é pertencente aos Hospitais Provinciais que são referências para os usuários que não encontram respostas nos níveis primário e secundário.
- IV. O nível quaternário é atinente aos Hospitais Centrais que constituem referência para dar resposta às solicitações dos níveis primário, secundário e terciário. Portanto, faz parte também do nível quaternário os Hospitais Especializados (DADOS DE PESQUISA, 2022, PNCM, 2012, MARTINS, *et al.*, 2013).

⁴⁸ Para referir que entre os setores público e privado havia relações de parceria e colaboração no atendimento de pacientes, no desenvolvimento de projetos inerentes a endemia da malária e na troca de experiências entre os Gestores e Técnicos de Saúde.

Neste contexto, os níveis de atenção hospitalar no Serviço Nacional de Saúde da Cidade de Maputo têm uma relação de interdependência entre eles, conforme ilustra a Figura 7, em seguinte:

Figura 7. Níveis de atendimento interdependente hospitalar no Sistema Nacional de Saúde da República de Moçambique na Cidade de Maputo



Fonte: Autor (2022) a partir do PNCM (2012), MARTINS, *et al.*, (2013).

Nos níveis de atendimento no Sistema Nacional de Saúde da República de Moçambique na Cidade de Maputo havia uma relação de interdependência, onde os usuários que não encontravam atendimento adequado no nível primário eram transferidos para os hospitais dos níveis secundário, terciário e quaternário, e depois dos tratamentos especializados, os usuários podiam, igualmente, ter assistência em qualquer nível de atendimento. Os hospitais dos níveis primário e secundário eram os que asseguravam assistência fundamental às comunidades enquanto que os dos níveis terciário e quaternário garantiam assistência especializada e com Técnicos especializados (PESS, 2003). Os itens, em seguida, inerentes ainda ao objetivo específico nº 2, inserem-se na unidade de análise “Capacidade do Governo”.

8.6 Gestão do Programa Nacional de Controle da Malária no Sistema Nacional de Saúde na Cidade de Maputo

i) **Gestão do Programa Nacional de Controle da Malária no Serviço de Saúde e na Direção Municipal da Saúde, ambos da Cidade de Maputo**

O Serviço de Saúde da Cidade de Maputo teve a missão de comandar as ações e dinamizar os serviços básicos de saúde ao nível distrital e torná-las mais acessíveis aos usuários nas unidades sanitárias, através de um sistema desconcentrado que

priorizava as parcerias para assegurar a promoção da saúde das comunidades locais (BOLETIM INFORMATIVO DE JUNHO DA DIREÇÃO DA SAÚDE DA CIDADE DE MAPUTO (BIJDSCM), 2018, DP, 2022)

Neste enquadramento, 100% das Gestoras e dos Técnicos de Saúde questionados citaram que o Serviço de Saúde da Cidade de Maputo foi responsável pelas seguintes ações, nomeadamente: i) sugerir políticas de saúde; ii) realizar ações para garantir a promoção da saúde da população; iii) assegurar os serviços secundário⁴⁹ e terciário⁵⁰, iii) desempenhar funções de reporte de estudos; iv) regulamentar as atividades e; v coordenar a gestão em saúde em todas Unidades Hospitalares da sua gestão.

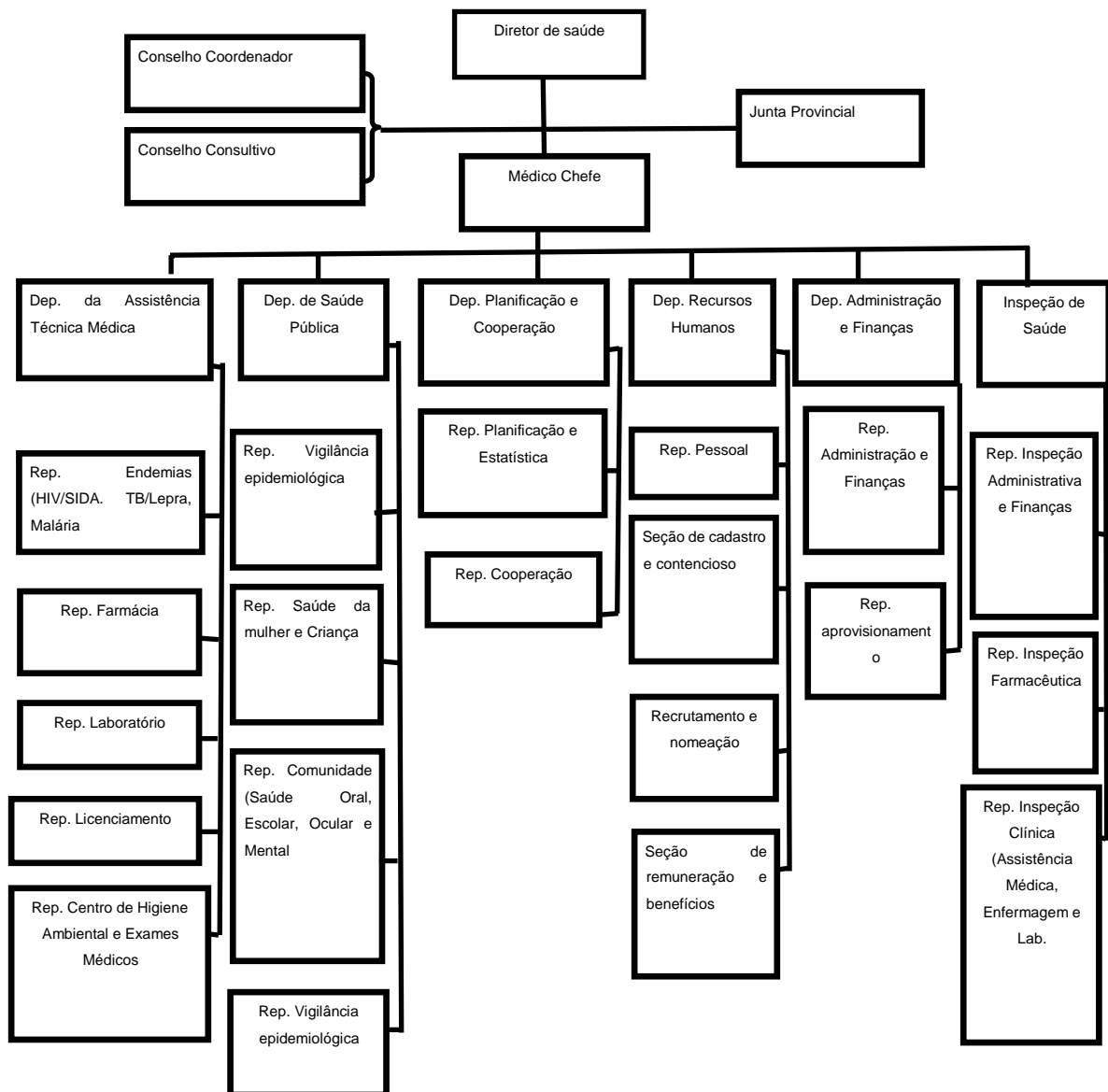
O Serviço de Saúde da Cidade de Maputo participou com sugestões para a concepção de planos para assegurar o investimento nas ações da sua subordinação e na realização de outras atividades incumbidas pelo nível estratégico (DP, 2022, PSAS, 2013).

O SNS no Serviço de Saúde da Cidade de Maputo para o enfrentamento da malária e outras doenças endêmicas esteve organizado, conforme ilustra a Figura 8 da estrutura organizacional do Serviço de Saúde da Cidade de Maputo, em seguida:

⁴⁹ O nível secundário é composto pelos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais e têm como função prestar Cuidados de Saúde Secundária e constitui o primeiro nível de referência para os doentes que não encontram resposta nos Centros de Saúde ou no nível primário.

⁵⁰ O nível terciário é composto pelos Hospitais Provinciais e constituem a referência para os doentes que não encontram soluções ao nível dos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais bem como dos doentes provenientes de Hospital Rural nem Geral para onde possam ser transferidos, isto é, nos níveis secundários.

Figura 8. Estrutura organizacional do Serviço de Saúde da Cidade de Maputo.



Fonte: Autor (2022) baseado no PSAS (2013).

O Serviço da Saúde da Cidade de Maputo organizou as suas ações da seguinte forma: o/a Directora/a como responsável superior e seguido pelo Conselho Coordenador, Conselho Consultivo, Junta Provincial e os restantes departamentos que eram chefiados na sua totalidade pelo Médico Chefe (DADOS DE PESQUISA, 2022).

O Serviço de Saúde da Cidade de Maputo, até no final do nosso trabalho de pesquisa, tinha 35 Unidades Sanitárias, das quais: 4 Hospitais Gerais, 1 Hospital Especializado em Saúde Mental, 4 Centros de Saúde Urbano C, 15 Centros de Saúde

Urbano A, 5 Centros de Saúde Urbano B, 2 Centros de Saúde Rural do Tipo I, 4 Centro de Saúde Tipo II (DP, 2022).

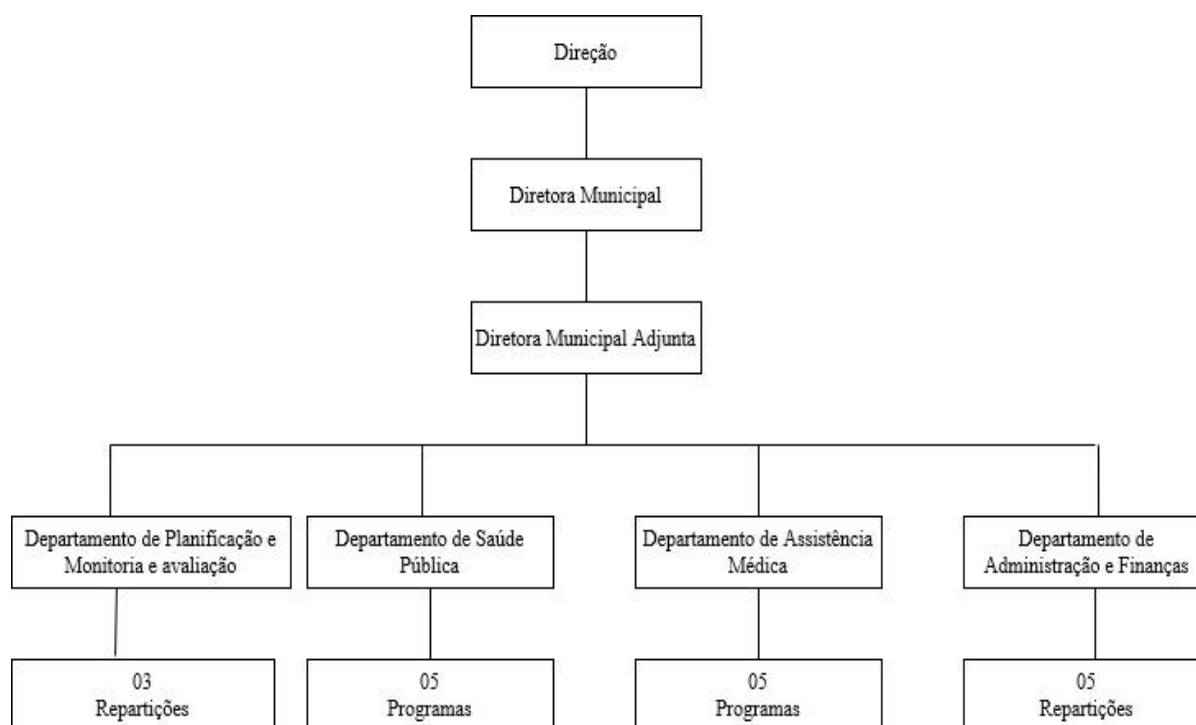
Neste contexto, o Serviço de Saúde da Cidade de Maputo contava, igualmente, com 14 Maternidades, 6 Bancos de Socorro e 4 Instituições sob sua subordinação, nomeadamente: Centro de Exames Médicos, Necrotérios, Centro de Higiene Ambiental e Instituto de Ciências e Saúde de Infulene e cooperava com instituições privadas; nomeadamente: 1 Hospital Privado, 1 Instituto de Coração, 10 Clínicas, 75 Consultórios Médicos, 146 Farmácias Comerciais, 9 Laboratórios de Análises Clínicas e 7 Serviços de Ambulância (BIJDSCM, 2018, DP, 2022). O Hospital Central de Maputo (HCM) faz parte da rede Sanitária de Serviço Nacional de Saúde e tem uma gestão autónoma, isto é, está sob controle do Ministério da Saúde (DP, 2022, PSAS, 2015).

No contexto da descentralização, até no fim da recolha de dados, o Serviço de Saúde esteve na fase da transferência de competências dos cuidados primários de Saúde para a gestão da Direção Municipal da Saúde, ambos da Cidade de Maputo, baseando-se no DECRETO n.º 33/2006, de 30 agosto⁵¹.

De maneira a atender às necessidades das comunidades e garantir a efetividade das ações, a Direção Municipal da Saúde da Cidade de Maputo esteve hierarquizada, conforme ilustra a Figura 9, em seguida:

⁵¹ Decretou a necessidade de descentralizar as responsabilidades institucionais do Estado para independência regional ao abrigo do artigo n.º 6 da Lei n.º 2/27, de 18 de fevereiro, que implementa as normas de separação administrativa e da independência regional.

Figura 9. Estrutura hierárquica da Direção Municipal de Saúde da Cidade de Maputo



Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa da Direção Municipal de Saúde da Cidade de Maputo (2022).

A Figura 9 representa a Estrutura Linha Staff⁵², onde a Direção Municipal de Saúde que foi liderada pela Vereadora para a Área da Saúde e Ação Social, seguida pela Diretora da Saúde Pública, Diretora Adjunta da Saúde Pública e pelos Chefes dos Departamentos e das Repartições.

A Direção Municipal de Saúde da Cidade de Maputo teve a responsabilidade de assegurar os serviços primários da saúde ao abrigo da alínea d) do artigo n.º 6 da lei n.º 2/97 que aprovou o *regime jurídico no âmbito da efetivação das autonomias locais*⁵³ e do artigo n.º 12 do Decreto n.º 33/2006, de 30 de agosto⁵⁴. Os itens em

⁵² Na Estrutura Line-Staff, os órgãos de linha (funcionais) têm o poder de decisão enquanto que os órgãos de staff têm a função de apoiar os órgãos funcionais para o cumprimento dos propósitos institucionais.

⁵³ Assegura a transferência, a manutenção das infra-estruturas e o desenvolvimento da gestão da rede de cuidados primários e serviços da sua competência nas comunidades, de maneira a proporcionar melhores serviços.

⁵⁴ Decretou a necessidade de descentralizar as responsabilidades institucionais do Estado para independência regional.

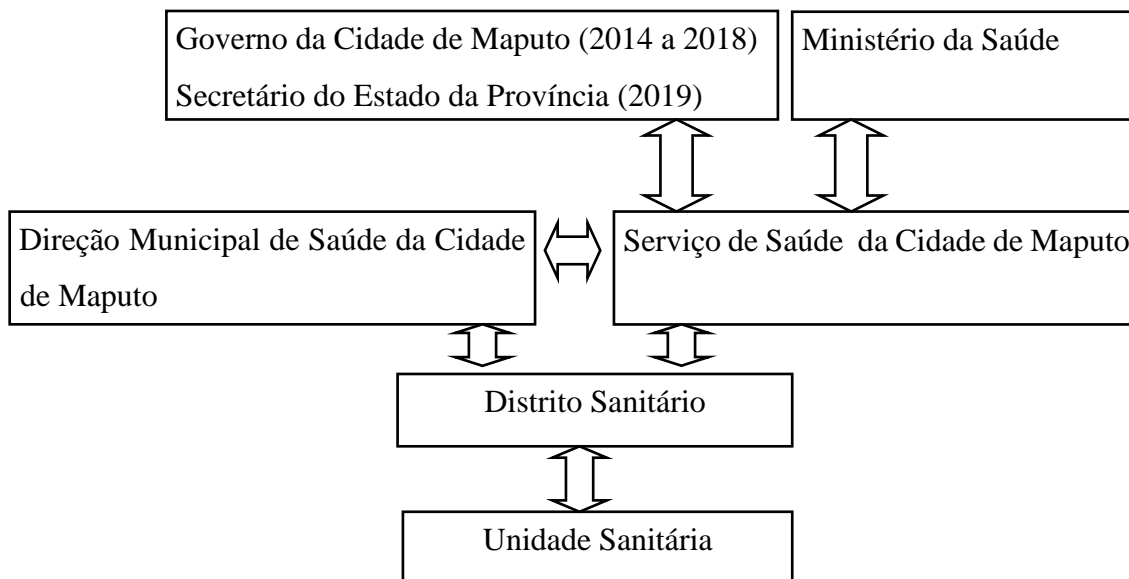
seguida inerentes ao objetivo específico nº 2 foram enquadrados na unidade de análise “ Governabilidade do sistema”.

ii) **Coordenação da gestão do Programa Nacional de Controle da Malária no Serviço de Saúde na Cidade de Maputo**

O Ministério da Saúde é um órgão que assegurava a interação e interdependência das funções da gestão e definia as estratégias para o alcance dos propósitos programados no nível central para o nível operacional, onde eram implementadas as ações setoriais (RESOLUÇÃO n.º 4/95⁵⁵).

O PNCM esteve dependente da área de Prevenção e Controle de Doenças na Direção Nacional de Saúde Pública, durante o período em análise, onde para a prestação de serviços de saúde e para assegurar uma gestão eficiente na Cidade de Maputo, obedeceu ao organograma da gestão do PNCM, conforme ilustra a Figura 10, em seguinte;

Figura 10. Organograma da gestão do Programa Nacional de Controle da Malária na Cidade de Maputo, 2014 a 2019.



Fonte: Elaborado por autor a partir dos dados de pesquisa (2022).

A Figura 10 do organograma da gestão do PNCM na Cidade de Maputo revela que havia uma múltipla subordinação horizontal e vertical, uma articulação e

⁵⁵ Aprova a Política do Sector de Saúde para 1995/1999.

reciprocidade nas funções da gestão durante a implementação de ações de enfrentamento da endemia da malária.

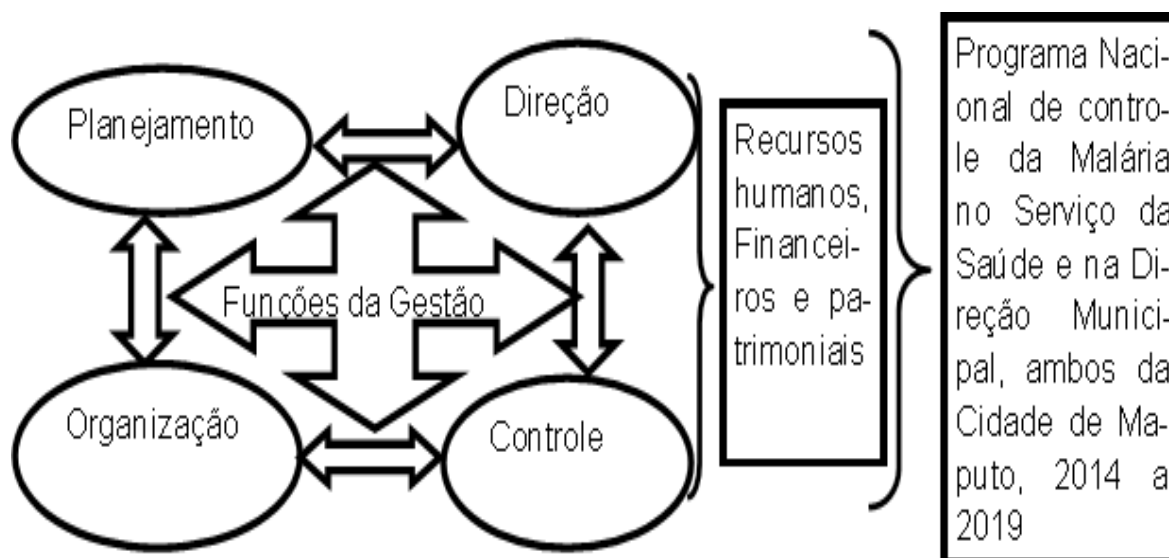
As funções da gestão do PNCM foram definidas a partir do nível central (Ministério da Saúde), planificadas no nível provincial, isto é, coordenadas entre o Serviço de Saúde e a Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, com o conhecimento do Ministério da Saúde e do Governo da Cidade (2014 a 2018) e Secretário do Estado da Província (2019) com aprovação da Constituição da República de 2018 e por fim; executadas no nível distrital (Distrito Municipal) onde encontravam-se as Unidades Sanitárias e as comunidades. O nível distrital era considerado como palco das implementações das políticas ou dos programas. Na situação referida nos períodos anteriores do mesmo parágrafo, 100% das Gestoras e dos Técnicos de Saúde confirmaram que as funções da gestão do PNCM foram desenvolvidas de forma interativa e coordenada entre diferentes setores na Cidade de Maputo.

No fim da implementação das ações de controle da endemia da malária, os Técnicos de Saúde alocados nas Unidades Sanitárias tinham obrigação de enviar dados epidemiológicos para os dois setores (Serviço de Saúde e Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo), que simultaneamente produziam os relatórios e a responsabilidade de enviar era do Serviço de Saúde para o Ministério da Saúde com o conhecimento do Governo da Cidade ou Secretário do Estado da Província.

Ainda nas ações desenvolvidas entre diferentes setores na Cidade de Maputo, 100% das Gestoras e dos Técnicos de Saúde validaram que a planificação das atividades viradas para o controle e cura da malária eram coordenadas e realizadas entre os dois níveis de gestão (distrital e provincial), em obediência às orientações do PNCM, submetido ao Ministério da Saúde da República de Moçambique para a sua aprovação, disponibilização de recursos e execução.

As ações de controle da Malária foram desenvolvidas de forma coordenativa e interativa entre as funções da gestão, conforme ilustra a Figura 11, em seguida:

Figura 11. Funções da gestão no PNCM na Cidade de Maputo



Fonte: Elaborado por autor (2022) a partir de CHIAVENATO (2009) e TRIGUEIRO & MARQUES (2014).

As ações da gestão foram coordenadas e interdependentes a partir da alta gestão, onde foram planejadas, organizadas, dirigidas e controladas para o alcance integral dos propósitos do Programa Nacional de Controle da Malária que culminaram com a disponibilização de recursos humanos, financeiros e materiais para os níveis provinciais e distritais.

De acordo com os dados dos sete Distritos Urbanos inquiridos, 100% dos depoimentos das Gestoras de Saúde referiram que as atividades foram lideradas, dirigidas da melhor forma possível e centralizadas na Chefe do Programa ao nível do Serviço de Saúde da Cidade de Maputo. Deste modo, os Técnico de Saúde do Programa salientaram que a Gestora/Chefe do Programa servia de elo de comunicação entre os representantes do programa de cada distrito. Ainda para sustentar, as Gestores e os Técnicos de Saúde referiram que as atividades foram planejadas mediante a partilha de planos e ligações telefônicas, onde o controle das ações foi realizado através da supervisão diária.

A descrição das funções de gestão no ciclo da gestão evidenciou uma interação dinâmica e interdependência nas ações desenvolvidas entre os dois setores de saúde (Direção Municipal de Saúde e Serviço da Saúde, ambos da Cidade de Maputo) para o enfrentamento da endemia da malária e cumprimento do Projeto do Governo.

Apresenta-se os resultados do objetivo específico 3 inerente as ações desenvolvidas pelos Gestores e Técnicos de Saúde enquadrando-as na unidade de análise “Projeto do Governo”, em seguida:

8.7 Contributo da gestão no enfrentamento da malária

Em 2014, no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, continuava a se registrar números de casos de infecção e óbitos por malária associados aos determinantes sociais de saúde, onde para o controle da malária, o Ministério da Saúde de Moçambique, baseando-se no artigo n.º 89 da CRM (1975, 1990) que nos lembram o seguinte: *“Todos os cidadãos têm o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública”*, com objetivo de responder às iminentes ameaças da epidemia da malária, produziu o Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS) 2014 a 2019, como propósito de fortalecer a coordenação de políticas e programas no Sistema Nacional de Saúde (SNS). O Programa Nacional de Controle da Malária (2013) foi produzido no contexto das calamidades/desastres naturais⁵⁶ com pretensão de assegurar maior acesso à saúde e proporcionar melhores serviços de qualidade, bem como garantir a manutenção dos parceiros de cooperação no Sistema Nacional de Saúde (PESS, 2013).

Para o desenvolvimento de ações de controle da malária na Cidade de Maputo, o PNCM elencou quatro amplos procedimentos para o enfrentamento da malária, nomeadamente: i) acessibilidade; ii) qualidade de serviços prestados; iii) efetividade e eficiência de serviços de saúde e por fim, iv) parceiros de assistência do PNCM. Os quatro procedimentos elencados no período anterior inserem-se na “Capacidade do Governo” que descrevemos em seguida;

1. Acessibilidade do Programa Nacional de Controle da Malária

No período de 2014 a 2019, no Serviço de Saúde e a Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, os Gestores e Técnicos de Saúde distribuíram em massa as redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração às populações nos diferentes distritos urbanos, com o envolvimento dos Líderes

⁵⁶ Inundações causadas pelas chuvas fortes em 2000 nas regiões sul e centro de Moçambique.

Comunitários na sensibilização das comunidades para garantir o acesso nas residências, conforme ilustra o Quadro 10, em seguida.

Quadro 10. Cobertura de redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração distribuídas por Distritos Municipais, 2016 a 2019.

Distritos Municipais	2016	2017	2018	2019	Total de redes mosquiteiras distribuídas
KaMpfumo	1.920	5.599	5.674	5.947	19.140
Nlhamankulu	1.834	7.882	7.826	8.534	26.084
KaMaxaquene	1.652	4.737	4.433	3.921	15.639
KaMavota	3.921	13.332	16.057	14.636	47.941
KaMubukwana	2.579	7.865	7.850	7.548	25.842
KaTembe	189	815	759	733	2.496
KaNyaka	41	129	143	125	438

Fonte: Autor a partir dos dados da pesquisa da Direção Municipal de Saúde da Cidade de Maputo (2022).

A cobertura de redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração por Distritos Municipais, no período de 2016 a 2019, no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, revelou que o Distrito Municipal KaMavota liderou as estatísticas com 47.941 de redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração distribuídas se comparado como os outros distritos da Cidade.

Constatou-se ainda que, para além da distribuição massiva de redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração, todas as mulheres grávidas, no âmbito da primeira consulta pré-natal tinham, cada uma, o direito de receber uma rede mosquiteira tratada com inseticida de longa duração. Nas ações de prevenção e controle da endemia em análise foram, igualmente, desenvolvidas atividades de pulverização intra-domiciliária em alguns Distritos Sanitários mais vulneráveis, condicionados pelos determinantes sociais de saúde, onde foram envolvidos as Gestoras e os Técnicos de saúde do PNCM, Líderes Comunitários e Agentes Polivalentes Elementares.

Dentre as ações desenvolvidas, 100% das respostas das Gestoras e dos Técnicos de saúde sustentaram que: i) distribuíram redes mosquiteiras tratada com inseticida de longa duração às mulheres grávidas; ii) capacitaram os Líderes Comunitários e Agentes Polivalentes Elementares para assegurar a sensibilização

das comunidades de modo aceitarem a pulverização intra-domiciliária e aderirem às informações inerentes às medidas de prevenção e controle da malária; iii) realizaram feiras de saúde, reuniões de sensibilização nas comunidades para o uso correto da rede mosquiteira tratada com insecticida de longa duração; iv) divulgaram ações de promoção da saúde viradas para malária (eliminação da água estagnada nas ruas e nas casas, podar das árvores e uso eficiente de repelentes) e; vi) materializaram atividades entomológicas, porém as ações desenvolvidas não foram suficientes.

Apesar das ações desenvolvidas acima descritas, os meios disponibilizados não cobriram todos os distritos da Cidade de Maputo. No entanto, 100% dos depoimentos das Gestoras e dos Técnicos de Saúde referiram que os Líderes Comunitários ajudaram na identificação dos Agentes Polivalentes Elementares com uma boa conduta para as contratações sazonais e não eram remunerados, aspecto que os desmotivou na implementação das ações do PNCM.

A transferência incompleta das competências das funções da gestão dos cuidados primários do Serviço de Saúde para a Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, foi considerada complexa, tendo em conta que as ações foram coordenadas pelas duas instituições, e a Direção Municipal de Saúde dependia da disponibilidade financeira do Serviço de Saúde para a efetivação das suas atividades.

Em relação ao descrito no parágrafo anterior, 100% dos Técnicos de Saúde relataram que desempenhavam várias funções e ainda tinham obrigações de produzir o relatório e enviar para os dois níveis de gestão (distrital e provincial) e os quatro Gestores de Saúde dos dois níveis de gestão revelaram que havia insuficiência de Técnicos de Saúde e recursos para o PNCM e para a realização das atividades dependiam dos parceiros de cooperação e da disponibilidade financeira do Serviço de Saúde da Cidade de Maputo.

A insuficiência de Técnicos de Saúde no Sistema Nacional de Saúde (SNS) na Cidade de Maputo para a prevenção, controle e cura da malária provocou superlotação e demora no atendimento dos usuários nas Unidades Sanitárias.

2 Qualidade de serviços prestados no Programa Nacional de Controle da Malária

A coordenação de atividades entre os Setores Público (Serviço de Saúde e a Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo) e privado expandiu e promoveu vários métodos de prevenção, controle e cura da malária no Sistema Nacional de Saúde (SNS) para o cumprimento integral dos objetivos desejados nas unidades sanitárias.

Na Cidade de Maputo foram desenvolvidas várias ações para a redução de casos e óbitos por malária, conforme sustentam os 100% dos depoimentos das Gestoras de Saúde, nomeadamente: i) faz-se o controle da qualidade mensalmente antes da produção do relatório e envio do relatório final para o Ministério da Saúde; ii) realizou-se testes rápidos em todas unidades hospitalares para assegurar assistência dos usuários; iii) alertou-se o setor da farmácia para reabastecer com os Testes de Diagnóstico Rápido; iv) avaliou-se a qualidade em cada três meses para evitar a discrepância dos dados da informação ao nível da província e; v) comparou-se a informação trimestral do nível provincial (Serviços de Saúde e Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo) e do nível local (Distrital), onde se constatou que os serviços prestados foram razoável e tinham um programa denominado “Malária Zero”.

A elaboração do Plano Estratégico do Setor da Saúde (2013), no que concerne avaliação da qualidade de serviços de saúde, centrou as suas bases nas quatro áreas, nomeadamente: “segurança⁵⁷, pontualidade⁵⁸, efetividade⁵⁹ e cuidados centrados no usuário e humanização”⁶⁰. As áreas de qualidade do PNCM quando são asseguradas, podem garantir maior qualidade de serviços, aceitabilidade e confiabilidade das medidas de prevenção, controle e cura da malária no Sistema Nacional de Saúde.

⁵⁷ A segurança é referente a garantia de atributos dos serviços prestados ao paciente.

⁵⁸ Pontualidade é inerente à capacidade de prestar serviços de saúde no tempo real que o usuário precisa dos serviços nas Unidades Hospitalares.

⁵⁹ Efetividade para esta relacionado com a combinação de eficácia e eficiência nos resultados das ações para a permanência dos serviços de saúde na Cidade de Maputo.

⁶⁰ Cuidados centrados no paciente e humanização trata-se de um processo que garante o respeito nas vontades dos usuário.

3 Efetividade e parcerias no Serviços de Saúde da Cidade de Maputo

O PNCM dispunha de estratégias para assegurar a melhoria da prontidão e ações de resposta a endemia da malária, onde foram implementadas e reforçadas as atividades durante a concretização do programa de forma interativa nos diferentes níveis de planificação (Central, provincial e distrital). Neste item, 100% das Gestoras e dos Técnicos de Saúde inquiridos revelaram que para reforçar o sistema de vigilância, monitoria e avaliação das ações desenvolvidas na Direção Municipal de Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, usaram um sistema de reporte de dados denominado “Sistema Integrado de Armazenamento de Informação da Malária-IMISS”⁶¹ e as atividades de supervisão de ações foram realizadas a partir do nível mais baixo (distrital) para melhor enfrentar a endemia da malária.

As ações de prevenção, controle e cura da malária foram realizadas de maneira a garantir a permanência do PNCM no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo.

Para a eficiência das ações desenvolvidas para o controle da malária na Cidade de Maputo, o Programa Nacional de Controle da Malária (2013) teve como um dos seus objetivos estratégicos, as parcerias⁶².

A noção de parceria nos leva a refletir sobre a noção de integralidade:

A noção de integralidade diz respeito ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde (TEIXEIRA, 2011, p. 7).

A noção da integralidade abordada por TEIXEIRA (2011, p. 7), nos suscita uma reflexão inerente às boas parceiras que proporcionam a prestação de melhores

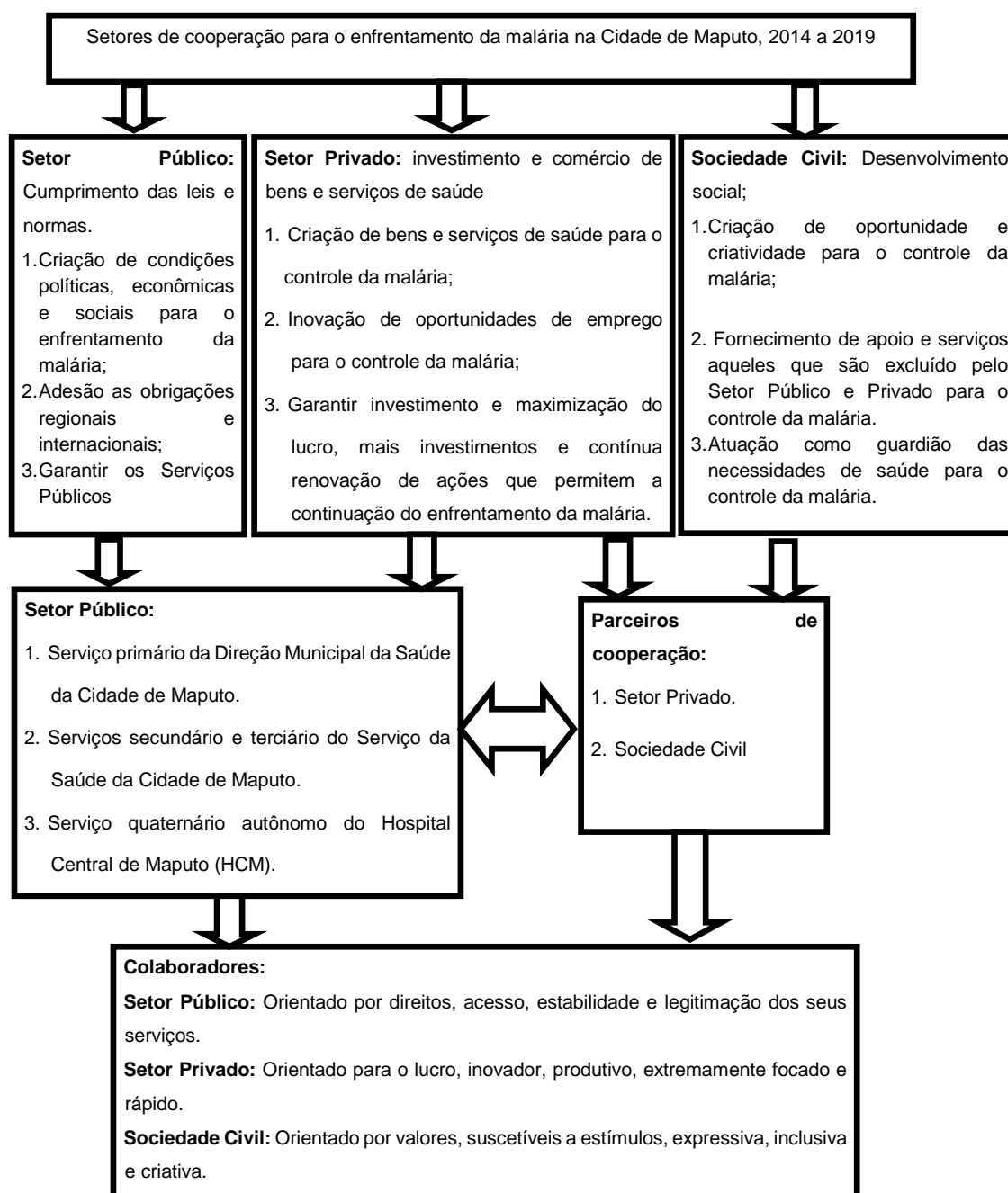
⁶¹ O Sistema Integrado de Armazenamento de Informação da Malária-IMISS é um sistema que serve para reportar os dados da malária a partir da Unidade Sanitária. Os Gestores e Técnicos de Saúde alocados no programa usam o Sistema Integrado de Armazenamento de Informação da Malária para o envio de dados, onde os mesmos podem ser visualizados em todo Território Nacional por forma a permitir a tomada de decisão e adoção de estratégias para a prevenção, controle e cura da malária.

⁶² Parcerias de cooperação refere-se a um grupo de identidades ou instituições que colaboram e coordenam em conjunto para o alcance dos mesmos objetivos (ROS, 2003).

serviços de qualidade com objetivo de reduzir o risco, garantir assistência e recuperação de usuários da endemia da malária. Por forma a garantir a realização de diferentes ações, as Gestoras e os Técnicos de Saúde no PNCM interpelados referiram que realizaram vários seminários de capacitação com o envolvimento dos Agentes Polivalentes Elementares patrocinados pelos parceiros de cooperação com objetivo de solucionar o problema da malária na Cidade de Maputo e nas províncias circunvizinhas.

As parcerias nos dois Setores da saúde, nomeadamente: Serviços de Saúde e Direção Municipal de Saúde, ambos da cidade de Maputo, assistiram diversas atividades com objetivo de fortalecer as estratégias e prestação de cuidados nas populações, conforme ilustra o diagrama de parceria e cooperação inter-sectorial na Cidade de Maputo, na Figura 12, em seguida.

Figura 12. Diagrama de parceria e cooperação inter-sectorial no PNCM na Cidade de Maputo, 2014 a 2019.



Fonte: Elaborado por autor baseado em dados de pesquisa (2022) e adaptado a partir de ROS (2003).

As atividades de enfrentamento da endemia da malária na Cidade de Maputo foram realizadas de forma coordenada e interativa entre os setores público (Ministério da Saúde, Serviço de Saúde e Direção Municipal da Saúde, ambos da Cidade de Maputo), privado e sociedade civil.

Neste contexto, cada setor tinha suas missões, nomeadamente: i) O Setor Privado garantiu o fornecimento de bens e serviços e cuidados aos usuários, onde na incapacidade, transferia-os para o Setor Público (Sistema Nacional de Saúde); ii) O Setor Público assegurou o salário das Gestoras e Técnicos de Saúde alocados no PNCM, o abastecimento de medicamentos e monitoria de qualidade, o acesso universal dos usuários vindos das comunidades e transferidos do Setor Privado e, por fim; iii) os parceiros de cooperação, “*Malária Consortium*” garantiu a cobertura orçamental para a realização de seminário, monitoria de qualidade de dados, reuniões do balanço ao nível provincial (Cidade de Maputo) e assegurou, igualmente, meio de transporte para as ações da vigilância etimológica e a comunicação através do financiamento de crédito.

Para além das parcerias entre os setores público, privado e sociedade civil, na Cidade de Maputo, havia, igualmente, parcerias nas ações com a Província de Maputo (Província circunvizinha) nas estratégias do Pulverização Intra-Domiciliária e com o Ministério da Educação através do programa “Saúde Escolar”. A Cidade de Maputo é vulnerável aos determinantes sociais de saúde, o Departamento de Saúde Pública ao nível provincial composto por 17 programas cooperou com o nível central (Ministério da Saúde da República de Moçambique) que, igualmente, esteve composto por vários setores anunciados que colaboraram com vários Ministérios do Governo de Moçambique com objetivo de garantir o bem-estar das comunidades.

8.7.1 Contributo dos Gestores e Técnicos de Saúde do Programa Nacional de Controle da Malária no Serviço da Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo

Na área de saúde coletiva, a capacidade do gestor pode ser percebida como habilidades instaladas na direção ou na condução técnica de procedimentos, para assegurar a promoção da saúde nas comunidades de forma eficiente, no cumprimento dos propósitos estabelecidos no nível da instituição, que requer a disponibilização de recursos humanos, económicos, instituições hospitalares e os próprios equipamentos para o cumprimento integral das ações planeadas (BRANDÃO, 2017).

As competências das gestoras do PNCM nas duas instituições (Direção Municipal da Saúde e Serviço de Saúde, ambas da Cidade de Maputo) foram analisadas em torno das competências do Gestor e dos níveis institucionais propostos

por MINTZBERG (1971, 2010) e nos processos de administração ou funções da gestão propostos por CHIAVENATO (2009). À par disso, para o cumprimento dos propósitos institucionais através da gestão era necessário que a gestora tivesse habilidades gerenciais na execução de tarefas exigidas, como afirma MINTZBERG (2010). Para o efeito, as habilidades do gestor para o cumprimento integral dos objetivos institucionais foram listadas em 10 enquadrados nos três amplos grupos, nomeadamente: i) funções comunicacionais (instrutor, propagador e mensageiro); ii) funções interpessoais (modelo da empresa, orientador e toque); iii) funções deliberativas (coordenador, solucionador de problemas e alocador de meios) (MINTZBERG, 2010).

Em relação às habilidades do gestor apontadas por MINTZBERG (2010) foi possível notar nos sete Distritos Sanitários da Direção Municipal de Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, que 100% dos indagados salientaram que durante a execução das tarefas do PNCM nas funções informacionais, a Gestora/Chefe Provincial manteve-se informado sobre as atividades do PNCM, efetuou visitas de supervisão nos distritos, organizou anualmente o rastreio das redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração e fez o controlo vectorial integrado da malária. A Gestora/Chefe assegurou ainda a elaboração de planos de distribuição de redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração; atualizou mensalmente a base de dados sobre a distribuição e monitorou as atividades de manejo de caso e prevenção da malária nas mulheres grávidas.

Na função de propagador, 100% dos questionados declararam que a Gestora/Chefe do Programa organizou reuniões trimestrais e seminários de capacitações dos gestores distritais do PNCM e de Saúde Materno Infantil (SMI).

Quanto a função informacional, na função de porta voz, 100% dos interrogados realçaram que os Gestores de Saúde alertavam a Gestora/Chefe do PNCM para transmitir as informações ao nível superior sobre o desfalque do estoque de medicamentos e outras necessidades para o enfrentamento da endemia da malária.

Nas funções interpessoais, representante da instituição, 100% dos inquiridos destacaram que a Gestora/Chefe do PNCM coordenou as ações entomológicas em colaboração com o nível central (Ministério da Saúde da República de Moçambique),

onde foram identificadas as necessidades de formação contínua na área da malária, assegurou a implementação e coordenação com a Saúde da Comunidade Provincial na monitoria das atividades de Informação Educação e Comunicação da malária de acordo com a Estratégia de Comunicação da Malária, igualmente, planificou as ações de promoção da saúde com o Ministério da Saúde.

Constatou-se, na função de líder, que 88,33% dos questionados descreveram que a Gestora/Chefe do PNCM garantiu o monitoramento das clínicas no cumprimento das normas de diagnóstico e no tratamento da malária, e 16,67% dos restantes inquiridos relevaram que não era sempre que a Gestora/Chefe do Programa conseguia assegurar o cumprimento integral das normas de diagnóstico e tratamento, visto que, a malária continuava endêmica na Cidade de Maputo.

Quanto a liderança, 80% das Gestoras e dos Técnicos de Saúde enfatizaram que a Gestora/Chefe do PNCM garantiu a execução de todas ações de prevenção e controle da malária, coordenou, igualmente, com o Núcleo de Estatística Provincial no preenchimento das fichas de notificação de casos da malária nas consultas externas e enviou para o Núcleo de Estatística Provincial (NEP), e 20% dos restantes referiram que devido a exiguidade de recursos, as ações de enfrentamento da malária foram realizadas de forma intercalada nalguns distritos com maiores números de casos registrados.

Ainda na mesma perspectiva, 100% das Gestoras e dos Técnicos de Saúde interpelados relataram que os Técnicos de Saúde do PNCM alocados nas Unidades Sanitárias compilavam todos os dados (casos de internamentos, consultas externas, óbitos, Tratamento Intermitente Preventivo (TIP), Redes Mosquiteiras tratadas com inseticidas de longa duração e Pulverização Intra-domiciliária) que eram adquiridos das fichas de resumo distrital mensalmente, asseguravam a execução de atividades de acordo com o plano de trabalho, verificavam se as técnicas usadas estavam de acordo com os Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs) no envio de dados e de relatórios regularmente para o apoio contínua da qualidade dos dados enviados.

Sobre as informações adquiridas na função de contato, 100% dos questionados referiram que a Gestora/Chefe do PNCM na Cidade de Maputo assegurava contatos

com diferentes níveis de gestão, nomeadamente: central, provincial e distrital para a execução das ações do Programa.

Para os papéis decisórios, na função do empreendedor, 72,22% dos questionados revelaram que a Gestora/Chefe do PNCM assegurou que os dados da malária fossem utilizados para auxiliar na tomada de decisão e na definição de estratégias para uma melhor planificação para a implementação de ações de enfrentamento da malária, e 27,78% salientaram que as ações de planificação foram deficientes, visto que eram usados critérios para a eleição de distritos, nomeadamente: i) alto risco de infeções, ii) maior número da população com baixa imunidade; iii) maior número de casos e; iv) maior número de internamentos e de óbitos registrados por malária, todavia a execução das ações dependia da disponibilidade orçamental do Serviço de Saúde da Cidade de Maputo, do Ministério da Saúde e dos parceiros de cooperação na definição das ações prioritárias.

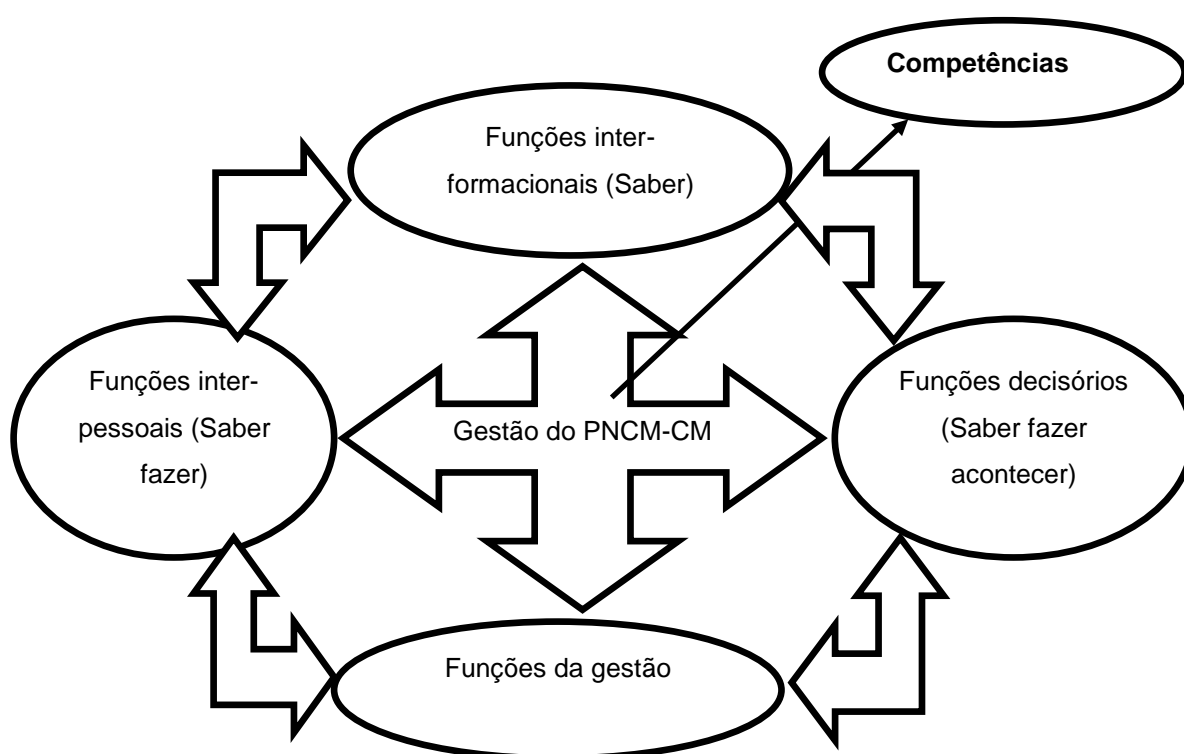
Na resolução de conflitos, 100% das Gestoras e dos Técnicos de Saúde salientaram que a Gestora/Chefe do PNCM coordenou com outras Gestoras e Técnicos de Saúde na gerência dos depósitos distritais de medicamentos, no uso eficiente e no registro adequado dos Testes de Diagnóstico Rápido da Malária, na gestão de antimaláricos nas Unidades Sanitárias, na gestão dos Agentes Polivalentes Elementares, no preenchimento das fichas do Centro de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM), na coordenação com o Setor de Saúde Materno Infantil e com administração da sulfadoxina pirimetamina às mulheres grávidas nas Consultas Pré-Natais (CPN) e no registro adequado do mesmo.

No âmbito das ações de Pulverização Intra-domiciliária, os Agentes Polivalentes Elementares de Saúde encontrados a desviar os inseticidas eram expulsos das ações de prevenção e controle da malária na Cidade de Maputo.

Assim, na função de alocação de recursos e negociação, 100% dos inquiridos destacaram que a Gestora/Chefe do PNCM assegurou alocação de todas as ferramentas necessárias para a implementação das ações plasmadas no programa, garantiu a logística para ações entomológicas e abastecimento de redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração dentro dos prazos estabelecidos.

As Gestoras/Chefes do PNCM ao nível dos Distritos Sanitários identificaram situações de ruptura do estoque e procederam com as devidas reposições imediatas; elaboraram, igualmente, relatórios periódicos das atividades desenvolvidas no final de cada ação; nomeadamente: i) do armazém provincial para o armazém distrital, ii) do armazém distrital para as unidades sanitárias, e iii) da unidade sanitária às mulheres grávidas, conforme ilustra a Figura 13, em seguida;

Figura 13. Modelo de interação e interdependência entre as funções da gestão e habilidades do Gestor do Programa Nacional de Controle da Malária na Cidade de Maputo



Fonte: Elaborado por autor a partir do MINTZBERG (2010), CHIAVENATO (2009) e SANTOS (2013)

A Figura 13 ilustra a necessidade de interação e interdependência entre as habilidades do Gestor e funções da gestão para assegurar a promoção da saúde da população e os propósitos do PNCM, no Serviço de Saúde e na Direção Municipal da Saúde, ambas da Cidade de Maputo. A gestora do Programa Nacional de Controle da Malária deveria ter habilidades de gerir, negociar com diversos *stakeholders*, fazer boas intercomunicações, garantir a interconexão das funções da gestão e de produzir um estudo de viabilidades de ações para uma boa alocação de recursos humanos,

financeiros e materiais para o cumprimento dos propósitos institucionais dentro e fora do ambiente institucional. Desse modo, os itens, em seguida, inerentes ao objetivo específico 3 enquadraramos-os na unidade de análise “Governabilidade do sistema”.

8.7.2 Ações desenvolvidas para o enfrentamento da malária no Serviço da Saúde e na Direção Municipal da Saúde, ambos da Cidade de Maputo.

No processo da implementação das ações tendentes a redução dos números de casos e óbitos por malária, no Serviço de Saúde e na Direção Municipal da Saúde, ambos da Cidade de Maputo, foram desenvolvidas múltiplas atividades, tais como: distribuição de redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração e pulverização intra-domiciliária, expansão de ações de diagnóstico microscópico da malária nas Unidades Hospitalares e divulgadas as medidas de enfrentamento da malária (PNCM, 2013).

Dos 71% dos questionados confirmaram que as ações desenvolvidas de enfrentamento da malária, a mulher grávida e a criança eram prioritárias, foram realizadas feiras de saúde, reuniões de sensibilização nas comunidades para o uso correto da rede mosquiteira tratada com inseticida de longa duração e divulgadas medidas de prevenção da malária, nomeadamente: eliminação da água estagnada nas ruas e nas casas, limpeza nas ruas, poda das arvores e uso de repelentes.

As atividades de pulverização intra-domiciliária foram realizadas nalguns distritos devido a insuficiência de fundos nos anos de 2014, 2017 e 2018 e a própria distribuição de rede mosquiteira tratada com inseticida de longa duração foi realizada apenas em 2018 (DP, 2022). Assim, 29% das Gestoras e dos Técnicos de Saúde revelaram que não havia regulamentação que obrigasse as comunidades aderir às medidas de promoção e as suas ações de enfrentamento da malária não foram realizadas em todos os distritos sanitários devido a insuficiência de recursos, onde foram priorizados alguns bairros de maior concentração de determinantes sociais de saúde, nomeadamente: Bairro Xipamanine, Maxaquene, Chamanculo, Luís Cabral, Mahotas, Pescador, entre outros.

Apesar das múltiplas ações prestadas acima descritas, para garantir a promoção da saúde às populações, os casos registrados de internamentos nas enfermarias continuaram elevados, conforme ilustra a Quadro 11, em seguida.

Quadro 11. Internamentos hospitalares por malária confirmados nos Distritos Municipais da Cidade de Maputo, 2016 a 2019

Distritos Municipais	2016	2017	2018	2019	Total de internamentos hospitalares
KaMpfumo					
Nlhamankulu					
KaMaxaquene				1	1
KaMavota	4	12	4	2	22
KaMubukwana				13	13
KaTembe					
KaNyaka					

Fonte: Autor (2022) baseado em dados da pesquisa da Direção Municipal de Saúde da Cidade de Maputo, 2022.

O Quadro 11 revela a comparação dos casos registrados de malária nos anos de 2016 a 2019, onde os dados apontaram que a malária continuava sendo um problema de saúde pública na Cidade de Maputo. Neste contexto, o Distrito Municipal KaMavota se comparado com outros distritos da Cidade de Maputo, em 2016, liderou os registros dos internamentos com quatro casos, em 2017, com 12 casos, em 2018, com quatro casos, e em 2019, com dois casos de internamentos hospitalares por malária confirmados.

Análise da ocorrência de casos confirmados com TDR e HTZ positivos

Os dados de casos confirmados com TDR e HTZ positivos nas Unidades Hospitalares na Cidade de Maputo mostraram que a malária continuava eminente e preocupante, conforme ilustra o Quadro 12, em seguida.

Quadro 12. Casos de malária confirmados (TDR positivos) nos Distritos Sanitários da Cidade de Maputo, 2016 a 2019.

Distritos Sanitários	2016	2017	2018	2019	Total de Casos de malária confirmados com TDR positivos
KaMpfumo	4.812	4.078	3.735	3.065	15.690
Nlhamankulu	22.005	13.865	9.871	5.459	51.200
KaMaxaquene	4.474	3.407	2.498	697	11.076
KaMavota	18.312	17.470	9.332	4.034	49.148
KaMubukwana	5.961	5.748	5.778	4.095	21.617
KaTembe	1.373	813	5198	71	3.576
KaNyaka	78	56	85	353	572

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados de pesquisa da Direção Municipal de Saúde da Cidade de Maputo, 2022.

O Quadro 12 do somatório dos últimos quatro anos registrados revelou que o Distrito Municipal KaNhlamankulu liderou os restantes Distritos Urbanos com 51.200 casos de malária confirmados com TDR positivo se comparado com outros Distritos Sanitários da Cidade de Maputo.

Foram, igualmente, confirmados os casos de malária com HTZ positivos, conforme ilustra o Quadro 13, em seguida.

Quadro 13. Casos de Malária confirmados (HTZ positivos) por Distrito Sanitário, 2016 a 2019.

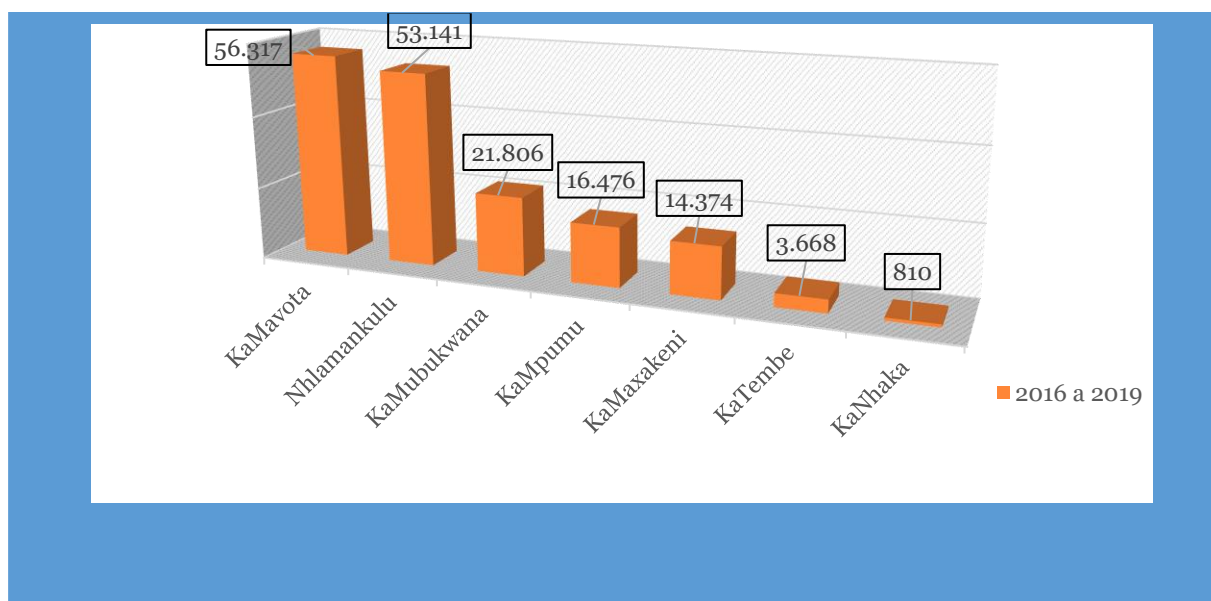
Distrito Municipal	2016	2017	2018	2019	Total de casos confirmados com HTZ positivo
KaMpfumo	44	148	389	205	786
Nlhamankulu	269	437	446	789	1.941
KaMaxaquene	1.793	667	599	239	3.298
KaMavota	2.514	2.199	2.199	257	7.169
KaMubukwana	2	437	105	50	189
KaTembe	7	16	33	36	92
KaNyaka	62	62	62	62	786

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa da Direção Municipal de Saúde da Cidade de Maputo, 2022.

O somatório dos quatro anos, no Quadro 13, revela que o Distrito Sanitário KaTembe registrou menos casos de malária confirmados com HTZ positivo se comparado com outros Distritos da Cidade de Maputo.

De modo geral, o somatório dos Quadros 12 e 13 dos TDR e HTZ positivos registrados nos anos, de 2016 a 2019, na Cidade de Maputo mostra que a malária ainda continuava sendo preocupante, conforme ilustra o Gráfico 2, em seguida.

Gráfico 2. Soma de dados confirmados positivos com HTZ e TDR positivos na Cidade de Maputo, 2016 a 2019



Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa da Direção Municipal de Saúde da Cidade de Maputo, 2022.

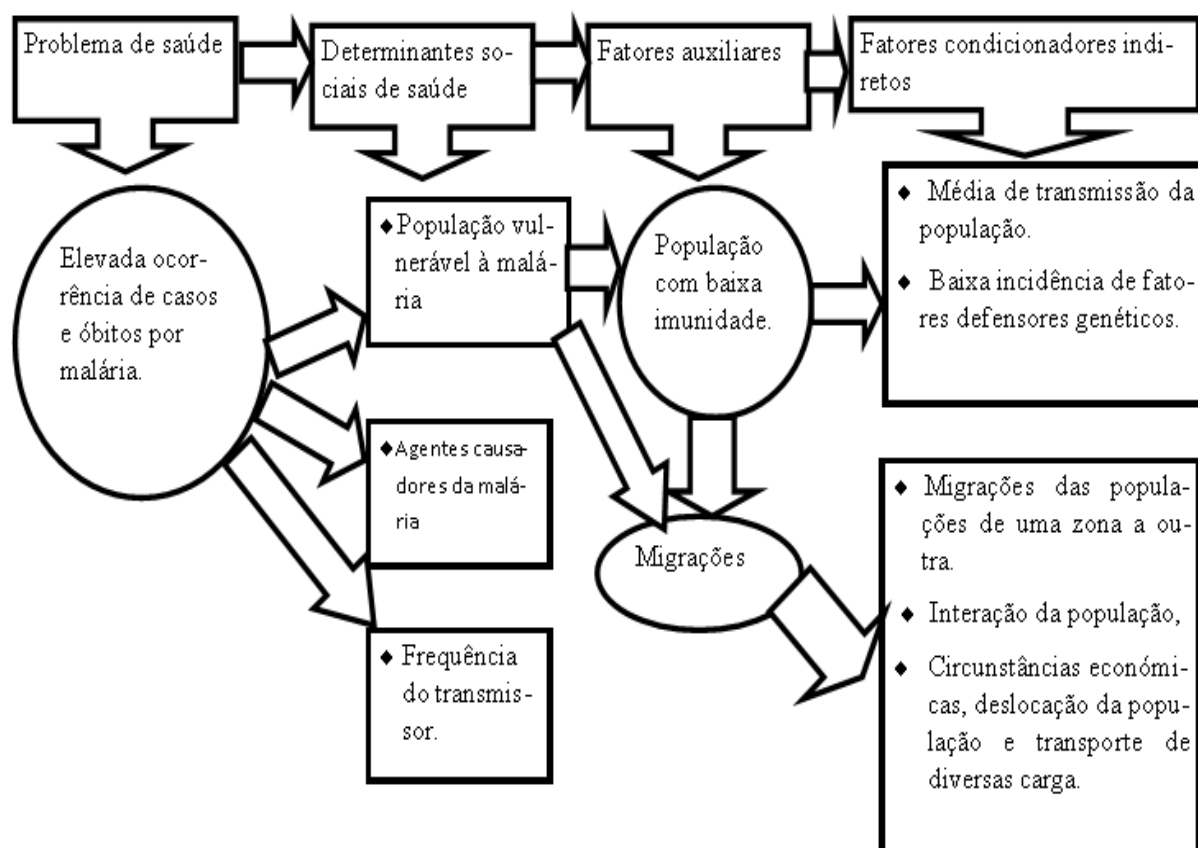
De acordo com os dados apresentados no Gráfico 2, o Distrito Municipal KaMavota liderou com 56.317 casos confirmados nos dois testes TDR e HTZ positivos se comparado com os outros Distritos Sanitários da Cidade de Maputo.

Os Distritos Municipais de KaMavota, KaMubukwana e KaMpumo foram considerados de alto risco de infecção da malária causada pelo *Plasmodium falciparum* se comparado com outros Distritos Municipais de KaMaxaquene, Nhlamankulu, KaNyaka e KaTambe nos anos de 2016 a 2019.

O excesso dos determinantes sociais de saúde nos Distritos Municipais com maiores números de casos confirmados com os dois testes, nomeadamente: TDR e HTZ positivos, influenciaram positivamente a ocorrência da fêmea do mosquito do gênero *Anopheles* causador das infecções da malária. A Cidade de Maputo passou

várias transformações políticas, históricos, sociais e econômicos, desde 1975⁶³, que condicionaram a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco determinantes do tipo de vida e colocando a população vulnerável às infecções da malária, conforme ilustra a Figura 14, em seguida:

Figura 14. Ocorrência de determinantes sociais de saúde na Cidade de Maputo



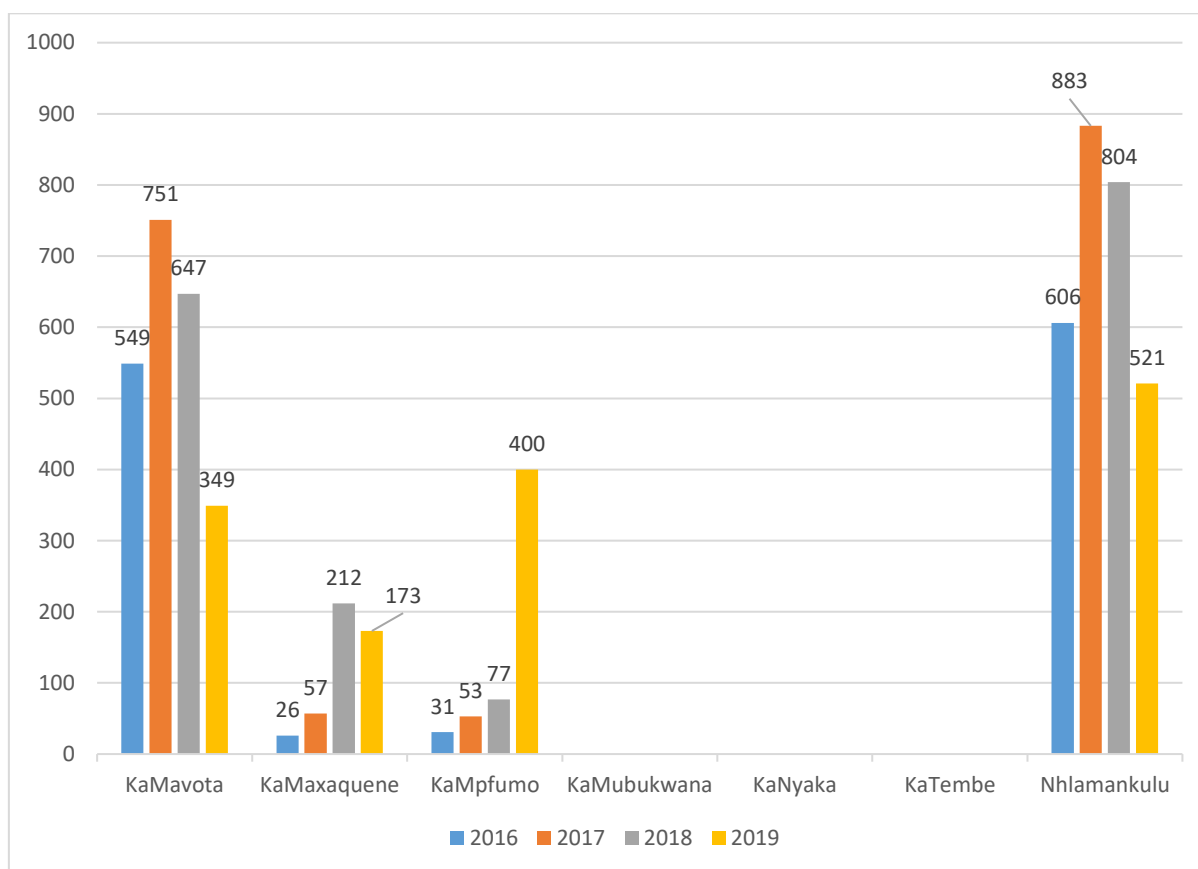
Fonte: Elaborado pelo autor (2022) adaptado da Secretaria de Vigilância em Saúde/SM do Brasil (2003).

A Figura 14 revela que os determinantes sociais de saúde expuseram as populações as condições deploráveis e condicionaram o aumento da transmissão da malária, internamentos e óbitos por malária.

Dos questionados, 100% apontaram que *“as condições de vida e de trabalho, as construções precárias e desordenadas, as migrações influenciaram as transmissões da malária”*, conforme ilustra o Gráfico 3, em seguida.

⁶³ Independência da República de Moçambique

Gráfico 3. Número de altas hospitalares por malária confirmados na Cidade de Maputo, 2016 a 2019.



Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa da Direção Municipal de Saúde da Cidade de Maputo (2022).

De acordo com o Gráfico 3, o Distrito Municipal KaNhlamankulu registrou maiores números de altas hospitalares se comparado com outros distritos da Cidade de Maputo.

Diagnóstico e tratamento da malária no Serviço de Saúde e na Direção Municipal da Saúde, ambos da Cidade de Maputo

Entre os anos de 2016 a 2019, nas Unidades Sanitárias, foram diagnosticados e tratados usuários com malária, onde se verificou números elevados de casos de internamentos hospitalares confirmados e óbitos por malária, conforme ilustra a Quadro 14, em seguida.

Quadro 14. Número de casos de internamentos hospitalares confirmados óbitos por malária na Cidade de Maputo, 2016 a 2019

Distrito Municipal	2016	2017	2018	2019	Total de internamentos hospitalares confirmados óbitos por malária
KaMpfumo				13	13
Nlhamankulu	21	10	5	3	39
KaMaxaquene				1	1
KaMavota	4	12	4	2	22
KaMubukwana					
KaTembe					
KaNyaka					

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa da Direção Municipal de Saúde da Cidade de Maputo (2022).

O Quadro 14 aponta que a malária continuava sendo preocupante e precisava de ações concretas para o seu controle na Cidade de Maputo. O Distrito Municipal Nlhamankulu liderou com cerca de 39 casos de internamentos hospitalares confirmados óbitos por malária se comparado com os Distritos Municipais, no período de 2016 a 2019.

As ações de controle e enfrentamento da malária prosseguiram e foram distribuídas redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração às mulheres grávidas, conforme ilustra o Quadro 15, em seguida.

Quadro 15. Cobertura de redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração distribuídas às mulheres grávidas por Distrito Municipal na Cidade de Maputo

Distrito Municipal	2016	2017	2018	2019	Total de redes mosquiteiras
KaMpfumo	1.920	5.599	5.674	5.947	19.140
Nlhamankulu	1.834	7.882	7.826	8.534	26.084
KaMaxaquene	1.652	4.737	4.433	3.921	15.639
KaMavota	3.921	13.332	16.057	14.636	47.941
KaMubukwana	2.579	7.865	7.850	7.548	25.842
KaTembe	189	815	759	733	2.496
KaNyaka	37	41	41	125	438

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa da Direção Municipal de Saúde da Cidade de Maputo (2022).

As ações das Gestoras e dos Técnicos de Saúde do PNCM nos Distritos Municipais revelaram que o Distrito Municipal KaMavota liderou as estatísticas da distribuição com 47.941 redes mosqueteiras tratadas com inseticida de longa duração se comparado com os outros Distritos Sanitários, no período de 2016 a 2019, na Cidade de Maputo.

As estratégias desenvolvidas pelas Gestoras e pelos Técnicos de Saúde do PNCM contribuíram para a redução de casos e óbitos por malária, no período de 2014 a 2019, conforme ilustra o Quadro 16, em seguida.

Quadro 16. Incidência de números de casos e óbitos por malária na Cidade de Maputo de 2014 a 2019.

Anos	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total da população	1.225.868	1.241.702	1.257.453	1.273.076	1.385.075	1.120.867
Total de casos	47.546	47.117	37.174	33.078	29.457	21.405
Incidência de casos	3.878,6	3,794,5	2.956,3	2.598,3	2.126,7	1.909,7
Total de óbitos	97	81	31	53	42	20
Incidência de obitos	7,9	6,5	2,5	4,2	3	1,8

Fonte: Elaborado por autor a partir dos dados da pesquisa do Serviço da Saúde e Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo (2022) e do INE (2017).

Os dados apresentados no Quadro 16 revelam uma evolução negativa de casos, óbitos e de incidencia por malária no período em análise.

8.7.3 Análise da situação do programa

Para a identificação das potencialidades e fraquezas do PNCM, baseamos na análise FOFA ou SWOT⁶⁴, onde descrevemos as ações de enfrentamento da endemia da malária, conforme ilustra o Quadro 12, em seguida:

⁶⁴ Análise SWOT ou FOFA é uma ferramenta da gestão que auxilia os Gestores na análise das Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças na Instituição que lhes permite planificar e agir no ambiente interno ou externo para a resolução de problemas.

Quadro 17. Análise da situação do Programa Nacional de Controle da Malária na Cidade de Maputo, 2014 a 2019.

Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Existência de PNCM com objetivos, estratégias e metas claras para a prevenção, controle e cura da malária. ✓ Existência de orçamento para algumas ações de enfrentamento e prevenção, controle e cura da malária. ✓ Habilidades de Gestores e Técnicos de Saúde no manuseio das funções da Gestão, níveis de planificação, determinantes sociais de saúde e para a definição de ações baseado em dados epidemiológicos no PNCM. ✓ Existências de Unidades Sanitárias interdependentes para 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conflitos nas funções da gestão do PNCM entre o Serviço de Saúde e a Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo. ✓ Dupla subordinação dos Técnicos de Saúde e Gestoras do PNCM no Serviço de Saúde e na Direção Municipal da Saúde, ambos da Cidade de Maputo. ✓ Mobilidade dos Gestores e Técnicos de Saúde para outros Ministérios. ✓ Atendimento tardio dos usuários com malária nas Unidades Sanitárias. ✓ Gestão intercalada das ações de PIDOM. ✓ Adiamento de atividades devido a exiguidade orçamental para ações de prevenção e controle da malária. ✓ Défice de materiais para ações de prevenção e controle da malária, nomeadamente: redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração, repelentes e entre outros. ✓ Solicitação tardia do orçamento para a implementação do projeto do governo. ✓ Assinatura de contratos periódicos com os Agentes Comunitários Polivalentes para as ações de pulverização intra-domiciliária. ✓ Inexistência da PEDOM nas ações do enfrentamento da malária. ✓ Fraco controle das instituições privadas no envio de números de casos e óbitos por malária. ✓ Fraca qualidade dos serviços prestados no Sistema Nacional da Saúde. ✓ Os usuários da malária chegam num estado avançado da doença e não possibilitam a cura nas Unidades Sanitárias. ✓ Dependência dos parceiros de cooperação para a execução de certas atividades de prevenção e controle da malária. ✓ Baixo nível de experiência de Agentes Polivalentes Elementares. ✓ Gestão deficiente dos Recursos Humanos, financeiros e patrimoniais na Cidade de Maputo. ✓ Insuficiência de Unidades Sanitárias para o tratamento e cura de usuários com malária.

<p>tratamento e cura da Malária.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Existência do Sistema Nacional de Saúde (SNS). ✓ Existência de parceiros de cooperação no PNCM. ✓ Existência de estoque de medicamentos e técnicas para tratamento, controle e cura da malária. ✓ Disponibilidade salarial para o pagamento dos Gestores, Técnicos de Saúde e para assinatura dos contratos periódicos com Agentes Polivalentes Elementares para ações de prevenção, controle e cura da malária. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fraca colaboração dos parceiros de cooperação na disponibilização de fundos para a execução das atividades específicas do PNCM. ✓ Transferência incompleta de competências e da estruturação organizacional. ✓ Insuficiência de Técnicos de Saúde e recursos materiais para o enfrentamento da malária. ✓ Limitação da capacidade do governo na implementação de estratégias de controle, prevenção e cura da malária. ✓ Atraso na liberação de fundos para as atividades concretas do PNCM. ✓ Fraca motivação dos Gestores e Técnicos de Saúde alocados nas ações de enfrentamento da malária. ✓ Desvio do material destinado para ações de prevenção e controle da malária. ✓ Falta da legislação específica para as ações concretas de prevenção e controle da endemia da malária. ✓ Centralização do processo decisório na figura do chefe da gestão do programa. ✓ Adulteração ou fraca qualidade dos dados disponíveis no Sistema Nacional de Informação da Saúde. ✓ Inexistência de Agentes Polivalentes Elementares permanentes para o PNCM.
--	--

Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disponibilidade imediata de Agentes Polivalentes Elementares. ✓ Disponibilidade de parceiros de cooperação no PNCM. ✓ Denúncia no desvio do material destinado ao PNCM. ✓ Disponibilidade do Orçamento do Geral do Estado para a implementação das ações do PNCM. ✓ Descentralização de competências das funções de gestão em curso para a prevenção, controle e cura da malária. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fraca cobertura universal das ações de controle da malária no PNCM. ✓ Existência de excessos de determinantes sociais de saúde. ✓ Baixo nível de adesão às medidas de prevenção, controle e cura da malária. ✓ Dependência de parceiros de cooperação para ações concretas do PNCM. ✓ Fraca gestão dos determinantes sociais de saúde. ✓ Existência de várias etnias com diferentes hábitos e costumes. ✓ Baixo nível de sensibilização das comunidades nas ações de prevenção, controle e cura da malária. ✓ Falta de confiança nas ações tendentes à prevenção, controle e cura da malária por parte das comunidades. ✓ Número reduzido de ações de sensibilização nas comunidades para a redução de determinantes sociais de saúde. ✓ Autonomia financeira centrada nos parceiros de cooperação que priorizavam alguns distritos e atividades em detrimento de outras ações por financiar. ✓ Venda de estoque de medicamentos de prevenção e cura da malária no mercado informal. ✓ Automedicação dos usuários dos Sistema Nacional de Saúde na Cidade de Maputo.

Fonte: autor (2022).

A reflexão realizada através da análise SWOT ou FOFA em torno do Programa Nacional de Controle da Malária na Cidade de Maputo revelou que o ambiente interno da instituição⁶⁵ (forças, fraquezas) e ambiente externo⁶⁶ (oportunidades e ameaças) pode possibilitar a/o gestor/a da saúde melhorar a sua planificação nas funções da gestão para o enfrentamento da endemia da malária. Demais, a análise FOFA permite o/a Gestor/a do PNCM identificar as necessidades sociais, priorizar ações, explicar os problemas de saúde e definir as estratégias de intervenção por forma a reduzir de forma efetiva a ocorrência de erros na execução e focar as ambições institucionais para a concretização dos objetivos do PNCM, bem como possibilita-o a fazer análise crítica da ocorrência das falhas, perspectiva-o, igualmente, na tomada de decisões para curto, médio e longo prazos através de informações rápidas apoiadas pelo processo da gestão.

⁶⁵ O ambiente interno da instituição é aquele em que o gestor do programa da malária consegue controlar e é de fácil correção e de intervenção.

⁶⁶ Considera-se ambiente externo aquele que o gestor não consegue controlar e está fora da instituição.

9 Discussão

O estudo revelou que o PNCM conseguiu reduzir a morbimortalidade por malária. Entretanto, a redução de casos e óbitos por malária foi menor do que se poderia esperar, devido a constrangimentos verificados durante a implementação desse Programa na Cidade de Maputo.

A razão disso, é que alguns dos objetivos estratégicos do Programa não foram completamente alcançados, nomeadamente: i) a população não teve acesso suficiente das ações de promoção da saúde, por exemplo, a pulverização intra-domiciliária não foi realizada ao mesmo tempo em todos distritos sanitários; ocorreu insuficiência de redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração e houve fraca adesão da população às medidas de prevenção e controle da malária; ii) registrou-se um nível médio da qualidade dos serviços prestados considerando que o controle não era efetivo; iii) a supervisão das ações nas Unidades Sanitárias não era suficiente para responder aos reais problemas da endemia da malária; e por fim, iv) os parceiros de cooperação não colaboraram suficientemente, porque não patrocinavam as ações de promoção da saúde em todos os distritos sanitários simultaneamente.

Durante a descentralização de serviços primários da saúde do Serviço de Saúde do nível provincial para a Direção Municipal de Saúde de Maputo, as Gestoras e os Técnicos de Saúde implementaram várias ações combinadas para o controle da malária nos três níveis de gestão (Ministério da Saúde de Moçambique-nível central, Direção Municipal de Saúde e Serviço de Saúde-nível provincial e distritos sanitários-nível distrital). As ações foram desenvolvidas com as habilidades das Gestoras e dos Técnicos de Saúde no alcance dos objetivos estratégicos do PNCM para a resolução dos principais problemas locais da comunidade. Porém, as ações não foram suficientemente implementadas como se previa, devido as limitações verificadas no âmbito da efetivação dessas ações.

À vista disso, a descentralização de competências das funções da gestão da administração central, do Serviço de Saúde para a Direção Municipal da Saúde (autarquia local), ainda estava na fase da implementação e a gestão dos recursos humanos, financeiros e patrimonial permaneceu sob gestão do Serviço de Saúde da Cidade de Maputo. Na efetivação das atividades, verificou-se uma dupla gestão das

funções administrativas, isto é, a Direção Municipal de Saúde não tinha autonomia financeira, humana e patrimonial e dessa maneira coordenava as ações sob dependência do Serviço de Saúde da Cidade de Maputo e dos parceiros de cooperação.

Paralelamente ao descrito, para garantir maior redução de casos e óbitos por malária, seria necessário transferir por completo as funções da gestão em saúde para a gestão plena da Direção Municipal de Saúde da Cidade de Maputo. A par da gestão plena, as gestoras de saúde teriam autonomia na tomada de decisões a partir dos dados epidemiológicos que poderiam culminar com a maior redução de casos e óbitos por malária ao nível local.

Assegurar a tomada de decisão efetiva implica seguir uma cadeia linear de fases no processo da gestão em saúde, nomeadamente; i) diagnóstico da situação real da saúde; ii) planificação das ações a curto, médio e longo prazos para a concretização dos objetivos estratégicos programados; iii) programação das atividades e alocação de recursos; iv) execução das ações de acordo com alocação de recursos financeiros, materiais e humanos; v) monitoramento das ações planificadas e, por fim; vi) análise da contribuição do PNCM na promoção da saúde da população. O processo acima descrito, nos traz uma reflexão em relação a gestão como prática, onde o/a gestor/a não obedece uma cadeia linear para a tomada da decisão, isto é, o/a gestor/a toma decisão baseando nas suas experiências práticas do seu dia a dia, na sua visão e na ciência num determinado contexto ou situação para garantir o cumprimento integral dos seus objetivos institucionais.

Com relação a essa sequência das fases do processo da gestão em saúde, o estudo revelou que havia necessidade da intercomunicação entre as Gestoras e os Técnicos de Saúde nas fases da tomada da decisão, para possibilitar o cumprimento efetivo das ações programadas no PNCM. Neste contexto, podemos afirmar que as ações desenvolvidas pelas Gestoras e pelos Técnicos de Saúde estiveram enquadradas nas 10 habilidades propostas por Mintzberg (2010), agrupadas em três funções, nomeadamente: i) funções interpessoais (liderança, envolver nas ações e ligação entre os profissionais), ii) decisórias (empreendimento, gestão de perturbações, alocação de recursos e negociação) e, por fim, iii) informacionais (monitoramento, disseminação e porta voz) inseridas na estrutura de Linha-Staff

(CHIAVENATO, 2009). Todavia, a tomada da decisão foi desconexada entre as funções e fases da gestão em saúde na Cidade de Maputo, isto é, esteve centrada numa única figura da Gestora do Programa, o que provocou desconforto nas outras gestoras do PNCM.

A estrutura da organização de governo na Cidade de Maputo foi de Linha-Staff que esteve na fase de estruturação nas duas instituições (Serviço de Saúde e da Direção Municipal de Saúde). Dessa forma, o objetivo da estrutura de Linha Staff é de associar as vantagens das estruturas de funcional e do Staff para o cumprimento integral dos propósitos do programa ou da instituição. Apesar da estrutura organizacional oferecer inúmeras vantagens para o cumprimento integral dos objetivos do PNCM, notou-se os seguintes constrangimentos, nomeadamente: i) o centralismo na tomada de decisão; ii) divisão pouco clara das funções da gestão nos níveis institucionais, iii) estrutura não competitiva, iv) estrutura de natureza coercitiva e burocrática; v) desmotivação dos funcionários; vi) fraca contribuição interna dos funcionários alocados ao programa; vii) duplo comando, onde os subordinados reportavam à vários superiores hierárquicos dependendo da sua facilidade de comunicação; viii) especialização de funções; ix) facilidade na possibilidade de sabotagem e conseqüentemente o risco de não cumprir os propósitos previamente estabelecidos.

Por conseguinte, a descentralização de competências da gestão visa garantir aproximação do decisor público ao cidadão para a resolução dos problemas. Portanto,

Muitos dos benéficos propostos da descentralização baseiam-se na premissa de que ela aproxima os tomadores da decisão local do público que atende. Implícita nisso, estão suposições sobre a natureza da informação disponível para os tomadores de decisão local, a presença de canais efetivos para o público expressar desejos e preferências de incentivo que podem motivar os tomadores de decisão a responder ⁶⁷(KHALEGHIAN, 2004, tradução nossa).

No contexto político, a descentralização de competências e das funções da gestão em saúde para as autarquias locais foi percebida pelos representantes

⁶⁷ O texto em língua estrangeira é: “Many of the proposed benefits of decentralization are based on the premise that it brings local decision makers closer to the constituencies they serve. Implicit in this are assumptions about the nature of information available to local decision makers, the presence of effective channels for the public to express wants and preferences, and the incentive environment motivating decision makers to respond”.

legislativos que poderia ser suficiente para a resolução dos problemas coletivos da população, conforme sustenta a Lei n.º 2/97 que aprovou o quadro Jurídico para a implementação das autarquias locais. Neste cenário, a descentralização de serviços primários de saúde para as autarquias municipais pode ser considerada como uma mais valia pelo seu grau de envolvimento de vários *stakeholders* (instituições públicas, privadas, sociedade civil e organizações internacionais) nas funções da gestão em saúde para garantir melhor prestação de serviços e promoção da saúde nas comunidades.

Ainda assim, a descentralização de serviços primários de saúde do Serviço de Saúde para a Direção Municipal de Saúde não pode ser percebida como uma medida correta para a resolução dos problemas de saúde coletiva da comunidade porque depende de circunstâncias conjunturais no âmbito da sua implementação, que pode configurar-se em três consequências na execução, nomeadamente: i) prestação eficiente de serviços coletivos aos usuários, ii) má prestação dos serviços coletivos aos usuários e, iii) manutenção da oferta de serviços prestados aos usuários.

Á vista disso, para garantir a efetividade plena da transferência de competências dos serviços primários da saúde, havia necessidade de se avaliar as circunstâncias conjunturais na autarquia local e transferí-las munidas de autonomia financeira, humana e patrimonial; adequá-las à nova realidade com a integração de novos *stakeholders*, o que poderia ter assegurado a continuidade e melhoria das ações do PNCM.

A análise FOFA ou SWOT das ações implementadas na Cidade de Maputo revelou um grau médio da coordenação entre os vários níveis de gestão (Ministério da Saúde, Serviço de Saúde e Direção Municipal de Saúde), pelas seguintes razões, nomeadamente: i) insuficiência do apoio político nas intervenções de enfrentamento da endemia da malária, isto é, as organizações políticas ou partidos políticos não se engajaram na difusão das medidas de prevenção, controle e cura da malária; ii) baixo nível de cooperação com os parceiros na implementação, controle e no monitoramento das ações do PNCM, isto é, as ações desenvolvidas não consistiam em levar em consideração todos os objetivos do projeto do governo. O controle e o monitoramento das ações do programa continuaram a fornecer ao nível central (Ministério da Saúde de Moçambique) uma compreensão clara e bem-sucedida das

ações de prevenção, controle e cura da malária. Todavia, os planos auxiliares das ações para o cumprimento integral dos objetivos programados estavam limitados e não permitiu a parte interessada (Ministério da Saúde de Moçambique) entender a situação do decurso do programa, as decisões a tomar inerente às ações, previsões orçamentais e a respectiva cronograma e objetivos; iii) autonomia financeira centrada no Serviço de Saúde e nos parceiros de cooperação; iv) dependência dos parceiros de cooperação e do Serviço de Saúde da Cidade de Maputo; v) estrutura de Linha-Staff; vi) falta de remuneração para os Líderes Comunitários e; vii) fraca sensibilização da população para adesão às medidas de promoção da saúde.

Deste modo, com a descentralização das funções da gestão em saúde e com o envolvimento de vários *stakeholders* podia se ter suprido as inconformidades listadas no parágrafo anterior e as gestoras de saúde poderiam ter adotado estratégias para garantir a eficiência das ações desenvolvidas durante a implementação do PNCM.

Apesar da imperfeição das ações desenvolvidas para a prevenção, controle e cura da malária no PNCM, a unidade da análise “capacidade de governo” revelou que as Gestoras e os Técnicos de Saúde realizaram várias atividades de promoção da saúde, nomeadamente: i) exame e tratamento precoce; ii) fiscalização de ações; iii) sensibilização das comunidades nas autarquias locais; iv) garantia da interdependência entre os níveis de atendimento hospitalar; v) garantia das relações entre as habilidades das Gestoras e dos Técnicos de Saúde, bem como na disponibilização de recursos e informação epidemiológica para a tomada de decisão através de ações de defesa coletiva. Porém, as ações desenvolvidas pelas Gestoras e pelos Técnicos de Saúde contribuíram menos do que se esperava para a redução de casos e óbitos por malária no PNCM.

Das informações apresentadas, e apesar da malária continuar sendo um problema da saúde pública na Cidade de Maputo, pode-se deduzir que as interações interdependentes e dinâmicas das funções da gestão em saúde, dos determinantes sociais de saúde, das habilidades das Gestoras e dos Técnicos de Saúde contribuíram para a redução de casos e óbitos por malária, embora menos do que o previsto. Contudo, ainda se destacava resistência das comunidades na adesão às medidas de promoção da saúde e era necessária adopção de novas estratégias institucionais

dinâmicas que pudessem contribuir para adesão das populações e garantir maior controle dos fatores de risco⁶⁸ e de medidas profiláticas⁶⁹.

Desdobramentos posteriores mostram que a gestão das funções em saúde, prevenção e controle do parasita causador da malária depende das habilidades dos profissionais de saúde (Gestores e Técnicos de Saúde) no conhecimento do ciclo biológico do parasita causador e da disponibilidade de recursos humanos, financeiros e patrimonial para o sucesso das ações do Programa.

Para garantir a efetividade das medidas de prevenção e controle dos fatores de risco de infecção por malária, a partir do processo de gestão em saúde, é necessário assegurar a interação nos três vértices do Triângulo do Governo proposto por Carlos Matus (1993), nomeadamente:

1. Projeto do Governo, a Gestora do PNCM poderia ter identificado: i) identificar o problema central causador da malária; ii) analisar a situação da ocorrência do parasita do gênero *Plasmodium* transmissor da malária no ser humano; iii) produzir uma série de objetivos geral e estratégicos para o enfrentamento do problema a partir de diferentes pontos, nomeadamente (determinantes sociais de saúde, habilidades do gestor, funções e níveis da gestão) para a resolução do problema identificado; iv) definir os indicadores de impacto⁷⁰; v) fixar estratégias de intervenções; vi) fazer o inventário dos recursos necessários para as intervenções; vii) garantir a disponibilidade de recursos a todos níveis para o cumprimento integral dos objetivos propostos no PNCM e descentralizá-los ainda na fase da planificação; viii) identificar os recursos que estão e não sob o controle para o alcance dos objetivos do PNCM; ix) identificar os possíveis problemas para garantir a sua superação durante a implementação do programa; x) estabelecer a hierarquia entre os objetivos estratégicos definidos com impactos diretos sobre os objetivos do

⁶⁸ Fatores de riscos são considerados aquelas que condicionam a infecção da malária, podendo ser: biológicos, ambientais, socioculturais e infra-estrutura de serviços de saúde (PEREIRA, 2005).

⁶⁹ Medidas profiláticas podem ser consideradas em três níveis, nomeadamente: prevenção, controle e erradicação (MATHIS, 2014).

⁷⁰ Indicadores de impacto são orientações que o gestor usa na instituição para medir o grau de eficiência, efetividade e eficácia das ações desenvolvidas.

Programa e; xi) identificar fortes parceiros de cooperação para auxiliar a implementação do Programa.

Entretanto, a Gestora do PNCM na Cidade de Maputo poderia ter: i) produzir o Projeto de Governo com impactos diretos sobre os objetivos estratégicos (acesso, qualidade, qualidade e efetividade) e de intervenção para o cumprimento integral do PNCM; ii) fazer o inventário das necessidades; iii) definir o tempo da realização das ações planificadas; iv) identificar recursos que estão e não sob o seu controle para o alcance dos objetivos do PNCM; v) identificar os possíveis problemas para garantir a sua superação durante a implementação do programa; vi) adequar a planificação a real situação face aos determinantes sociais da saúde e; vii) garantir e alocar os recursos a todos os níveis para a execução do programa.

2. Capacidade de Governo, a Gestora do PNCM poderia ter : i) tomado decisões e promover a implementação das ações baseadas em dados epidemiológicos em todas as fases do PNCM, isto é, saber distinguir ações das decisões ou transformar as decisões em ações; ii) criar conexões entre decisões e ações; iii) viabilizar as ações através da disponibilização de recursos a todos níveis, quer patrimoniais, financeiros e humanos; iv) distinguir aspectos técnicos dos políticos, isto é, criar conexões entre os dois polos; v) desenvolver habilidades para o alcance dos objetivos programados; vi) resolver perturbações que podem inviabilizar o alcance dos objetivos do Programa; vii) garantir o cumprimento dos objetivos listados no Projeto do Governo; viii) assegurar a formação continuada dos profissionais da saúde; ix) integrar e coordenar com vários *stakeholders* (autoridades locais, organizações governamentais e não governamentais) para possibilitar maior cobertura das medidas profiláticas nas comunidades, através da difusão de informações nas rádios nacional e comunitárias, nas televisões nacionais e locais usando as línguas nacionais de cada região para facilitar a comunicação; x) legislar sobre as ações concretas para a malária, para garantir o acesso em todas as residências durante a execução da pulverização intra-domiciliária (PIDOM); xi) distribuir e sensibilizar a população para o uso correto da rede mosquiteira tratada com inseticida de longa duração; xii) aplicar adequadamente os recursos com seminários de

capacitação de Gestores e Técnicos de Saúde; xiii) descentralizar as competências do Serviço de Saúde para a Direção Municipal de Saúde; xiv) controlar, monitorar e reorganizar a estrutura de Linha-Staff; xv) assegurar a interação dinâmica entre os profissionais da saúde nos vários níveis da gestão; xvi) divulgar a missão, valores, direitos e deveres institucionais e; xvii) potencializar o poder político, isto é, sem o poder político, a Gestora do PNCM não pode cumprir os objetivos programados.

Durante a implementação do PNCM na Cidade de Maputo, a Gestora do PNCM não controlava a fenoestrutura⁷¹. Portanto, seria necessário a Gestora do PNCM administrar a fenoestrutura, isto é, governar a Capacidade do Governo para o alcance dos propósitos programados. Quanto maior for a Capacidade do Governo no controle das variáveis, maior será a governabilidade do sistema, como afirma Filho & Müller (1998, p.130) “quanto maior o controle, maior a possibilidade de êxito”.

3. Governabilidade do Sistema é a capaz de controlar o ambiente interno e externo da instituição para possibilitar aceitação da promoção da saúde na comunidade por forma a garantir maior qualidade dos serviços prestados e parcerias com vários *stakeholders* para o sucesso do PNCM. Neste contexto, a gestão no nível provincial não controlava com efetividade a fenoestrutura, isto é, a Direção Municipal de Saúde deveria controlar todos recursos financeiro, humanos e patrimoniais inerentes aos serviços primários da saúde e esse poder permanência no Serviço de Saúde da Cidade de Maputo que por sua vez dependia do nível central e do parceiro de cooperação (Malaria Consortium) para a execução das ações.

Das ações desenvolvidas do enfrentamento da malária na Cidade de Maputo notou-se a ingovernabilidade do sistema, isto é, a Direção Municipal de Saúde não controlava a fenoestrutura durante a implementação do PNCM e conseqüentemente; as ações foram marcadas pela dupla gestão e subordinação dos profissionais da saúde nos dois setores, nomeadamente: Serviço de Saúde e Direção Municipal de

⁷¹ Chama-se fenoestruturas aos recursos políticos, gerenciais, econômicos e cognitivos.

Saúde, ambos da Cidade de Maputo. Ainda no contexto da descentralização administrativa e político, com aprovação da Lei n.º 1/2018 de 12 de Junho⁷², houve a introdução da figura do Secretário de Estado na Província com funções representatividade do Governo Central; início da eleição do Governador Provincial e implementação das Assembleias Provinciais e Distritais (CRM, 2018). Portanto, a descentralização administrativa e político na República de Moçambique impactou as ações de promoção da saúde e colocou as comunidades numa situação de vulnerabilidade e exposição aos fatores de riscos, considerando que a maior parte do orçamento que poderia ser útil para o sucesso das políticas pública foi destinado para a satisfação do poder administrativo e político. Neste contexto, a descentralização administrativa e política deveria garantir a integração de todas as partes interessadas em exercer influências positivas para o sucesso das políticas públicas em benefício das comunidades ou usuários.

Para garantir maior controle e possibilidade de êxito das ações, a Gestora do PNCM poderia ter: i) aumentado a sua capacidade de Governabilidade do Sistema, isto é, garantir a conexão e interdependência entre as três variáveis do Triângulo do Governo proposto por Carlos Matus; ii) controlar a fenoeestrutura e; iii) monitorar as ações em coordenação com vários níveis e funções da gestão e parceiros de cooperação durante a implementação do Programa.

Os determinantes sociais da saúde são as condições nas quais as comunidades vivem, incluindo a organização e a gestão do Sistema da Saúde que pode influenciar negativamente ou positivamente para a ocorrência dos problemas de saúde. O excesso dos determinantes sociais da saúde é resultante da distribuição desigual dos recursos financeiros, humanos e patrimoniais nos Distritos Sanitárias da Cidade de Maputo. Essa distribuição desigual interfere negativamente nas condições de vida e expõe a população aos fatores de risco de infecção da malária.

Na Cidade de Maputo foram notáveis vários determinantes sociais da saúde

⁷² Lei da Revisão Pontual da Constituição da República de Moçambique

principalmente nos Distritos Sanitários que registraram maiores números de casos por malária, nomeadamente: KaMavota⁷³; Nhlamankulu⁷⁴ e KaMubukwana⁷⁵.

Os principais hospitais dos níveis secundário e quaternário, nomeadamente: José Macamo, Mavalane, Polana Caniço, Chamanculo e Hospital Central de Maputo (HCM), estão todos quase localizados no centro da Cidade, conseqüentemente a maior parte dos Centros de Saúde estão situadas na zona periférica da Cidade e alguns não funcionam no período noturno dificultando dessa forma o acesso dos seus usuários às Unidades Sanitárias associado ao sistema de transporte público deficiente.

Portanto, para melhorar as condições de vida da população da Cidade de Maputo, a Gestora do PNCM poderia ter; i) garantido uma cooperação efetiva com *vários stakeholders* (Ministérios da República de Moçambique; Sociedade Civil; Setor Privado e Organizações Internacionais) para adoção de políticas públicas de saúde viradas para o enfrentamento dos determinantes sociais da Saúde, como sustenta o artigo 89 da Constituição da República de Moçambique (2004) *“Todos os cidadãos têm o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública”*.

Para além da cooperação, seria necessário; ii) conscientizar a população sobre as medidas de promoção da saúde; iii) adoptar estratégias de controle dos determinantes sociais da saúde; iv) intensificar as campanhas de sensibilização nas comunidades; v) ampliar a rede sanitária para garantir maior acesso nas Unidades Sanitárias das comunidades das zonas periféricas da Cidade de Maputo e; vi) expandir a política de educação escolar para assegurar a prevenção, controle e cura da malária.

No âmbito cultural, na Cidade de Maputo, notou-se que a informação inerente a promoção da saúde não foi transmitida com sucesso, isto é, as Gestoras do PNCM

⁷³ O Distrito Municipal KaMavota é composto pelos seguintes bairros, nomeadamente: 3 de fevereiro, Albazine, Costa do Sol, Forças Populares de Libertação de Moçambique (F.P.L.M.); Ferroviário, Hulene A, Hulene B, Lulane, Mahotas, Mavalane A e Mavalane B.

⁷⁴ O Distrito Municipal Nhlamankulu é composto pelos seguintes bairros, nomeadamente: Aeroporto A, Aeroporto B, Chamanculo A, B, C e, D, Malanga, Minkadjuine, Munhuana, Unidade 7 e Xipamanine.

⁷⁵ O Distrito Municipal KaMubukwana é composto pelos seguintes bairros, nomeadamente: 25 de Junho A e B, Bagamoyo, George Dimitrov, Inhagoia A e B, Jardim, Luís Cabral, Magoanine A, B e C, Malhazine, Nsalene e Zimpeto.

usaram as línguas oficial (o português) e local (Changana) em detrimento das outras das províncias e estrangeiras dificultando dessa forma a comunicação. Para maior eficiência, a Gestora do PNCM deve ser capaz de; i) sensibilizar as comunidades usando diferentes línguas nacionais e estrangeiras e; ii) divulgar através de folhetos as medidas de prevenção, controle e cura da malária em línguas nacionais e estrangeiras.

Nesta perspectiva, a Gestora do PNCM poderia ampliar a visão em relação a malária, isto é, transferir as atenções do modelo biológico e cuidado em saúde para o Processo de Saúde, Doença e Cuidado; onde poderia considerar a multicausalidade da doença (malária) e produzir uniões entre a doença e a saúde para garantir o bem-estar das populações. Na nova perspectiva, a Gestora do PNCM poderia; i) conhecer os determinantes sociais da saúde que produzem a doença e rodeiam o usuário; ii) garantir a interdependência entre as funções da gestão e os determinantes sociais da saúde; iii) transformar os determinantes sociais da saúde em oportunidade e pontos fortes e; iv) enquadrar os determinantes sociais de saúde no planejamento governamental para o bem-estar da população.

Em suma, os casos e óbitos por malária reduziram menos do que se poderia esperar. Não era objetivo do PNCM atingir a situação de “malária zero”, porém, a redução de casos e óbitos por malária poderia ter sido maior se o que foi relatado acima nos três vértices do Triângulo do Governo proposto por Carlos Matus (1993) tivesse sido integralmente cumprido.

Os objetivos geral e específicos deste estudo foram alcançados. Concluímos que a gestão do PNCM contribuiu para a redução da morbimortalidade por malária, no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo.

Durante a recolha de dados, notamos e enfrentamos alguns obstáculos que condicionaram os presentes resultados da pesquisa, nomeadamente:

- ✓ Limitação do acesso à informação nos registos das consultas externas e internas dos anos de 2014 e 2015, período que era usado o Boletim Epidemiológico Semanal (BES) no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo.

- ✓ Obstáculos no acesso a base de dados de casos e óbitos por malária tendo em conta que eram confidenciais, isto é, para obter informações inerentes ao estudo foi necessário primeiro ter autorização das estruturas competentes, nomeadamente: 1) aprovação do Comité do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2) Aprovação do Comité Nacional de Bioética para a Saúde da República de Moçambique; 3) Autorização das Directoras do Serviço de Saúde e da Direção Municipal de Saúde, ambas da Cidade de Maputo e; 4) Autorização do Director Nacional de Saúde Pública no Ministério da Saúde da República de Moçambique mediante apresentação dos pareceres e autorizações anunciadas no mesmo período.
- ✓ Dificuldade no acesso ao Sistema de Informação de Saúde causado pela falha da internet e da senha das Gestoras e dos Técnicos de Saúde na Direção Municipal de Saúde da Cidade de Maputo;
- ✓ O excesso das atividades marcadas para as Gestoras e Técnicos de Saúde dificultou o agendamento das entrevistas, na entrega e na recolha dos questionários na Direção Municipal de Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo.

Neste estudo notou-se um nível médio do envolvimento dos parceiros de cooperação, das capacidades dos profissionais de saúde (Gestoras e Técnico de Saúde) e da coordenação entre as funções e os três níveis da gestão no PNCM, onde podemos inferir que a gestão do PNCM contribuiu menos do que o esperado na redução da morbimortalidade por malária na Cidade de Maputo. Todavia, o PNCM configurou-se como uma melhor iniciativa para a promoção da saúde da população através do processo da gestão em saúde.

10 Considerações finais e recomendações

O Programa Nacional de Controle da Malária foi um Projeto do Governo para garantir a prevenção, controle, cura e reduzir a cadeia das infecções de novos casos e de óbitos por malária, num contexto do pluralismo cultural durante a transição das competências primárias da saúde do Serviço de Saúde para a gestão da Direção Municipal da Saúde, ambos da Cidade de Maputo, no período de 2014 a 2019.

Entretanto, a descrição das ações desenvolvidas no PNCM e dos dados epidemiológicos analisados, foi notável que os usuários tinham serviços reduzidos de acesso, de qualidade, de efetividade e de parcerias na assistência prestada pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS), onde as suas ações de promoção da saúde foram realizadas em tempos diferentes em resposta a endemia da malária nos diferentes Distritos Sanitários da Cidade de Maputo.

Em relação à descrição acima, na gestão e na caracterização da organização do Sistema Nacional de Saúde do PNCM, o estudo deduziu que houve contribuição da conexão e coordenação das competências dos profissionais da saúde (Gestoras e Técnicos de Saúde) nas funções e nos níveis da gestão enquadrados no Triângulo do Governo proposto por Carlos Matus (1993) para a redução menos do que podia se esperar da morbimortalidade por malária. Notou-se, igualmente que as Gestoras de Saúde não controlavam a fenoeestrutura, isto é, havia dupla gestão e obediência às normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde da República de Moçambique durante a implementação das ações do PNCM.

Com base nas atividades de enfrentamento da malária desenvolvidas pelos Profissionais de Saúde (Gestoras e Técnicos da Saúde) do PNCM foi possível concluir, igualmente, que a interação do processo de saúde, doença e cuidados com o modelo biomédico contribuiu para a redução de casos e óbitos por malária a partir dos processos da gestão em saúde.

Para assegurar o sucesso das ações do PNCM, sugere-se o seguinte:

- i) Garantir a interdependência e dinâmica entre os níveis, funções da gestão e habilidades dos gestores;
- ii) Assegurar maior coordenação e comunicação durante a planificação e execução das atividades;

- iii) Transformar os pontos fracos e as ameaças em pontos fortes e oportunidades para melhorar a prestação dos serviços no Sistema Nacional de Saúde, em particular, no PNCM da Cidade de Maputo;
- iv) Os dados recolhidos da morbimortalidade por malária devem ser disponibilizados e, divulgados nas reuniões de sensibilização nas comunidades dos Distritos Sanitários para conscientizá-las, inerente às causas que provocam a malária e suas consequências;
- v) A promoção da saúde não deve ser emergencial, isto é, deve ser realizada em simultâneo em todos os Distritos Sanitários para evitar a fuga do mosquito causador da malária dos distritos de alto risco para outros de baixo risco;
- vi) Disponibilizar recursos humanos, financeiros e patrimoniais para a execução das atividades concretas de prevenção, controle e cura da malária.
- vii) Garantir a descentralização completa dos recursos humanos, financeiros e patrimoniais dos serviços primários do Serviço da Saúde para a Direção Municipal da Saúde, ambos da Cidade de Maputo.
- viii) Para a próxima realização da pesquisa da mesma natureza com maior rigor é necessário disponibilizar todos os dados da morbimortalidade por malária nos Boletins Epidemiológicos Semanais (BES) e no Sistema de Informação em Saúde para facilitar os pesquisadores nas análises científicas.

Os resultados desta pesquisa não podem ser generalizados a nível nacional, justificados pela diferença dos determinantes sociais de saúde, das habilidades e experiências dos Profissionais da Saúde (Gestoras e Técnicos de Saúde); facilidade da interação e coordenação entre os níveis de gestão (Ministério da Saúde de Moçambique (nível central), Serviço de Saúde e Direção Municipal (nível provincial) e Distrito Sanitário (nível distrital) e com os parceiros de cooperação.

Em suma, com análise da gestão do PNCM, no Serviço de Saúde e na Direção Municipal de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, se pretendia evidenciar que é possível prevenir, controlar e curar a malária a partir dos processos da gestão em saúde e sugerir futuras pesquisas da mesma natureza para ampliar a temática.

Referências

AIP-FCE. **Manual do Empreendedor Versão 2011. Um estudo Realizado pelo CESO CI Portugal para a AIP-Feiras.** Disponível em: Estudo Moz _ Versão Final (ceso.pt). Acesso em: 28 jan. 2021.

ALAR, J. O papel das Eleições em Moçambique. Continuidade ao debate iniciado na Academia Filosófica (ACAFIL) na Matola em 1999 e posteriormente desenvolvida por Severino Ngoenha nas obras os tempos da filosofia (2004) intercultura, alternativa à governação biopolítica. **Brasil escola.** 2013. Disponíveis em <https://meuartigo.brasilecola.uol.com.br/politica/o-papel-das-eleicoes-mocambique.htm>, acesso em 5, ago. 2022.

ALTADIR, F. **Triângulo de Governo. Carlos Matus Romo.** 2006. Disponível em: <https://edsonpistori.files.wordpress.com/2012/05/triangulo-de-governo-carlos-matus.pdf>, acesso em 22 set. 2021.

ANTÓNIO, D. **A língua Portuguesa em Moçambique e as Práticas de Subjetivação: Acontecimento, Materialidade e Memória.** Congresso Internacional de História. Notas epistêmicas e narrativas contemporâneas. UFG-Regional Jataí. 2016.

ARROZ, J. A. H. Aumento dos casos de malária em Moçambique, 2014: epidemia ou novo padrão de endemicidade? **Rev. Saúde Pública,** 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2016.v50/5/pt/>>. Acesso em: 28 jul. 2020.

ARROZ, J. A. H. Comunicação para a mudança social e de comportamento na luta contra a malária em Moçambique, **Rev. Saúde Pública,** 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2017.v51/18/pt/#>>. Acesso em: 31 ago. 2021.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS EMPRESAS METALÚRGICAS E ELECTRO MECÂNICAS (ANEME). **Levantamento e Caracterização das Empresas Comerciais e Industriais.** Ed. Torres Vedras. Edifício CAERO. Pólo Tecnológico de Lisboa. Lisboa. 2017.

BALOI, J. A. O papel dos governadores locais na manutenção da democracia: uma análise a partir de Moçambique. **Hehemonia-Rev.Eletrônica do Programa de Mestrado em Direitos Humanos, Cidadania e Violência/Ciência Política do Centro Universitário Unieuro.** Unieuro, Brasília, 2019.

BARCA, A. **Perfil Físico: Geologia Sedimentar: Sedimentogénes.** 1ª ed. Vol.1. Lisboa: Ancora Editora,1992.

BEZERRA, J. **Aspectos Gerais da África.** 2011. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/aspectos-gerais-da-africa/>. Acesso :16 jul. 2021.

Bolentim da República de Moçambique (2004). **Constituição da República de Moçambique**, de 22 de Dezembro de 2004. Iª Série- N.º 51. Imprensa Nacional: Cidade de Maputo, 2004.

Bolentim da República de Moçambique. Lei n.º 1/2018, de 12 de junho. **Revisão Pontual da Constituição da República de Moçambique**. Iª Série. N.º 29. Imprensa Nacional: Cidade de Maputo, 2018.

Bolentim da República de Moçambique. Lei n.º 02/1997, de 18 de fevereiro. **Aprova o quadro Jurídico para a implantação das autarquias locais**. 2º Suplemento. Iª Série. N.º 7. Imprensa Nacional: Cidade de Maputo, 1997.

Bolentim da República de Moçambique. Lei n.º 4/2019 de 31 de maio. **Estabelece os princípios, as normas de organização, as competências e o funcionamento dos órgãos executivos de governação descentralizada provincial**. Iª Série. N.º 105. Imprensa Nacional: Cidade de Maputo, 2019.

Bolentim da República de Moçambique. Lei n.º 4/2022 de 11 de fevereiro. **Aprova o Estatuto Geral dos Funcionários e Agentes do Estado**. 2º Suplemento. Iª Série. N.º 23. Imprensa Nacional: Cidade de Maputo, 2003.

Boletim da República de Moçambique. Lei n.º 2/97, de fevereiro. **Cria o quadro jurídico para a implementação das autarquias locais**. 2º Suplemento. 1ª série. N.º 7. Imprensa Nacional: Cidade de Maputo, 1997.

Bolentim da República de Moçambique. Lei n.º 7/1997, de 31 de maio. **Estabelece o regime jurídico da tutela administrativa do Estado a que estão sujeitas as autarquias locais**. 2º Suplemento, Iª série, N.º 7. Imprensa Nacional: Cidade de Maputo, 1997.

Bolentim da República de Moçambique. Lei n.º 8/2003, de 19 de maio, **estabelece os princípios e normas de organização, competências e funcionamento dos órgãos locais do Estado**. 2º Suplemento Iª Série, N.º 23, Imprensa Nacional: Cidade de Maputo, 2003.

Bolentim da República de Moçambique. Lei n.º 29/2014, de 9 de setembro. **Aprova o Acordo sobre a Cessação das Hostilidades Militares**. 4º Suplemento. Iª Série. N.º 72. Imprensa Nacional: Cidade de Maputo, 2014.

Bolentim da República de Moçambique. Decreto n.º 33/2006, de 30 de agosto. **Regula os procedimentos para a transferência de funções e competências dos órgãos do Estado para as autarquias locais**. Iª série, N.º 35. Imprensa Nacional: Cidade de Maputo. 2006.

Bolentim da República de Moçambique. Lei n.º 56/79, de 15 de setembro. **Criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) da República de Moçambique**. Disponível em: Lei N.º 56/79 - Serviço Nacional de Saúde - Legislação - Legislação - VLEX 762467405. Acesso em: 14 agos. 2022.

Bolentim da República de Moçambique. **Resolução nº 4/95 de 11 de julho de 1995:** Aprova a Política do Sector de Saúde para 1995/1999. 1ª Série, N.º 27. Imprensa Nacional: Cidade de Maputo, 1995.

Bolentim da República de Moçambique. **Resolução n.º 4/95, de 11 de julho.** Política do Sector da saúde para 1995/1999. Imprensa Nacional: Cidade de Maputo. 1995.

Bolentim da República de Moçambique. **Decreto n.º 46/2011.** Altera a redação dos artigos 5, 15 e 16 do Decreto n.º 33/2006, de 30 de Agosto, e acrescenta o capítulo IV, com os artigos 17 e 18. Imprensa Nacional: Cidade de Maputo, 2011.

Bolentim da República de Moçambique. **Proposta do programa Quinquenal do Governo de 2015 a 2019.** Aprovado na 4ª Sessão Ordinária do Conselho de Ministros. Maputo, 2015.

Boletim da República de Moçambique. **Resolução nº 12/2015, de 14 de abril.** Aprova o Programa Quinquenal do Governo para 2015-2019. 2º Suplemento. 1ª série. N.º 29. Imprensa Nacional: Cidade de Maputo, 2015.

Bolentim da República de Moçambique. **Decreto n.º 33/2006, de 30 de agosto:** Define o quadro de transferência de funções e competências dos órgãos do Estado para as autarquias Locais. 1ª série, N.º 35. Imprensa Nacional: Cidade de Maputo, 2006.

Boletim da República de Moçambique. **Diploma Ministerial n.º 40/2004, de 18 de fevereiro do Ministério da Saúde.** Aprovação do Regulamento Geral dos Hospitais. 1ª Série-N.º 7, 2004, disponível em: [file:///c:/users/Xavier/downloads/Diploma%20Ministerial%2040%20de%2018%20fev%20%20regulamento%20geral%20hospitais%20\(1\).pdf](file:///c:/users/Xavier/downloads/Diploma%20Ministerial%2040%20de%2018%20fev%20%20regulamento%20geral%20hospitais%20(1).pdf). Acesso em 11 jul. 2021.

BRANDÃO, C. C. **Análise da Capacidade de Governo em Secretarias Municipais de Saúde do Estado da Bahia.** Dissertação apresentada como parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade de Brasília, 2017.

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In CZERESNIA, D.F.C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 15-38.

CARVALHO, S. R. **Modelos teóricos conceituais da promoção à saúde canadense e da saúde coletiva brasileira.** São Paulo: USP, 2008.

CONSELHO MUNICIPAL DE MAPUTO. **Divisão Administrativa da Cidade,** 2021. Disponível em: [Divisão Administrativa da Cidade – Feira do Livro de Maputo \(feiradolivromaputo.co.mz\)](http://feiradolivromaputo.co.mz), acesso 20 abr. 2022.

BARROS, J. A.C. Pensando o Processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Revista Saúde e Sociedade,** São Paulo, vol. 11, 2002.

BOLETIM INFORMATIVO DE JUNHO DA DIREÇÃO DE SAÚDE DA CIDADE DE MAPUTO, 2018. Disponível em: boletim informativo de junho da direção da saúde da cidade de maputo, 2018 - [Pesquisar \(bing.com\)](#), acesso em: 24 ago. 2021.

CAMPBELL, B. Health management information systems in lower income countries: An analysis of system design, implementation and utilization in Ghana and Nepal. **Kit press**. New York. USA, 1997.

CAMPO, I. F. & HEADLEY, S. S. **Administração e Teorias das Organizações**. Ed. Casa de Ideias. UNOPAR, 2014.

CANDRINHO, B., *et al.* **Normas de Tratamento da Malária em Moçambique**. Programa Nacional de Controlo da Malária. Direção Nacional de Saúde Pública. MISAU. 3ª Ed., 2017.

CARMEN TEIXEIRA. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio subsidiado para debate. Conferências Municipais e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, junho de 2011. Disponível em: (À LUZ DA BIOÉTICA) (almg.gov.br) <<https://www.passeidireto.com/arquivo/17623541/os-principios-do-sistema-unico-de-saude-carmen-teixeira>>. Acesso em: 24 out. 2021.

CARVALHO, G. S., *et. al.* O modelo biomédico e a abordagem de promoção da saúde na prevenção de comportamentos de risco. **Repositório UM**, 2018. Disponível em: <<https://hdl.handle.net/1822/7640>>. Acesso em: 24 jan. 2021.

CASSY, D. A. R. **Abordagens e desafios para o controlo da malária em Moçambique**. Tese (Doutorado) - Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa, 2019.

CENSO 2017. **IV Recenseamento Geral da População e Habitação**. Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: <[r/Downloads/Resultados%20do%20Censo%202017%20Apresentacao%20Final%20\(2\).pdf](r/Downloads/Resultados%20do%20Censo%202017%20Apresentacao%20Final%20(2).pdf)>. Acesso em 24 set. 2021.

CESO CI PORTUGAL. **Manual do Empreendedor Versão 2011**. Disponível em: <<https://www.ceso.pt/pdfs/Mocambique.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2021.

COMISSÃO INTERMINISTERIAL DA REFORMA DO SECTOR PÚBLICO (CIRESP). **Estratégia Global da Reforma do Setor Público (EGRSP) 2001-2011**. Autoridade Nacional da Função Pública 2001. Disponível em: <<https://www.monografias.com/pt/docs/Estrategia-global-da-reforma-do-sector-publico-F3KAURD78LJP>>. Acesso em: 30 jul. 2021.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 3.ed, ver e atualizada-Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CHIAVENATO, I. **Administração Geral e Pública**. 2ª Ed. Editora: ELSEVIER. Rio de Janeiro, 2008.

CHIAVENATO, I. **Administração Geral e Pública**. 4ª Tiragem. Elsevier Editora Ltda. Editora CAMPUS, 2009.

CHIPUKUMA, H. M., *et al.* Towards a framework for analyzing determinants of performance of community health workers in malaria prevention and control: a systematic. **Human Resources for Health**. 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/>>. Acesso em: 11 jun. 2021.

CONSELHO MUNICIPAL DA CIDADE DE MAPUTO. **Historial da Transferência dos Cuidados de Saúde Primários e da Acção Social Básica do Governo para a Autarquia Local de Maputo**. Pelouro de Saúde e Acção Social, 2015.

CONSELHO MUNICIPAL DA CIDADE DE MAPUTO. **Plano de Promoção de Saúde do Município de Maputo 2005-2019**. Pelouro de Saúde e Acção Social. 1ª ed. Cidade de Maputo, 2014.

CONSELHO MUNICIPAL DA CIDADE DE MAPUTO. **Plano Diretor de Saúde e Acção Social do Município de Maputo de 2015-2019**. Pelouro de Saúde e Acção Social. Direção dos Serviços Municipais de Saúde e Acção Social (DSMSAS). 2015.

CONSELHO MUNICIPAL DA CIDADE DE MAPUTO. **Caracterização do Sistema de Prestação de Serviços de Saúde**. 1ª Ed. 2013.

CONSELHO DE MINISTROS DA REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. **Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta 2006-2009 (PARPA II)**. Cidade de Maputo. 2006.

CONSELHO MUNICIPAL DE MAPUTO. **Plano Director de Saúde e Acção Social**. Pelouro de Saúde e Acção Social. 1ª Ed., 2015.

COSTA, Dr. E. **Métodos de Pesquisa: Estudo de Caso**. Instituto Superior de Ciências Sociais e Relações Internacionais. 2014. Disponível em: [SeminarioEstudodeCaso.pdf \(cis-edu.org\)](#). Acesso em: 7 dez. 2022.

COSTA J. S. D. VICTORIA C. G. O que é um "problema de saúde pública? ". **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2006.

C. P. P. S. Formulacion de Políticas de Salud. Oficina Sanitária Panamericana, **Oficina Regional de la Organizacion Mundial de la Salud**. Santiago-Chile.1975.

DA CONCEIÇÃO, M. C. G. DOS S. R. **Hospitais de Primeira referência, Distrito de Saúde e Estratégia dos Cuidados de Saúde Primários em Moçambique**. Dissertação. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa, 2011.

DA COSTA, J.C.P. **As representações biomédicas da saúde e da doença tidas pelos Enfermeiros no contexto multicultural da prestação de cuidados da UCCI da Santa Casa da Misericórdia de Portimão**. Tese de Doutoramento em

Antropologia. Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. 2011.

DANASCENO, L. S. **Anemia na malária em adultos: uma revisão sistemática. Mestrado em pesquisa clínica em doenças infecciosas.** Dissertação (Mestrado) - Instituto de pesquisa clínica Evandro Chagas. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2013.

DA SILVA, J. L. L. O Processo saúde-doença e sua importância para a promoção da saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 2, n.º1, 2006.

DE ALMEIDA, M. A., *et al.* **A Gestão de Pessoas por Competência na Perspectiva de Empresas Nacionais.** EnANPAD. XXXIII Encontro da ANPAD. São Paulo, 2009.

DE BRITO, L. **Multipartidarismo, Geografia do voto e descentralização em Moçambique**, 2019. Disponível em: <https://www.iese.ac.mz/wp-content/uploads/2019/12/art_lbrito.pdf>. Acesso em: 21 set. 2021.

DE CARVALHO, A. I. **Determinantes sociais, económicas e ambientais da saúde. Ministério da Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde Secretária de Assuntos Estratégicos, 2013.

DE CEBALOS, A. G. da C. **Modelos conceituais de Saúde, Determinação Social do Processo Saúde e Doença, Promoção da Saúde.** Centro de Convenções da UFPE. Universidade Federal de Pernambuco. Recife: [s.n.] 2015.

DO NASCIMENTO, R. F., *et al.* Avaliação dos Recursos Naturais na Ilha da Inhaca (Oceano Índico, Moçambique): Primeira aproximação. **Geogr. (Online)**. Goiânia, V. 36, n. 2, 2016.

DOS SANTOS. Prof. Dra. D. C. **Organização, Gestão e Gestores.** Universidade Autónoma de Lisboa (UAL) Lisboa, 2013.

DOS MUCHANGOS, A. **Moçambique Paisagens e Regiões Naturais.** Tipografia Globo, Lda. 1999.

DUARTE, F. B. & PAULA, R. R. **Diversidade linguística em Moçambique.** Universidade Federal de Minas Gerais, Disponível em: <[ile:///C:/Users/Xavier/AppData/Local/Temp/OpenAccess-Paula-9788580392111-19.pdf](file:///C:/Users/Xavier/AppData/Local/Temp/OpenAccess-Paula-9788580392111-19.pdf)>. Acesso em: 24 set. 2021.

FERTONI, H. P., *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/ZtnLRysBYmdC9jw9wy7hKQ/?format=pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2020.

FORNANDES, N. E. P., *et al.* Resistência à sulfadoxina-pririmentamina em Maputo, Moçambique: presença de mutações nos genes dhfr e dhps do Plasmodium

falciparum. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**[online]. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822007000400015>. Acesso em: 10 set. 2021.

FORQUILHA, S. C., *et al.* **Descentralização no sector da saúde: alcance e implicações para os cuidados de saúde primários**. Relatório de pesquisa. Instituto de Estudos Sociais e Económicos (IESE) e Instituto Nacional de Saúde (INS). Ed. Medicusmundi. 2018.

FORTIS, M. F. A. Rumo à Pós-Modernidade em Políticas Públicas. A Epistemologia Situacional de Carlos Matus. Vol.9. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getulio Vargas. **RAE-eletrônica**. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1676-56482010000200009>, acesso em: 30 set. 2021.

GARRIDO. P. I. Saúde, desenvolvimento e factores institucionais. O caso de Moçambique. **Economic Development e Institutions**. 2020.

GIRONÉS, A.L., *at al.* **Desigualdades em Saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade de atendimento**. Relatório Técnico. Ed: Medicusmundi. Barcelona, 2018.

GOMES, A. P., *et al.* Malária grave por Plasmodium falciparum. **Rev. Bras. Ter. Intensiva** **23(3)**, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/fF8CRKZ9TBX6X8MD4WvVTqs/>. Acesso em: 23 jan. 2021.

GONÇALVES, A. C. P. **“Modernidades” Moçambicanas, crise de referências e a ética no programa de filosofia para o ensino médio**. Tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Educação. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/FILOSOFIA/Teses/cipriano.pdf. Acesso em: 25 set. 2021.

GONÇALVES, M. F. A. **Perfil Epidemiológico da Malária e Adesão ao Tratamento em menores de Cinco Anos Malanje-Angola**, 2019. Dissertação. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/41821>, Acesso em: 10 ago.2022.

HARADA, J. Escola que promove a saúde. **Revista da Universidade Federal de Minas Gerais. UFMG**, 2008. Disponível em: <https://www.ufmg.br/diversa/16/index.php/universalizacao/escola-que-promove-a-saude>, Acesso, em: 24 ago. 2022.

HERZLICH, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Vol.14, n.º2, 2004.

HOMERIN, J. **As organizações da Sociedade Civil em Moçambique: Actores em Movimento**. Service de coopération et d'acção culturelle. Cidade de Maputo. Janeiro

a junho de 2005. Disponível em: <<file:///C:/Users/Xavier/AppData/Local/Temp/RAPPPortugais.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

IDE, C. A. C. & CHAVES, E. C. A questão da determinação do processo saúde-doença. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, 1990. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/w64gGHrdXK6Cd6wNZ7vFGVq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 03 maio 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA DE MOÇAMBIQUE. **CENSO 2017. IV Recenseamento Geral da População e Habitação de 2017. Resultados definitivos-Moçambique**. Direção de Estatísticas Demográficas, Instituto Nacional de Estatística. Cidade de Maputo, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA DE MOÇAMBIQUE. **Inquérito Nacional sobre Indicadores de Malária (IIM)**. Direção de Estatísticas Demográficas, Cidade de Maputo, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA DE MOÇAMBIQUE. **Inquérito Nacional sobre Indicadores de Malária em Moçambique (IIM-2007)**, 1ª ed. Direção de Estatísticas Demográficas. Instituto Nacional de Estatística. Cidade de Maputo, 2007.

JANUÁRIO, E. M. **Estudo da Luta de Libertação Nacional de Moçambique**. Escola de Comando e Estado-Maior do Exército. Escola Marechal Castello Branco. Rio de Janeiro. 2019.

JONA, O. M.. **O Direito à Saúde como direito humano em Moçambique**. **Cad.IBERO-Amer.** Dir. Sanit. Vol. 5. Brasília. 2016. Disponível em: <[*ojsadmin,+9_orquidia.pdf](*/ojsadmin,+9_orquidia.pdf)>. Acesso em:01nov, 2021.

JÚNIOR, E. **Relatório da Agência da ONU**. Nova York. 2016. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2016/12/1571431-oms-registrou-212-milhoes-de-casos-de-malaria-no-mundo-em-2015>. Acesso em: 24 set.2022.

KHALEGHIAN. P. Decentralization and public services: the case of immunization. **Soc Sci Med.**, 2004.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Rer. Latinoamericana de Salud**. México. 1982. pp. 7-25. Trad. E. D. Nunes. Disponível em https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf. Acesso em: 26 abr. 2022.

LEAL, C. O. B. S. & TEIXEIRA, C. F. de S. S. Solidariedade: uma perspectiva inovadora na gestão e organização das ações de Vigilância Sanitária. **Ciência de Saúde Coletiva**, 2017. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-890157>>. Acesso em: 11 set. 2021.

LANGA, E. N. B. Diplomacia e Política Externa Em Moçambique: O Primeiro Governo Pós-Independência-Samora Machel (1975-1986) Ver. **Brasileira de Estudos Africanos**, Porto Alegre. v.6. n.11. 2011, p.11-32. Disponível em: <file:///C:/Users/Xavier/Downloads/104413-Texto%20do%20artigo-485703-1-10-20210825.pdf>, acesso em 4 ago, 2021.

MAGAUJA, E. M. A. **Brochura de Estatísticas Demográficas e Sociais**, Ed. INE-Delegação da Cidade de Maputo, 2019.

MALOA, T. M. **História da economia socialista Moçambicana**. Dissertação de Mestrado em História Econômica, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História Econômica da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em História Econômica. Departamento de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo. 2016. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8137/tde-10112016-142148/publico/2016_TomeMirandaMaloa_VOrig.pdf. Acesso em 5 de ago. 2022.

MARCONI & LAKATOS. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5ª ed. São Paulo. Ed. ATLAS S. A., 2003.

MARQUES, A.C. **Manual de Terapêutica da Malária**. (col.) II. Brasil-Ministério da Saúde. 2001. P.104. Disponível em: (<saude.gov.br>),_acesso em 20 ago 2022.

MATHIS, L. A. **EPIDEMIOLOGIA. Apostila preparada para uso na disciplina “Epidemiologia Geral”**. 4º semestre do Curso de Medicina Veterinária da Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinária Campus de Jaboticabal UNESP. Jaboticabal. 2014. Disponível em: <https://www.fcav.unesp.br/Home/departamentos/medicinaveterinaria/luisantoniomatias/apostila-epidemiologia-geral.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2022.

MARTINS A. F. R. P. & RIBEIRO, S. Atlas de Oportunidades| Ficha de País| Alemanha. COMPETE. **Programa Operacional Factores de Competividade**. Quadro de Referência Estratégico Nacional Portugal 2007/2013 ; 2013. Disponível em : http://www.healthyn.pt/Images/Documentos/Benchmarking_Moçambique.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2021.

MATSINHE, C. & NAMBUENTE, D. A descentralização DOSEADA: facetas estruturantes das iniquidades em saúde em Moçambique. **Novos estudos. CEBRAP**. SÃO Paulo. v. 38. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25091/S01013300201900020004>, acesso em: 5 jul. 2022.

MATUS, C. **Política, Planejamento & Governo**. IPEA. Brasília, 1993.

MATUS, C. **Estratégias políticas**: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi. São Paulo: Edições Fundap, 1996.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 1993.

MAÚNGUE, H. Socialismo em Moçambique: Uma Utopia de Samora Machel. **Cadernos de África Contemporânea**. V. 2. nº 3, 2019. Disponível em: <<file:///C:/Users/Xavier/AppData/Local/Temp/CadernosdefricaContempornea.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2021.

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à Administração**. 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MBOFANA, F. **Municípios e saúde em Moçambique: da legislação à implementação**. Conselho Nacional de Combate ao SIDA. Maputo-Moçambique, 2018.

MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE MOÇAMBIQUE. **Plano Operacional da Comercialização Agrícola**. Direção Nacional do Comércio Interno. Cidade de Maputo, 2017.

MINISTÉRIO DO INTERIOR DE MOÇAMBIQUE. **Plano Estratégico da Polícia da República de Moçambique-PEPRM**. Cidade de Maputo, 2003.

MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS ESTRANGEIROS E COOPERAÇÃO. Governo de Moçambique. 2022. Disponível em: minec.gov.mz, acesso em: 10 jun.2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprovado diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012. Disponível em: <<https://www2.ufjf.br/comitedeetica/wp-content/uploads/sites/80/2008/12/Resolucao-466-12.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE. **Moçambique: Perfil do controlo e epidemiologia da malária**. Governo de Moçambique. Cidade de Maputo, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE. **Relatório da Revisão do Sector de Saúde**. Governo de Moçambique. Maputo, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE. **Um Histórico do Controlo da Malária em Moçambique**, Governo de Moçambique. Cidade de Maputo, 2018. Disponível em: <<https://web-archive.lshtm.ac.uk/www.linkmalaria.org/sites/link/files/content/attachments/2018-08-22/MozambiqueSingleBannerRGBDigital.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE. **Política do Sector de Saúde para 1995/1999**. Governo de Moçambique, Cidade de Maputo, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE. **Mortalidade em Moçambique. Inquérito Nacional sobre Causas de Mortalidade, 2007/8**. Inquérito sobre Causas de Mortalidade. Governo de Moçambique. Instituto Nacional de Estatística, 2009. Disponível em: <<file:///C:/Users/Xavier/AppData/Local/Temp/INQUERITO%20NACIONAL%20SOBRE%20CAUSAS%20DE%20MORTALIDADE-%202007-8.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE. **Programa Nacional de Controlo da Malária-Documento Estratégico para o Controlo da Malária em Moçambique, 2006-2009**. Governo de Moçambique, Maputo. Departamento de Epidemiologia e Endemias. Direção Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.malariaconsortium.org/userfiles/file/Mozambique/PNCM - Plano Estratégico pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE. **Programa Nacional de Controle de malária. Plano Estratégico da Malária 2017-2022**. Governo de Moçambique. Cidade de Maputo: Direção Nacional de Saúde Pública. Cidade de Maputo. Disponível em: <[C:/Users/Xavier/Desktop/Paste/Plano%20Estrategico%20da%20Malaria%202017-%202022_Final%20\(2\)%20\(1\)%20\(1\)](C:/Users/Xavier/Desktop/Paste/Plano%20Estrategico%20da%20Malaria%202017-%202022_Final%20(2)%20(1)%20(1))>. Acesso em: 16 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE. **Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS)**. Governo de Moçambique. Cidade de Maputo. 2016. Disponível em: <<https://www.ibes.med.br/oms-32-bilhoes-de-pessoas-estao-em-risco-de-contrair-malaria-no-mundo>>. Acesso em: 23 maio 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE. Direção de Saúde da Cidade de Maputo. **Boletim Informativo de Junho de 2018**. Departamento de Planificação e Cooperação. Gabinete de Comunicação e Imagem. Governo da Cidade de Maputo, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE. **Programa Nacional de Controlo da Malária: Plano Estratégico da Malária 2012-2016**. Direção Nacional de saúde Pública. Cidade de Maputo, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE. **Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019**. Governo de Moçambique. Maputo: Direção de Planificação e Cooperação, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE. **Plano Estratégico da Malária, 2012-2016**. Governo de Moçambique. Cidade de Maputo, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE. Programa Nacional de Controle da Malária. Governo de Moçambique, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE. **Documento Estratégico para o Controle da Malária em Moçambique**. Cidade de Maputo. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório do Programa Nacional de Controle da Malária. Cidade de Maputo, 2006. Disponível em : <<https://www.malariaconsortium.org/userfiles/file/Mozambique/PNCM%20relatorio.pdf>>. Acesso em 23 ago 2022.

MITANO, F., *et al.* Saúde e desenvolvimento na África Subsaariana: uma reflexão com enfoque em Moçambique. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2016.

MITNTZBERG, H. **Managing: desvendando o dia a dia da gestão**, 2010. Tradução Francisco Oliveira, W., *et al.* Teoria Geral da Administração. Faculdade de Tecnologia e Ciências-Ensino a Distância, 1998.

MITNTZBERG, H. **Managing: desvendando o dia a dia da gestão**. Porto Alegre: Bookman, 2010. Caps. 1, 2 e 3 (p. 15-104) & CHIAVENATO, I. Introdução à Teoria Geral da Administração. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

MITNTZBERG, H. **Managing: desvendando o dia a dia da gestão**. Porto Alegre: Bookman, 2010, p.304.

MOURA, M. S. **O método hipotético-dedutivo**, 2013. Disponível em: <<https://livrepensamento.com/2013/10/01/o-metodo-hipotetico-dedutivo/>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

MOTTA, P. R. **Aprendendo sobre a função gerencial. In: Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 16ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

MUHACHA, B. **Processo histórico de municipalização de Moçambique**, 2021. Disponível em: Processo histórico de municipalização de Moçambique - Sópra-Educação (sopra-educacao.com). Acesso em: 10 maio 2021.

MÜLLER & FILHO. Planejamento Estratégico segundo Matus: Proposta e crítica. **Do Natural, do Social e de suas Interações visões geográficas**. Disponível em: [*planejamento.pdf \(unesp.br\)](#), acesso em 12 maio 2021.

NAMICANO, O. S. **Conhecimentos e práticas dos moradores de Mutanha sobre controle de vectores da malária. Cidade de Nampula 2019-2020**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências de Saúde. Universidade de Lúrio. 2020.

NAMUHOLOPA, Ó. M. F. A tentativa de construção do Socialismo em Moçambique: retrospectivas de um passado presente. **Revista Sapiência. Sociedade, Saberes e Práticas educacionais**. v.5, n.º 2. p. 40-59. Universidade Estadual de Goiás-UFG. 2016.

NASCIMENTO, T. L., *et al.* Avaliação do cumprimento das atividades de monitoramento do tratamento e de verificação de cura da malária. **Rev. Escola de Enfermagem**. Universidade de São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/CfytPqR64mpZnympNpjZKsG/?lang=pt>>. Acesso em: 10 set. 2021.

NDIM, J. F. A. & CARDOSO JR. O triângulo do Governo de Carlos Matus e as Disjuntivas Críticas do Planejamento Federal Brasileiro. **Revista Brasileira de Planejamento e Orçamento**. Vol. 10. Brasília, 2020.

NWETI-**Comunicação para a Saúde. Revisão de Literatura sobre Malária**, 2010.

OMBE, J.C. & CATIQUE, I. E. **As Implicações da Descentralização na Gestão das Unidades Sanitárias: Um olhar para o caso do Município de Maputo**. Conferência

desafios social e económica em tempos de crise, organizada pelo IESE. Maputo. 19-21 de Setembro, 2017. Disponível em: <https://www.iese.ac.mz/wp-content/uploads/2017/11/VConflese_Jombe-Catigue.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2022.

OMS. **Divulga Relatório Mundial de Malária, e progresso global ainda precisa ser alcançado** - IBES. Disponível em: <<https://www.ibes.med.br/oms-divulga-relatorio-mundial-de-malaria-e-progresso-global-ainda-precisa-ser-alcancado/>>. Acesso em: 15 abr. 2021.

OPAS/OMS. **MALÁRIA.** Brasília, 2016. Disponível em: <https://www3.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5287:malaria-2&Itemid=875>. Acesso em: 04 dez. 2020.

PAIM, J. S. & TEIXEIRA C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista Saúde Pública**. Vol. 40. São Paulo, 2006, p.74-78,

PAIM, J. S. & TEIXEIRA C. F. Planejamento e gestão: para além da comunicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010.

PEREIRA, A. E., *et al.* **Ações de Controle da Malária. Manual para Profissionais de Saúde na Atenção Básica.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília-Df, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pilicacoes/acoes_controle_malaria_manual.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2022.

PINAFO, E., *et al.* Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciências de Saúde Coletiva**, 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/en/lil-781007>>. Acesso em: 11 set. 2021.

PINHO, L. B. & SANTOS, S. M. A. O processo saúde-doença-cuidado e a logística do trabalho do Enfermeiro na UTI. **Ver Latino- Enfermagem**, 2007.

REQUIXA, M. T. R. S. C. **Investigação Sobre a Malária em Moçambique-utilização dos resultados na tomada de decisão dos programas de controlo.** Dissertação (Mestrado). Universidade Nova de Lisboa, 2012.

ROS, T. **Manual e ferramentas para a construção de parcerias.** International Business Leaders FORUM (IBLF) e Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN), 2003, Disponível em: <<file:///C:/Users/Xavier/AppData/Local/Temp/Partnering-Toolbook-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

RUSSEL, T. L., *et al.* Capacity of National Malaria Control Programmes to implement vector surveillance: a global analysis. **Malária Journal**, 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/mdl-33228725>>. Acesso em: 11 set. 2021.

SAMUEL, H. **A Constituição de 1990 e o Multipartidarismo em Moçambique**. Universidade Pedagógica de Gaza, 2018. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/393074494/A-Constituição-de-1990-e-O-Multipartidarismo-Em-Moçambique>>. Acesso em: 19 jun. 2021.

SEQUEIRA, A. R. **A Malária em Moçambique: Políticas, Provedores de cuidados, Saberes e práticas de gestão da doença**. Centro de Estudos Internacionais. Lisboa, 2019. Disponível em: <https://books.openedition.org/cei/481>>ISBN. 9789898876928. Acesso em: 24 jun. 2021.

SOUZA, K. **Modelo Biomédico**, 2017. Disponível em: <<https://www.trabalhosgratuitos.com/Sociais-Aplicadas/Filosofia/MODELO-BIOMÉDICO-1265077html>>. Acesso em: 24 jun. 2021.

TARLOV, A. R. Public policy frameworks for improving population health. **Annals of the New York Academy of Sciences**. Vol. 896. 1999. p. 281-293. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08123.x> . Acesso em 10 jui. 2021.

TAVARES, C. **Iniciação a visão holística**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Record, 1994.

TEIXEIRA, C. **Enfoques Teórico- Metodológico do Planejamento em Saúde**. in Planejamento em Saúde. Conceitos, Métodos e Experiências. In Universidade Federal da Bahia. Organizadora-TEIXEIRA, C., Ed. EDUFBA. 2010.

TEIXEIRA, S. M. F. Descentralização dos serviços de saúde dimensões analíticas. **Rev. Administração Pública**. Rio de janeiro, 1990.

TENÓRIO, F. G., Org. **Gestão de ONGS. Principais funções gerenciais**. 11ª Ed. Editora- FGV, 2009.

TRIGUEIRO, F. M. C. & MARQUES, N. DE ARAÚJO. Bacharelado em Administração Pública. **Teorias da Administração I**. Departamento de Ciências da Administração. 3ª Ed. Revisada e Ampliada. Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC, 2014.

VIEIRA-DA-SILVA., *et al.* **Análise da implementação da gestão descentralizada em saúde: Estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):355-370, fev, 2007, Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/FqsbngBwN8G338qsq3ts3BQ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

VILÂSBOAS & PAIM, J. S. **Práticas de planejamento e implantação de políticas no âmbito Municipal**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600005>. Acesso: 05 jul.2021.

ZECA, E. J. Limites e fronteiras na África Austral: Moçambique e Processo de Delimitação e Desafios da Reafirmação Fronteiriça na Região. **Revista de Relações Internacionais da UFGD**. Disponível em: <http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/mocoos>. Acesso em: 5 ago. 2022.

Anexo 1 – Descrição de atores chaves entrevistados e questionados

Local	Atores chaves	Subtotal	Total
Direção Municipal de Saúde da Cidade de Maputo	Gestora do PNCM	2	9
	Técnicas de Saúde do PNCM	7	
Serviço de Saúde da Cidade de Maputo	Gestoras do PNCM	2	9
	Técnicos de Saúde do PNCM	4	
	Técnicas de Saúde do PNCM	3	

Anexos 2, 3 e 4-Questionário e roteiro de entrevistas



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CONCENTRAÇÃO EM PLANIFICAÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE**

Este é instrumento de recolha de dados para a realização da Tese do Doutorado em Saúde Coletiva com especialização em Planificação e Gestão em Saúde no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia com o título: “Programa Nacional de Controle de Malária: Análise da gestão na Cidade de Maputo (2014 a 2019)”. A pesquisa abrange os procedimentos de proteção aos participantes da pesquisa diante dos riscos da pesquisa (RESOLUÇÃO nº 466 de 12 de dezembro de 2012).

Anexo 2

Primeiro objetivo específico	Unidade de análise	Roteiro para coleta de dados.
Descrever a gestão do Programa Nacional de	Propósito do governo	<ol style="list-style-type: none"> 1. De que forma as funções da gestão no PNCM no Serviço de Saúde e na Direção Municipal da Saúde, ambos da Cidade de Maputo, estavam previstas? 2. De que forma os Gestores e Técnicos de Saúde no âmbito do PNCM tiveram apoio de organizações governamentais e não governamentais, 2014 a 2019?

<p>Controle de Malária para o enfrentamento da malária na Direção Municipal da Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, 2014 a 2019.</p>		<p>3. Quais foram as condições conjunturais que condicionaram a implementação do PNCM para o enfrentamento da malária no Serviço de Saúde e na Direção Municipal da Saúde, ambos da Cidade de Maputo, 2014 a 2019?</p> <p>4. Existiram personalidades ou partidos políticos que apoiam o Programa Nacional de Controle da Malária?</p>
	<p>Capacidade do governo</p>	<p>1. Descreve a organização e gestão do Sistema Nacional de saúde do PNCM na Cidade de Maputo.</p> <p>2. Na implementação da organização do Sistema Nacional de Saúde e na gestão do PNCM havia recursos suficientes para o controle da malária na Direção Municipal da Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo?</p> <p>3. Na organização do Sistema Nacional de Saúde e gestão no PNCM, quem decidiu sobre a implementação entre a Direção Municipal da Saúde e o Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo?</p> <p>4. Quais foram as ações prioritárias da organização do Sistema Nacional de Saúde e da gestão do PNCM na Direção Municipal da Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo?</p> <p>5. Qual foi o critério da escolha de prioridades na organização do Sistema Nacional de Saúde e na Gestão no âmbito da distribuição de recursos para o enfrentamento da malária no PNCM, 2014 a 2019?</p> <p>6. Em relação às prioridades na distribuição de recursos, havia uma comissão avaliadora para alocação de recursos?</p> <p>7. Havia contradições na distribuição de recursos? Se houveram, como foram superadas as contradições?</p> <p>8. Na organização do Sistema Nacional de Saúde e da gestão havia supervisão de recursos distribuídos e das atividades?</p> <p>9. Qual foi a estratégia que auxiliou a decisão de alocação de recursos na organização do Sistema Nacional de Saúde e gestão no PNCM na Cidade de Maputo?</p> <p>10. Quais foram as condições conjunturais que condicionaram a organização do Sistema Nacional de Saúde e gestão no PNCM para o controle da malária, 2014 a 2019?</p> <p>11. Qual foi o grau de conexão entre a organização do Sistema Nacional de Saúde e gestão com outras organizações para o controle da malária?</p>

		<p>13. Estratégias do Programa?</p> <p>A) Acesso: Os pacientes tiveram acesso a todos os tratamentos e aos materiais de prevenção, nomeadamente: Redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração, TDR para as mulheres grávidas,</p> <p>B) Qualidade: Expansão do diagnóstico microscópico da malária nas Unidades Sanitárias e do TDR. Teste de todos os casos suspeitos. Realização do controle da qualidade, realização da avaliação do PIDOM. Promoção de normas de tratamentos dos casos da malária no sector privado, em coordenação com o Departamento Farmacêutico.</p> <p>C) Eficiência e efetividade: reforço do sistema de vigilância, monitoria e avaliação. Capacidade dos Distritos de reportar casos?</p> <p>D) Parcerias: apoiar os esforços de controle da malária na região da SADC em colaboração com províncias vizinhas. Coordenação com o Ministério da Educação: Formação de Professores, voluntários e alfabetizadores. Envolvimento do Sector privado.</p> <p>E) Parceiros de cooperação? Apoiavam em quê?</p> <p>14. Relações entre a Direção Municipal da Saúde com o Ministério da Saúde e Governo da Cidade, no período de 2014 a 2019.</p> <p>15. Recursos humanos específicos para o tratamento e controle da malária.</p>
	Governabilidade	<p>1. De que forma os Gestores no âmbito da gestão das suas ações no PNCM tiveram apoio de organizações governamentais e não governamentais?</p> <p>2. Quais foram as condições conjunturais que ditaram a implementação da gestão do PNCM no Serviço de Saúde da Cidade de Maputo?</p>

Anexo 3

Primeiro objetivo específico	Unidade de análise	Roteiro para coleta de dados.
Caracterizar a organização do Sistema Nacional de Saúde e gestão do Programa Nacional de Controle da Malária para o	Propósito do governo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quais foram as condições conjunturais que ditaram a escolha da organização do Sistema Nacional de Saúde e da gestão no PNCM do Serviço de Saúde e na Direção Municipal da Saúde, ambos da Cidade de Maputo? 2. Quais foram as condições conjunturais que condicionaram a organização do Sistema Nacional da Saúde no PNCM para o controle da malária, 2014 a 2019? 3. Qual foi o grau de conexão entre a organização do Sistema Nacional de Saúde do PNCM com outras organizações para o controle da malária? 4. Quais foram as principais dificuldades apresentadas na organização do Sistema Nacional de Saúde e gestão no PNCM na Direção Municipal da Saúde e no Serviço de Saúde para o controle de casos e óbitos por malária, na Cidade de Maputo?
o enfrentamento da malária na Direção Municipal da Saúde e no Serviço da Saúde, ambos da Cidade de Maputo, 2014-2019.	Capacidade do governo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Descreve a organização do Sistema Nacional de Saúde e gestão do PNCM na Cidade da Maputo. 2. Na implementação da organização do Sistema Nacional de Saúde e na gestão do PNCM havia recursos suficientes para o controle da malária na Direção Municipal da Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo? 3. Na organização do Sistema Nacional de Saúde e da gestão no PNCM, quem decidiu sobre a implementação entre a Direção Municipal da Saúde e o Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo? 4. Quais foram as ações prioritárias da organização do Sistema Nacional de Saúde e da gestão do PNCM na Direção Municipal e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo? 5. Qual foi o critério da escolha de prioridades na organização do Sistema Nacional de Saúde e na Gestão no âmbito da distribuição de recursos para o enfrentamento da malária no PNCM, 2014-2019?

	Governabilidade	<ol style="list-style-type: none">1. Quais foram as condições conjunturais que ditaram a organização do Sistema Nacional de Saúde e da gestão do PNCM na Direção Municipal da Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo?2. As funções da organização do Sistema Nacional de Saúde e da gestão no Serviço de Saúde e na Direção Municipal, ambos da Cidade de Maputo, estavam previstas no Programa Nacional de Controle da Malária?3. Quais foram as contribuições das organizações governamentais e não governamentais na organização do Sistema Nacional de Saúde e na gestão do PNCM na Direção Municipal da Saúde e no Serviço de Saúde durante a implementação do PNCM, ambos da Cidade de Maputo?4. Durante a implementação da organização do Sistema de Nacional da Serviço e da gestão do PNCM, os gestores tiveram apoio de organizações governamentais e não governamentais?6. Em relação às prioridades na distribuição de recursos, havia uma comissão avaliadora para alocação de recursos?7. Havia contradições na distribuição de recursos? Se houveram, como foram superadas as contradições?8. Na organização do Sistema Nacional de Saúde e da gestão havia supervisão de recursos distribuídos e das atividades?9. Qual foi a estratégia que auxiliou a decisão da alocação de recursos no Sistema Nacional de Saúde e na gestão no PNCM na Cidade de Maputo?10. Quais foram as condições conjunturais que condicionaram a organização do Sistema Nacional de Saúde e a gestão no PNCM para o controle da malária, 2014 a 2019?11. Qual foi o grau da conexão entre a organização do Sistema Nacional de Saúde e da gestão com outras organizações para o controle da malária?12. Quais foram as agências financiadoras do PNCM na Direção Municipal da Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, que auxiliaram a decisão da alocação de recursos?
--	-----------------	---

Anexo 4

Primeiro objetivo específico	Unidade de análise	Roteiro para coleta de dados.
Analisar a contribuição da gestão do Programa Nacional de	Propósito do governo	<p>2. Quais foram as condições conjunturais que levaram a fixação dos métodos na gestão do PNCM na Cidade de Maputo?</p> <p>2. Quais foram os métodos que foram privilegiados pelos gestores na gestão das ações do PNCM para o controle da malária na Cidade de Maputo?</p> <p>3. De que forma as estratégias (acesso, qualidade, eficácia e eficiência) e intervenções (métodos e técnicas) no PNCM contribuíram para o controle da malária na Direção Municipal da Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo?</p>
Controle da Malária para o enfrentamento da malária na Direção Municipal e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de	Capacidade do governo	<p>1. Quais foram os métodos usados na gestão do PNCM na Cidade de Maputo?</p> <p>2. Na sua análise, acha importante planificar os métodos para o controle de casos e óbitos por malária?</p> <p>3. Quais foram os métodos que foram mais aplicados para o controle da malária no PNCM na Cidade de Maputo?</p> <p>4. Qual foi o critério da escolha do método na gestão do PNCM na Cidade de Maputo?</p> <p>5. Na gestão havia um período específico para aplicação de métodos? Se for sim, qual foi e porquê?</p> <p>6. Em que consistia a escolha do método?</p> <p>7. Na gestão precisou do apoio técnico na aplicação dos métodos? Se for sim, qual foi o apoio técnico que precisou?</p> <p>8. Na gestão do PNCM, as atividades realizadas foram registradas?</p> <p>9. Em todos os Distritos Urbanos/Municipais eram usados os mesmos métodos? Se for não, porquê?</p> <p>10. Quais foram os métodos escolhidos pelos parceiros de cooperação do PNCM na Cidade de Maputo?</p> <p>11. Quais foram os métodos usados para a contratação dos Agentes Polivalentes Elementares da Saúde na Cidade de Maputo?</p>
Maputo, 2014 a 2019	Governabilidade	<p>1. Quais foram as condições conjunturais que ditaram a fixação dos métodos na gestão do PNCM na Direção Municipal da Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo.</p> <p>2. Quais foram os métodos privilegiados na gestão do PNCM na Direção Municipal da Saúde e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, para o controle de casos e óbitos por malária?</p> <p>3. De que forma os gestores tiveram apoio institucional e de outras organizações durante a implementação do PNCM, 2014 a 2019?</p>

Anexo 5 Fontes documentais

N ^{os}	Documento	Fonte	Descrição do documento
1	Dados de casos e óbitos por malária no período de 2014 a 2019.	Direção da Saúde do Município e Serviço da Saúde, Ministério da Saúde de Moçambique, ambos da Cidade de Maputo.	Informações confidenciais
2	Relatório de dados da malária de 2014 a 2019	Direção da Saúde do Município e Serviço da Saúde, Ministério da Saúde de Moçambique, ambos da Cidade de Maputo.	Informações confidenciais
3	Plano estratégico de Controle da Malária (2013).	Direção da Saúde do Município e Serviço da Saúde, ambos da Cidade de Maputo.	Domínio público
4	Programas Nacionais de Controle da Malária	Direção da Saúde do Município e Serviço da Saúde, ambos da Cidade de Maputo.	Domínio público
5	Lei da descentralização	Direção da Saúde do Município da Cidade de Maputo.	Domínio público
6	Estrutura organizacional da Direção da Saúde da Cidade de Maputo	Serviço de Saúde da Cidade de Maputo	Informações confidenciais
7	Estrutura organizacional da Direção da Saúde da Cidade de Maputo	Direção da Saúde do Município da Cidade de Maputo	Informações confidenciais

Anexo 6 Plano de análise

Fase	Ações	Data da submissão	Data de aprovação	Negociação	Recolha e Análise
1ª	Apresentamos o projeto no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA)	21/06/2021	04/08/2021		
2ª	Produção de cartas e solicitação de autorização na Direção da Saúde e no Serviço de Saúde do Município, ambos da Cidade de Maputo.	06/09/201	15 e 21/09/2021		
3ª	Envio do projeto para Comitê de Ética em pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.	16/12/2021	22/12/2021		
	Envio do Projeto para o Comitê Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) do Ministério da Saúde da República de Moçambique.	04/01/2022	20/01/2022		
4ª	Identificação de atores chaves: Gestoras e Técnicos de Saúde do Programa Nacional de Controle da Malária no Serviço da Saúde e na Direção da Saúde do Conselho Municipal, ambos da Cidade de Maputo, 2014 a 2019.	24/01/2022			
5ª	Conversa com as Gestoras e os Técnicos de Saúde e solicitação de assinatura dos termos de consentimentos, entrega de questionários e agendamentos das devolutivas.	26/01/2022		26/01/2022	

6ª	Recolha dos questionários e início de análise da informação enquadrando nas unidades de análises e nas respectivas categorias operacionais.				2 e 3/02/2022
7ª	Agendamentos das entrevistas com atores chaves para o preenchimento de lacunas pendentes durante a análise dos questionários.				22/02/2022
8ª	Realização das entrevistas com as Gestoras e os Técnicos de Saúde de forma presencial.				02 a 05/03/2022
9ª	Transcrição das entrevistas e enquadramento nas unidades de análise e nas respectivas categorias operacionais.				05 a 20/03/2022 e

Anexo 7 Solicitação de autorização no Serviço da Saúde da Cidade de Maputo

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA Rua
Basílio da Gama S/N. Canela-40.110-040. Salvador-Bahia-Brasil
E-mail: ppgsc@ufba.br-(71)3283-7410/7416**

Salvador, 3 de setembro de 2021

**Ao Serviço de Saúde da Cidade de
Maputo**

José Xavier Lourenço, matrícula nº. 2019102528, regularmente matriculado e frequenta o 3º ano do Curso de Doutorado em Saúde Coletiva, área de concentração Planejamento e Gestão em Saúde, do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), está desenvolvendo o seu projeto de pesquisa “Programa Nacional de Controle da Malária: Análise da Gestão na Cidade de Maputo-Moçambique (2014-2019), e necessita da autorização da instituição onde planeja realizar sua pesquisa.

Para tal, o Doutorando precisa coletar dados inerente a malária. Neste contexto, vem mui respeitosamente solicitar autorização para que o Doutorando possa realizar o seu trabalho de pesquisa.

Colocámo-nos à disposição para maiores esclarecimentos e, desde já agradecemos a V. Excia pela atenção e aquiescência.

Atenciosamente

Prof. Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva PPGSC/ISC/UFBA

Anexo 8 Solicitação de autorização na Direção Municipal da Saúde da Cidade de Maputo

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
Rua Basílio da Gama S/N. Canela-40.110-040. Salvador-Bahia-Brasil
E-mail: ppgsc@ufba.br-(71)3283-7410/7416

Salvador, 3 de Setembro de 2021

Director/a Municipal de Saúde
Conselho Municipal da Cidade de Maputo

José Xavier Lourenço, matrícula nº. 2019102528, regularmente matriculado e frequenta o 3º ano do Curso de Doutorado em Saúde Coletiva, área de concentração Planejamento e Gestão em Saúde, do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), está desenvolvendo o seu projeto de pesquisa “Programa Nacional de Controle da Malária: Análise da Gestão na Cidade de Maputo-Moçambique (2014-2019), e necessita da autorização da instituição onde planeja realizar sua pesquisa.

Para tal, o Doutorando precisa coletar dados inerente a malária. Neste contexto, vem mui respeitosamente solicitar autorização para que o Doutorando possa realizar o seu trabalho de pesquisa.

Colocámo-nos à disposição para maiores esclarecimentos e, desde já agradecemos V. Excia pela atenção e aquiescência.

Atenciosamente;

Prof. Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PPGSC/ISC/UFBA

Anexo 9 Parecer sobre recolha de dados da Direcção Municipal de Saúde da Cidade de Maputo



**CONSELHO MUNICIPAL
PELOURO DE SAÚDE E ACÇÃO SOCIAL
DIRECÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Exmo Senhor Jose Xavier Lourenço

N/Ref nº 216SG/DMS/2021

Maputo 15 /09/2021

Assunto: Parecer sobre Recolha de Dados

A Direcção Municipal de Saúde, apresenta os melhores cumprimentos e acusa a recepção, da nota sem referência datada de 03 de Setembro de 2021 solicitando autorização da recolha de dados a para realizar uma pesquisa com o tema "**Programa Nacional da Malaria :Análise da Gestão na Cidade de Maputo-Moçambique (2014-2019)**".

Sobre o assunto em epígrafe, vimos através desta informar somos de parecer favorável, na colheita de informação, e no fim da pesquisa deverá partilhar os resultados com Direcção Municipal de Saúde.


Sem mais de momento cordiais saudações.

A Directora Adjunta

Emília Cumaquela

(Médica de clínica Geral de 1ª, MPH)

Anexo 10 Credencial para a recolha de dados na Direção Municipal de Saúde da Cidade de Maputo



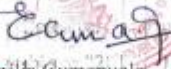
**CONSELHO MUNICIPAL
PELOURO DE SAÚDE E ACCÃO SOCIAL
DIRECÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Credencial

Serve a presente para credenciar o estudante da Universidade Federal da Bahia Instituto de Saude Coletiva, o **Senhor José Xavier Lourenço**, do curso de 3º ano, Doutoramento em Saúde Colectiva, na area de concentração Planejamento e Gestao em Saúde do Programa de pos-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Programa Nacional da Malaria: Análise da Gestão na Cidade de Maputo-Mocambique "2014-2019", para **Recolha de Dados da Malaria**, no periodo de Três (3) meses, nos Distritos Municipais.


Credencial

Maputo, **1 de Setembro de 2021**

A Directora Substituta

Emília Cumaquela
 (Médica de Clínica Geral de 1ª)

A Nossa Visão: Maputo- Cidade mais Bela, limpa e empreendedora e próspera
Praça da Independência Caixa Postal 252, Telef+258(21)320267, Fax +258(21)305580, Maputo-Mocimbiqne

Anexo 11 Autorização para a recolha de dados no Serviço da Saúde da Cidade de Maputo


REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
GOVERNO DA CIDADE DE MAPUTO
DIRECÇÃO DE SAÚDE DA CIDADE DE MAPUTO

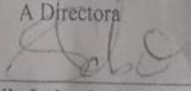
Ao
Sr. José Xavier Lourenço
Estudante do Curso de Doutoramento em Saúde
Colectiva na Universidade Federal da Bahia
= Maputo =

Nota n° 189 / 024.01/DSCM – DFPS/2020
Assunto: Resposta ao pedido de Carta de Cobertura

Em resposta a carta datada de 22 de Novembro de 2019, sobre o assunto em epígrafe, a DSC – Maputo vem por este meio informar que está autorizado a recolha de dados nesta Direcção, para sustentar o trabalho o seu projecto de pesquisa, cujo tema é “*Gestão do Programa de Controlo da Malária na Cidade de Maputo e Província de Maputo*”.

Para materializar à intenção, o interessado deve contactar o Departamento de Saúde Pública da DSC – Maputo.

Com os melhores cumprimentos.

Maputo, 14 de Janeiro de 2020
A Directora

Sheila Lobo de Castro
(Médica de Clínica Geral da 1ª)

C.c: DSP

Endereço: Direcção de Saúde da Cidade de Maputo, Av. Maguigama nº 1240, C.P. Nº 2217, Telf: 21 360276/7, Fax 21 430212, Maputo

Anexo 12 Aprovação do Comité Nacional de Bioética para a Saúde da República de Moçambique para a recolha de dados.



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA PARA A SAÚDE
IRB00002657

Exmo. Senhor
Dr. José Xavier Lourenço
ISC/UFBA

Ref:09/CNBS/21

Data 20 de Janeiro de 2022

Assunto: Aprovação do Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) ao protocolo de estudo intitulado: "*Programa Nacional de Controle da Malária: análise da gestão na cidade de Maputo-Moçambique*"

O Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) analisou as correcções efectuadas no protocolo de estudo intitulado: "*Programa Nacional de Controle da Malária: análise da gestão na cidade de Maputo-Moçambique*", Registado no CNBS com o número 12/CNBS/2021, conforme os requisitos da Declaração de Helsínquia.

Não havendo nenhum inconveniente de ordem ética que impeça a realização do estudo, o CNBS dá a sua devida aprovação aos seguintes documentos:

- Protocolo de estudo, *versão S/N de 10 de Janeiro de 2022;*
- Consentimento Informado, *Versão S/N de 10 de Janeiro de 2022;*
- *Instrumento de recolha de dados, S/n de versão.*

Todavia, o CNBS informa que:

- 1- Qualquer alteração a ser introduzida no protocolo, incluindo os seus anexos deve ser submetida ao CNBS para aprovação.
- 2- A presente aprovação não substitui a autorização administrativa.
- 3- Não houve declaração de conflitos de interesse por nenhum dos membros do CNBS.
- 4- A aprovação terá a validade de um ano, terminando esta a 20 de Janeiro de 2023. Os investigadores deverão submeter o pedido de renovação da aprovação um mês antes de terminar o prazo.

Endereço:
Ministério da Saúde - 2º andar dto
Av. Eduardo Mondlane / Salvador Allende
Maputo - Moçambique

C.Postal: 264
Telefone: +258 82 406 6350
E-mail: cnbsmocambique@gmail.com

- 5- Recomenda-se aos investigadores que mantenham o CNBS informado do decurso do estudo.
- 6- A lista actualizada dos membros do CNBS esta disponível na secretaria do Comité.

Sem mais do momento, queiram aceitar as nossas mais cordiais saudações.

O Presidente

Dr. João Fernando Lima Schwabach



Anexo 13 Aprovação do Comitê do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia para a coleta de dados.

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA MALÁRIA: ANÁLISE DA GESTÃO NA CIDADE DE MAPUTO-MOÇAMBIQUE no período de 2014 a 2019

Pesquisador: José Xavier Lourenço

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53634621.4.0000.5030

Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva - UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.184.743

Apresentação do Projeto:

A malária é uma doença infecciosa que tem cura, não é contagiosa, é parasitária que pode evoluir de uma forma rápida no ser humano e se tornar grave. Portanto, a malária é transmitida pela picada do mosquito do gênero *Anopheles* infectados com o *Plasmodium* e pelo contato direto com o sangue infectado com o *Plasmodium* (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, S/D). Entretanto, a malária continua sendo um problema de saúde pública em Moçambique. As ações de controle da malária baseadas nos determinantes de saúde local em Moçambique são antigas. O presente estudo tem como finalidade, analisar a gestão do Programa Nacional de Controle de Malária na Cidade de Maputo, no período de 2014 a 2019. De acordo com os estudos analisados, a malária continuava sendo preocupante em Moçambique, onde na Cidade de Maputo foram registrados 33.871 casos de malária e 36 óbitos por malária no primeiro semestre de 2014 e continuava sendo a principal doença que leva a população a procurar os serviços de saúde a nível local. Neste contexto, o estudo visa, especificamente, analisar o Programa Nacional do Controle da Malária, descrever a gestão e a organização do Programa Nacional do Controle da Malária e por fim, examinar a contribuição da gestão do Programa Nacional de Controle da Malária para o enfrentamento da malária no Município e no Serviço de Saúde, ambos da Cidade de Maputo, no período de 2014 a 2019.

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Caneta

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7419

E-mail: cepisc@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 5.184.743

descentralização de serviços de saúde. Este estudo de caso será enquadrado na pesquisa qualitativa, método descritivo e orientado pelas seguintes técnicas: entrevista semiestruturada, questionário, pesquisa documental e bibliográfica, bem como a utilização de uma amostragem não aleatória ou dirigida. Os atores-chave serão os gestores e os técnicos de saúde do Programa Nacional de Controle da Malária ao nível do Município e no Serviço de Saúde, ambos na cidade de Maputo. Critério de Inclusão: Para a efetivação do estudo, serão entrevistados e questionados 11 (onze) Gestores e 7 (sete) Técnicos de Saúde que acompanharam o processo de implementação do Programa Nacional de Controle da Malária, na cidade de Maputo, no período de 2014-2019. Critério de Exclusão: Para a realização do presente estudo, serão excluídos das entrevistas e dos questionários todos os Gestores e Técnicos de Saúde que não exerceram funções de gestão durante o processo da implementação do Programa Nacional de Controle da Malária, na cidade de Maputo, no período de 2014 a 2019.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória: termo de anuência, Declaração de não cooperação estrangeira, Declaração de compromisso com as normas das resoluções CNS 466/12 e 510/16; Declaração de compromisso para início de coleta de dados; currículo lattes; orçamento; cronograma; Projeto de pesquisa e TCLE estão de acordo com as normas estabelecidas pelo CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os termos de apresentação obrigatória: termo de anuência, Declaração de não cooperação estrangeira, Declaração de compromisso com as normas das resoluções CNS 466/12 e 510/16; Declaração de compromisso para início de coleta de dados; currículo lattes; orçamento; cronograma; Projeto de pesquisa e TCLE estão de acordo com as normas estabelecidas pelo CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA analisou, na sessão do dia 21 de dezembro de 2021 o processo referente ao projeto original em tela.

O projeto atendeu de forma adequada e satisfatoriamente às exigências da Resolução nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta e a sua aplicabilidade e

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7419

E-mail: cepisc@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 5.184.743

conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à sua realização classificando-o como APROVADO.

Solicita-se a/o pesquisador/a o envio a este CEP de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1851995.pdf	16/12/2021 17:36:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhadojose.pdf	16/12/2021 17:32:13	José Xavier Lourenço	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEX.pdf	16/12/2021 17:07:11	José Xavier Lourenço	Aceito
Cronograma	Cronograma_pes_jose.pdf	11/12/2021 05:21:51	José Xavier Lourenço	Aceito
Outros	Declaracao_nao_coop_estrangeira.pdf	11/12/2021 04:03:20	José Xavier Lourenço	Aceito
Orçamento	Orcamento_projeto.pdf	23/11/2021 18:02:29	José Xavier Lourenço	Aceito
Outros	Parecer_cidade_maputo.pdf	23/11/2021 17:57:39	José Xavier Lourenço	Aceito
Declaração de concordância	Credencial.pdf	23/11/2021 17:52:29	José Xavier Lourenço	Aceito
Outros	Declaracao_financiamento.pdf	23/11/2021 17:49:29	José Xavier Lourenço	Aceito
Outros	Lattes_Eduardo_Mota.pdf	23/11/2021 17:43:28	José Xavier Lourenço	Aceito
Outros	Cv_jose_lattes.pdf	23/11/2021 17:38:13	José Xavier Lourenço	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisador_jose.pdf	23/11/2021 17:35:23	José Xavier Lourenço	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadores_mota.pdf	23/11/2021 17:02:24	José Xavier Lourenço	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinado.pdf	23/11/2021 16:53:28	José Xavier Lourenço	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7419

E-mail: cepisc@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 5.184.743

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 22 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Alicione Brasileiro Oliveira Cunha
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7419

E-mail: cepisc@ufba.br

Anexo 14- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Estudo: Programa Nacional de Controle da Malária: Análise da Gestão na Cidade de Maputo-Moçambique (2014-2019).

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Eduardo Luiz Andrade Mota

O/a Senhor/a está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o/a Senhor/a não consegue entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los. A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) tem como objetivo explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Objetivo do estudo

O estudo visa, especificamente, analisar o Programa Nacional do Controle da Malária, descrever a gestão e a organização do Programa Nacional do Controle da Malária e por fim, examinar a contribuição da gestão do Programa Nacional de Controle da Malária para o enfrentamento da malária na Cidade de Maputo, no período de 2014 a 2019. O estudo justifica-se pelo facto de a malária continuar a ser um problema de saúde pública em Moçambique, em particular na Cidade de Maputo, local do estudo. Para alcançar os objetivos acima descritos, o estudo será interpretado à luz do Triângulo de governo de Carlos Matus (1993), onde serão enquadrados os seguintes conceitos: gestão de programa, planejamento de governo e descentralização de serviços de saúde. Este estudo de caso será enquadrado na pesquisa qualitativa, método descritivo e orientado pelas seguintes técnicas: entrevista semi-estruturada, questionário e pesquisa documental, bem como a utilização de uma amostragem não aleatória ou dirigida. Os atores-chave serão os Gestores e Técnicos de Saúde do Programa Nacional de Controlo da Malária na Cidade de Maputo.

Duração do estudo

A duração total do estudo é de 30 dias. A sua participação direta será de aproximadamente no máximo 40 minutos, durante este período de tempo, o/a senhor/a responderá o questionário durante 20 minutos e no outro dia será

entrevistada/o durante 20 minutos, no sentido de fechar as possíveis lacunas que possam surgir.

Procedimentos do estudo

Após entender e concordar em participar, o/a senhor/a responderá o questionário e será entrevistado e gravado em áudio. Adicionalmente, o/a senhor/a será solicitado registros de casos e óbitos por malária durante o período de 2014 a 2019. Não há necessidade de coleta de sangue e nem de exames.

Riscos potenciais, efeitos colaterais e desconforto

Durante o desenvolvimento do trabalho, o presente estudo implica riscos mínimos no âmbito do fornecimento de informação pertinentes correspondentes ao período de 2014 a 2019, tais como: perda de confidencialidade por parte dos participantes da pesquisa, transmissão da COVID-19, cansaço, desconforto durante a entrevista por parte dos Gestores e Técnicos de Saúde na prestação de informações. Neste contexto, a pesquisa prevê evitar os riscos previstos e não previstos durante o decurso do trabalho, isto é, as duas técnicas de pesquisa previstas, nomeadamente: questionário e entrevista, serão realizadas da seguinte maneira: os questionários serão enviados e retornados via e-mail e as entrevistas serão realizadas via google meet para evitar o contato com os entrevistados durante este período da pandemia da COVID-19. No caso em que as duas técnicas (questionário e entrevistas) ocorrerem de forma presencial neste período de pandemia da COVID-19, o pesquisador e entrevistado vão pautar pelas medidas de segurança contra COVID-19, nomeadamente: 1. Evitar o aperto de mãos e abraços. 2. Vão privilegiar o uso de máscaras durante as entrevistas, na assinatura do termo de consentimento informado e na entrega do questionário. 3. Vão pautar em realizar as entrevistas em locais abertos. 4. Vão desinfetar as mãos, as cadeiras e as mesas de trabalho antes do início das atividades e depois. 5. No caso de o entrevistado estiver a sentir desconforto em responder algumas questões, sentir febre, tosse e achar pertinente em continuar a participar, o pesquisador poderá solicitar a interrupção e remarcação da entrevista para quando o entrevistado estiver melhor. 6. O pesquisador só poderá se dirigir ao entrevistado quando se sentir bem de saúde e sem nenhum sintoma de COVID19. 7. No caso de tosse durante a entrevista, o pesquisador e o entrevistado devem usar um lenço descartável e em seguida descartar de imediato numa lata de lixo com uma tampa e, em seguida, higienizar as mãos. 8. Durante a realização das entrevistas, o pesquisador e o entrevistado devem pautar pelo distanciamento social de dois metros ou quatro metros quadrados durante as entrevistas e higienização frequente das mãos. 9. O pesquisador e o entrevistado devem garantir a realização da entrevista num ambientes arejados com janelas e portas abertas. No caso de cansaço e desconforto, o entrevistado tem a liberdade de descansar e responder as perguntas que achar pertinentes.

De maneira a garantir o sigilo da informação, o pesquisador e o entrevistado devem pautar em realizar a entrevista numa sala ou num espaço livre sem a presença dos colegas da instituição, isto é, o pesquisador e o entrevistado apenas, e quanto ao

questionário será enviado no e-mail do entrevistado após o consentimento e garantia de que o mesmo tem acesso sozinho, e quanto for a entrega presencial, o pesquisador vai pautar pela entrega pessoal e solicitar que o entrevistado responda de forma individual e garantir que os outros funcionários da instituição não tenham acesso as respostas. No final, os formulários de pesquisa serão codificados e guardados pelo pesquisador em local seguro e de acesso apenas do pesquisador. Os seus dados da pesquisa serão tratados com confidencialidade e todas as informações serão tratadas com sigilo. No final da pesquisa, os dados serão publicados, mas os nomes ou qualquer identificação dos participantes não serão citados. Os materiais, tais como: gravações e questionários respondidos serão mantidos em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e com o fim deste prazo, os mesmos (as gravações e formulários do questionário respondidos) serão destruídas.

Benefícios para o participante

O/a Senhor/a receberá através do seu e-mail informações inerente aos pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaça na gestão do Programa Nacional de Controlo da Malária, bem como, permitir-lhes-á compreender o passado e o presente por forma a perspectivar melhor os próximos modelos de gestão. Ainda o estudo oferecerá uma nova abordagem interdisciplinar, na medida em que vai articular as informações políticas inerentes a gestão de serviços de saúde, informações epidemiológicas pertencentes a malária e determinantes sociais de saúde que condicionam e expõem a população às novas infecções por malária, que vão contribuir na gestão, prevenção e controlo da malária na Cidade de Maputo e noutras regiões do país.

Compensação

O/a Senhor/a não receberá nenhuma compensação para participar nesta pesquisa e também não terá nenhuma despesa adicional.

Participação voluntária/desistência do estudo

A participação do o/a Senhor/a neste estudo é totalmente voluntária, ou seja, o/a Senhor/a somente participa se quiser. A não participação no estudo não implicará alteração nas atividades e nas relações com outros profissionais e superiores hierárquicos na gestão do programa. Após assinar o consentimento, o/a Senhor/a terá total liberdade de retirá-lo a qualquer momento e deixar de participar do estudo se assim o desejar, sem qualquer penalização.

Novas informações

Qualquer nova informação que possa afetar a sua segurança ou influenciar na sua decisão de continuar a participar no estudo será fornecida ao Senhor/a por escrito.

Quem devo entrar em contato em caso de dúvida

A qualquer momento do estudo, o/a Senhor/a terá acesso aos pesquisadores responsáveis deste estudo para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os responsáveis pelo estudo nesta instituição são: o Professor Dr. Eduardo Mota-emota@gmail.com e a Doutorando José Xavier Lourenço - wernoxavier@gmail.com (+2588788682823). Ainda em caso de dúvida, poderá contratar o Comitê de ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, que aprovou este estudo, no seguinte endereço: Rua Basílio da Gama, 316 - Canela, Salvador - BA, 40110-040, telefone +55 (71)993317516 ou (71) 3283-7409, no horário de funcionamento da segunda a sexta feira, no intervalo das 8:00 às 12:30 e ao Comitê Nacional de Bioética para a Saúde, que aprovou este estudo, no seguinte endereço: Ministério da Saúde-2º andar dto, Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende, Cidade de Maputo, República de Moçambique, C. Postal 264, Telefone : +258824066350, no horário de funcionamento de segunda a sexta feira, no intervalo das 7:30 às 15:30 ou pelo seguinte e-mail: cnbsmocamique@gmail.com. Portanto, se leu e entendeu, por favor assinar este documento que será feito em duas vias e uma delas será entregue para o/a Senhor/a. Eu autorizo a utilização dos meus registros de casos e óbitos por malária, relatório das atividades e a gravação em áudio de minha entrevista para o pesquisador, autoridades regulatórias e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição.

Nome do participante da pesquisa (letra de forma ou à máquina) e Data

_____ / _____ / _____

Assinatura da Pessoa Obtendo o Consentimento

Data

_____ / _____ / _____