



Ana Rita Sequeira

A Malária em Moçambique: Políticas, Provedores de Cuidados, Saberes e Práticas de Gestão da Doença

Centro de Estudos Internacionais

Capítulo II – Malária: uma perspectiva biomédica

Editora: Centro de Estudos Internacionais

Lugar de edição: Lisboa

Ano de edição: 2017

Online desde: 11 dezembro 2019

coleção: ebook'IS

ISBN eletrónico: 9789898876928



<http://books.openedition.org>

Refêrencia eletrónica

SEQUEIRA, Ana Rita. *Capítulo II – Malária: uma perspectiva biomédica* In : *A Malária em Moçambique: Políticas, Provedores de Cuidados, Saberes e Práticas de Gestão da Doença* [en ligne]. Lisboa : Centro de Estudos Internacionais, 2017 (généré le 10 septembre 2020). Disponible sur Internet : <<http://books.openedition.org/cei/490>>. ISBN : 9789898876928.

CAPÍTULO II

MALÁRIA: UMA PERSPECTIVA BIOMÉDICA

2.1 Historial biomédico da malária: um resumo

O presente subcapítulo pretende expor, de modo sucinto, o historial biomédico da malária, destacando alguns factos e desenvolvimentos no controlo da doença em referência, nas sociedades europeia e norte-americana. A parcialidade desta análise, ao privilegiar a bibliografia mais acessível à investigadora, exclui as sociedades asiáticas, onde, por exemplo, a utilização da planta artemisinina (ou *qinghaosu*) já surge registada em textos médicos chineses, há 2000 anos (Packard, 2007: 115) e que, atualmente, faz parte das terapêuticas biomédicas, sendo considerada um fármaco decisivo no tratamento da malária.

Tendo presente a limitação apontada, serão apresentados dados sobre a extensão da malária, a nível mundial, dados globais sobre o financiamento de atividades de controlo e, por fim, a caracterização biomédica desta patologia.

2.1.1 A malária até ao século XX

A origem da malária tem sido amplamente discutida entre investigadores das ciências biomédicas, sendo considerada um das doenças infecciosas mais antigas. A génese e a transmissão dos parasitas da malária (*Plasmodium*) têm sido debatidas, com base em argumentos, designadamente a sua origem não humana – através dos chimpanzés, outros primatas e galinhas –, a sua origem humana ou coespeciação¹, o grau de imunidade das populações, a adaptação dos vetores às condições climáticas e o tipo de fixação das populações, entre outros² (Webb Jr., 2009: 43-54). A existência de cinco parasitas que, atualmente, infetam os humanos – *Plasmodium malariae*, *Plasmodium ovale*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium falciparum* e *Plasmodium knowlesi* – e as análises genéticas apontam para que os parasitas tenham evoluído a partir de África³, com a população dos primeiros homínídeos que divergiram dos grandes primatas, saindo da savana africana, há 5 milhões de anos (Packard, 2007: 22).

Entre 100 000 e 50 000 a. C., os primeiros homens modernos iniciam a migração que viria a dar origem aos primeiros euro-asiáticos modernos, deixando para trás vários insetos e animais tropicais, que serviam de repositório e transmissor,

¹ Processo pelo qual uma espécie diverge, produzindo duas ou mais espécies descendentes. Neste caso, o *P. falciparum* e *P. reichenowi* teriam evoluído a partir de um parasita ancestral comum, independentemente dos seus respectivos hospedeiros, os seres humanos e os chimpanzés, respectivamente, ao longo dos últimos 5 a 7 milhões de anos (Rich *et al.*, 2009: fig. 1).

² Para um maior desenvolvimento deste tema, ver Carter e Mendis (2002), “*Evolutionary and Historical Aspects of the Burden of Malaria*”.

³ Em oposição a esta teoria, Escalante *et al.* advogam que o *P. vivax* deriva de uma espécie existente em macacos, no Sudeste Asiático, estando datada a sua origem entre 45 680 e 81 607 anos atrás (Escalante *et al.*, 2005).

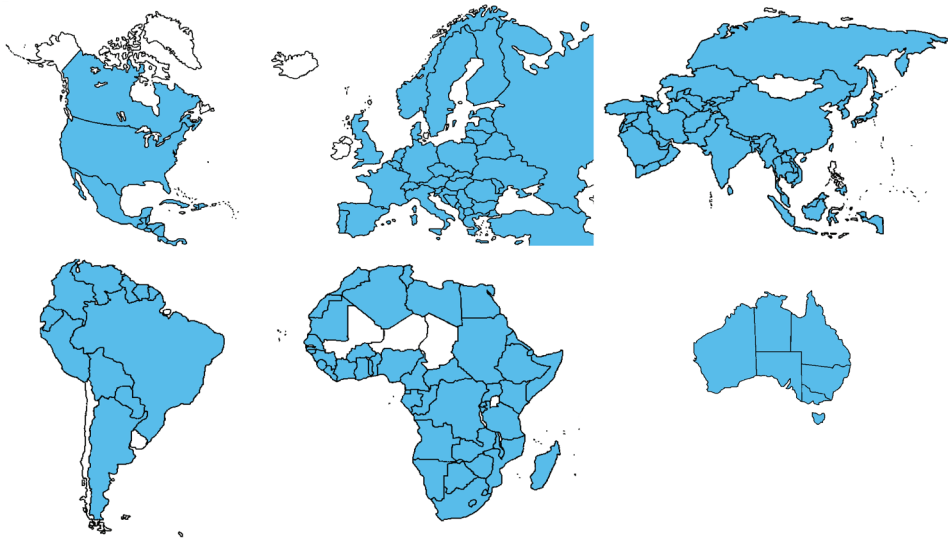
assim como várias doenças tropicais, nomeadamente a febre-amarela, tripanosomíase, cegueira dos rios e a elefantíase (Webb Jr., 2009: 42). Os parasitas da malária, transportados no seu sangue, viriam a encontrar, no novo ambiente, uma vasta variedade de insetos da espécie *Anopheles*, como vetor de transmissão. Julga-se que a malária terá afetado as grandes civilizações milenares, havendo documentos chineses com referências à doença, em 2700 a. C., tábuas de argila da Mesopotâmia, a partir de 2000 a. C., papiros egípcios de 1570 a. C. e textos hindus de 600 a. C. (Cox, 2010: 1).

O crescente contacto entre os povos, por motivos comerciais e militares, assim como a existência progressiva de aglomerados populacionais que requereram a prática da agricultura de um modo extensivo e, ainda, a domesticação de animais viriam a alterar a ecologia das regiões e a imunidade dos indivíduos aos quais os parasitas e os vetores se adaptaram (Webb Jr., 2009, 18-91). A domesticação de animais e a agricultura criaram uma nova ordem epidemiológica.

De acordo com as evidências apresentadas por Webb Jr., no seu livro *"Humanity's Burden: A Global History of Malaria"* (2009) e pela consulta de outros autores (Fossmark e Bergström, 1994; Huldén, Huldén e Heliövaara, 2005; Hulden e Hulden, 2009) foi possível reconstituir a distribuição da malária, por países e continentes, até ao início do século XX, quando foi criada a Comissão da Malária pela Liga das Nações (Webb Jr., 2009: 145). Como é possível observar, ela teve uma vasta dispersão, a nível mundial, à exceção de alguns países cujas condições ambientais não permitiram a reprodução do parasita e onde a fixação humana era muito reduzida. Uma vez que não foi possível encontrar um mapa que ilustrasse a distribuição geográfica da malária até ao início do século XX, com base na pesquisa bibliográfica realizada, foram criados os mapas da Figura 2.1. Uma limitação deve ser assinalada: a seleção do país não significa que a doença estivesse presente em todo o território. A título de exemplo, na Austrália apenas na zona costeira norte e na região da Tasmânia se constata o registo de casos de malária e a identificação da espécie. Nos Estados Unidos da América, houve uma demarcação notória entre o norte, livre de malária, e o sul, com áreas pantanosas, população escrava, plantações agrícolas e malária.

Esta doença que, atualmente, possui uma elevada morbimortalidade nos países tropicais africanos, há menos de um século afetava quase toda a população mundial.

Figura 2.1 – Distribuição da malária por continentes, até ao início do século XX



Os ideais iluministas dos séculos XVI-XVIII viriam a criar as bases fundacionais da medicina científica, que se afirmou, no século XIX, com o reconhecimento da teoria dos germes. Louis Pasteur, Robert Koch e Joseph Lister são, apenas, alguns nomes dos cientistas que viriam a fundar a microbiologia, no final do século XIX e a detetar não só os agentes causadores da tuberculose (R. Koch), da cólera (L. Pasteur e R. Koch) e do antraz (R. Koch e L. Pasteur) como também as técnicas de esterilização (J. Lister), pasteurização e fermentação (L. Pasteur).

As descobertas do final do século XIX viriam, também, a transformar o rumo da prevenção e tratamento dessa patologia, quando, em 1880, Alphonse Laveran encontra o parasita da malária no sangue humano (Packard, 2007: 115) e, dezoito anos depois, Ronald Ross publica um artigo onde explicita o papel do mosquito anofelino na transmissão da malária, em pássaros (Packard, 2007: 115). Nesse mesmo ano, Giovanni Grassi comprova a transmissão da malária a humanos, dando início a novos desenvolvimentos no controlo da doença (Packard, 2007: 115), refutando, assim, a teoria dos miasmas, que associava os episódios de febre aos vapores emanados dos pântanos e das zonas baixas, que provocavam mau-ar (mal-aria).

Conhecido o agente da doença e o seu vetor de transmissão, as medidas de controlo da malária viriam a polarizar-se entre dois campos: por um lado, aqueles que defendiam que a sua eliminação passaria por uma reforma social e pelo de-

envolvimento agrícola eficaz (Angelo Celli⁴ e o coronel S.P. James⁵ destacaram-se nesta posição), num momento em que as atividades humanas configuravam a ecologia e a epidemiologia da malária, através das guerras⁶, da exploração mineira, da construção de estradas e caminhos-de-ferro, da progressiva industrialização e dos movimentos populacionais forçados e voluntários (Packard, 2007: 11). Por outro lado, aqueles que defendiam que o controlo da doença passaria por soluções na esfera biomédica, como a administração de antimaláricos e a utilização de inseticidas e larvicidas, para eliminar os mosquitos e seus criadouros.

No início do século XIX, a utilização de quinino⁷, eficaz no tratamento de febres, e a sua produção em fábricas já se tinham propagado pela Europa, países asiáticos sobre domínio colonial e Américas, sendo um fármaco indispensável aos exércitos, aos trabalhadores das grandes construções de caminhos-de-ferro e nas viagens marítimas, entre outros (Webb Jr., 2009: 98-122). No início do século XX, o quinino é, assim, utilizado para o tratamento da malária, administrado como profilaxia, a par da implementação de medidas de destruição dos mosquitos e seus *habitats*, saneamento e drenagem dos pântanos.

Neste período, o controlo da malária privilegiava a intervenção biomédica, em detrimento das reformas sociais e agrícolas, defendidas por Celli, e, mais tarde, pela designada Escola Holandesa e Italiana (Nájera *et al.*, 2011: 1).

A Primeira Guerra Mundial foi devastadora para a Europa, situação agravada por várias epidemias, incluindo a malária. Com a fundação da Sociedade das Nações, em 1919, foi, também, criada a Comissão da Malária, que procurava definir estratégias para o controlo da doença, entre os seus estados-membros e nos Estados Unidos da América (Webb Jr., 2009: 145). Para além da Sociedade das Nações, a Fundação Rockefeller, também, desempenhou um papel importante no controlo da malária, tendo-a abordado sob uma perspetiva mais ambiental e entomológica (em paralelo com a administração de antimaláricos⁸), em que o inseticida *Paris Green* foi extensamente utilizado, assim como a drenagem de lagoas e o uso de óleos nos pântanos de difícil escoamento – o canal do Panamá e o

⁴ Malariologista italiano publica “*Malaria: According to the New Researches*” (1900), em que interliga a biologia da malária com a vida política e económica dos indivíduos (Packard, 2007: 111).

⁵ Malariologista britânico que, depois de visitar o Quénia, no final dos anos 20, declarou que a única via para eliminar a malária seria a introdução da agricultura e sistemas de proteção social que melhorassem as condições socioeconómicas da população (Packard, 2007: 128).

⁶ Ver Humphreys (2001: 37-48) sobre a Guerra Civil nos Estados Unidos da América.

⁷ “Descoberto” nos Andes no século XVI, as cascas do arbusto Cinchona (quinino) (Webb Jr., 2009: 125) viriam a revolucionar, até aos nossos dias, o tratamento e prevenção da malária.

⁸ Procurou-se a “esterilização por quinino”, no tratamento dos casos de malária e na sua profilaxia, tendo-se obtido fracos resultados. Foi, também, introduzido o medicamento sintético *atabrine*, criado por químicos alemães, no final da Primeira Guerra Mundial, mas, dado o seu elevado nível de toxicidade e custo, foi abandonada a sua administração (Humphreys, 2001: 74-79).

rio Mississípi – para destacar algumas áreas que sofreram intensas intervenções por parte das autoridades de saúde pública americana (Humphreys, 2001: 69-78).

2.1.2 Os anos 40: a Segunda Guerra Mundial, o DDT e a Organização Mundial de Saúde (OMS)

Os esforços e investimento público para controlar a malária, nas primeiras décadas dos anos 40, alcançaram resultados modestos, mas permitiram aos governos e instituições de saúde pública (incluindo a Comissão da Malária da Sociedade das Nações e a Fundação Rockefeller) conhecer melhor a doença, através da realização de estudos de vigilância epidemiológica e estudos entomológicos.

A Segunda Guerra Mundial, com palcos de conflito pela Europa, Ásia e Pacífico, viria a conhecer um inimigo comum: a malária. O maior ou menor sucesso na frente de combate dependia da capacidade de garantir que os militares se mantinham livres da doença e que o ambiente envolvente das bases militares estava vetorialmente controlado (Packard, 2007: 140). Como refere Webb Jr., o controlo da malária passa a integrar as estratégias militares:

“(...) As the Nazis withdrew from Italy in May 1944, they dynamited the bonification works constructed during the 1930s that had drained eighty-one thousand hectares of swampy mosquito habitat, and malaria flooded back into the central lowlands” (Webb Jr., 2009: 158).

Em 1939, a descoberta do DDT (dichlorodiphenyl-trichloro-ethane) por Paul Mueller, um químico suíço, viria a revolucionar o controlo da malária não só porque eliminava os mosquitos mas também porque a sua ação se prolongava até três meses após a aplicação (Humphreys, 2001: 147), podendo, mesmo, existirem casos em que a pulverização realizada a cada seis meses inverteria a população anofelina. A Segunda Guerra Mundial e a Guerra Fria viriam a catalisar a expansão do DDT, quer em contextos militares, quer através de programas de controlo da malária (Packard, 2007: 147). Em 1945, a cloroquina foi introduzida e passou a integrar as estratégias de “esterilização” (Humphreys, 2001: 73).

A erradicação da malária, em oposição ao seu controlo, apresentou-se, assim, como um objetivo alcançável pelos Estados. Aprovado em 1955, na Assembleia Mundial de Saúde, o Programa de Erradicação da Malária, sob liderança técnica e de coordenação de recursos por parte da OMS (Nájera *et al.*, 2011: 2), destinou-se, primeiramente, aos Estados-membros, investindo todos os recursos e

esperanças nas atividades de pulverização intradomiciliária com DDT, como alternativa aos casos de resistência à cloroquina, identificados na Venezuela e na Tailândia, no final dos anos 50 (Nájera *et al.*, 2011: 3). Como resultado, a campanha realizada impediu a transmissão, em todas as áreas endêmicas de malária na Europa, na maioria das regiões asiáticas da URSS (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas), nos Estados Unidos da América e na maioria dos países das Caraíbas (Krogstad, 1996: 1). Em 1950, a malária era considerada uma doença endêmica, em 143 países. Em 1978, 37 foram declarados livres de malária, 27 dos quais localizados no continente europeu e americano (Wernsdorfer 1980, *apud* Mendis *et al.*, 2009: 2).

No entanto, houve países onde se observou o ressurgimento da malária. Apesar da OMS ter considerado que as causas estariam relacionadas com as resistências aos antimaláricos⁹ e inseticidas, é de admitir que tenha decorrido da fraca gestão dos programas de controlo da enfermidade e da falta de formação adequada do pessoal de saúde (causas mais relacionadas com o âmbito biomédico). Vários cientistas sociais defendem que, em alguns países, a diminuição do esforço de combate desta doença assentava em motivações político-económicas, mormente do controlo de trabalhadores revoltados e protestos generalizados (Baer, Singer e Susser, 2003: 76-77).

Tal como será apresentado no ponto 5.1, com este Programa de Erradicação da Malária, Moçambique não alcançou os mesmos resultados do que os 37 países que foram considerados livres dessa doença.

2.2 Malária: dados globais, patologia, diagnóstico e tratamento

2.2.1 Dados globais e financiamento internacional

A redução da morbimortalidade da malária figura em vários documentos estratégicos internacionais, tais como os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (objectivo número 6: Combater o VIH/SIDA a malária e outras doenças; meta: reverter e reduzir a incidência da malária e outras doenças), os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (objetivo número 3) os objetivos definidos pela Assembleia da OMS, em 2005 (em 2015, redução em 75% dos casos e mortes por malária) e os objetivos, ainda mais ambiciosos, do *Global Malaria Action Plan*

⁹ A resistência de um parasita a um fármaco antimalárico mede-se pela sua capacidade de sobreviver e de se multiplicar, independentemente da administração e absorção do fármaco serem feitas de acordo com a dose recomendada. Neste contexto, surge uma mutação genética que, no processo de seleção, tem uma maior capacidade de sobrevivência, havendo a transmissão preferencial da mutação genética e, conseqüentemente, a propagação da resistência (OMS, 2010: 122-123).

(GMAP) fixados pelos parceiros da iniciativa Fazer Recuar a Malária (*Roll Back Malaria*) de reduzir as mortes por esta doença para perto de 0%, em 2015 (OMS, 2013: 12). De acordo com o último relatório mundial (*World Malaria Report 2016*), em 2015, 40 dos 91 países, onde ocorre a transmissão da malária, reduziram as taxas de incidência para 40% ou mais, entre 2010 e 2015 (OMS, 2016: xvi).

Em relação às taxas de mortalidade por malária, entre 2010 e 2015 ocorreu uma redução de 29% (OMS, 2016: xvi). Da totalidade das mortes registadas, no ano de 2015, 92% referiam-se à África subsariana (WHO Região de África) e, em termos globais, 70% incidiam sobre crianças com menos de cinco anos (OMS, 2016: xvi).

Os discursos globais sobre a malária têm sido pautados pela enunciação de objetivos maiores de controlo da doença, através de declarações internacionais para um mais profundo comprometimento técnico e financiamento aos países mais afetados. Em 1955, o Programa de Erradicação da Malária, lançado pela OMS, daria o primeiro passo. Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, mais conhecida pela Declaração de Alma-Ata, viria a marcar o início de uma atenção especial para os programas de saúde horizontais. Esta declaração destacar-se-ia por ter sido a plataforma de onde emergiu a definição do conceito de saúde, por parte da OMS: “ (...) *health, which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector*” (Declaração Alma-Ata, I, 1978).

Em 1998, foi criado o movimento Roll Back Malaria (Fazer Recuar a Malária), uma parceria mundial iniciada pela OMS, PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), UNICEF (Agência das Nações Unidas para a Infância) e Banco Mundial, que procura trabalhar com governos, outras agências de desenvolvimento, diversas ONG e companhias do setor privado, para se reduzirem os custos humanos e socioeconómicos do paludismo. Face aos elevados casos de morbimortalidade por malária em África, em 2000, foi realizada a Cimeira de Abuja (Kamat, 2013: 14), sobre a égide do *Roll Back Malaria* (RBM) e da OMS, que conduziu à Declaração de Abuja, em que 44 dos 50 países africanos afetados pela doença estavam representados, assim como vários delegados de organizações multilaterais. Os líderes africanos presentes comprometeram-se a garantir que, até 2005, 60% dos doentes de malária iriam ter acesso a um tratamento acessível, atempado e adequado (*Roll Back Malaria* e OMS, 2000: 2).

O Banco Mundial foi considerado um dos novos atores mais importantes do RBM, ao integrar o investimento na saúde como parte do desenvolvimento económico global dos países (Packard, 2007: 220-221), na era das reformas do Programas de Ajustamento Estrutural. Como refere Packard:

“(…) The funding of Roll Back Malaria interventions reflected a new emphasis on individual responsibility for health care and for the financing of malaria control measures. During the early years of the program, bed nets were not distributed like vaccinations or house spraying was, but had to be purchased. Health services often required the payment of user fees.” (Packard, 2007: 221-222).

Apesar do movimento RBM ter sido desacreditado pelos poucos resultados alcançados (Kamat, 2013: 14), outro conjunto de iniciativas e modo de canalizar financiamento para as atividades de controlo da malária viriam a destacar-se, nomeadamente o Programa de Reforço do Controlo da Malária em África (*World Bank Booster Program for Malaria Control in Africa*), em 2005, (Banco Mundial, 2009: 1-12) a Iniciativa Presidencial da Malária (The President’s Malaria Initiative) liderada pela USAID, desde 2005/2006, e o Fundo Global contra o VIH, Tuberculose e Malária, criado em 2002. Estes três programas destinam-se, principalmente, a países africanos que têm em marcha planos de controlo da doença e onde a malária, ainda, constitui um grave problema de saúde pública.

Em Outubro de 2007, Bill e Melinda Gates viriam a definir a erradicação da malária como o grande objetivo da sua fundação, tendo a OMS apoiado, de imediato, esta intenção (Das e Horton, 2010: 1515):

“(…) What is the most repeated failure in all of global health? It could well be the commitment to eradicate malaria. So why would anyone want to follow a long line of failures by becoming the umpteenth person to declare the goal of eradicating malaria? There’s one reason. We should declare the goal of eradicating malaria because we can eradicate malaria. Today, I want to make the case that we have a real chance to build the partnerships, generate the political will, and develop the scientific breakthroughs we need to end this disease (...) (Gates e Gates, Malaria Forum Keynote Address, 2007).

Esta mudança de paradigma assenta numa estratégia tripartida que se foca não apenas no controlo agressivo nos países com elevada endemicidade, numa tentativa de diminuir a transmissão e a morbimortalidade, como também na eliminação progressiva da doença, a partir das margens endémicas, procurando estreitar o mapa da malária e, ainda, na pesquisa de vacinas e outras drogas,

diagnósticos, inseticidas, outras intervenções e prospeção de métodos de prestação que alcancem todas as populações em risco (Mendis *et al.*, 2009; Feachem *et al.*, 2010: 1566). Até ao momento, a fundação Bill e Melinda Gates já despenderam dois mil milhões de dólares americanos em subvenções para o combate da malária e mais de mil e seiscientos milhões em financiamentos canalizados através do Fundo Global¹⁰.

Em termos conceptuais, importa fazer a distinção entre controlo, eliminação e erradicação. O controlo da malária refere-se à redução da doença para um nível em que já não constitui um problema de saúde pública (OMS, 2006c: 16). A eliminação da malária significa a redução para zero da incidência das infeções causadas por um parasita específico, numa determinada área geográfica, como resultado de um esforço deliberado, sendo requeridas medidas continuadas de prevenção do restabelecimento da transmissão (OMS, 2014: x). Por fim, a erradicação da malária é definida pela redução permanente a zero da incidência da infeção causada por um agente específico, como resultado de esforços deliberados e temporalmente limitados. Uma vez alcançada a erradicação, não são necessárias medidas de intervenção (OMS, 2006c: 4).

A decisão de mudar de uma estratégia de controlo para outra – de eliminação da malária – implica a existência de sistemas de saúde fortalecidos e um compromisso sustentável, por parte dos governos (Das e Horton, 2010: 1516). Para os países com altas taxas de mortalidade infantil, fracas infraestruturas de saúde e elevada prevalência do VIH/SIDA, a tomada de decisão será mais difícil, devido à alocação de recursos entre doenças com prioridades concorrentes (Feachem *et al.*, 2010: 1570). Segundo as análises de custo e viabilidade das duas abordagens, Sabot *et al.* concluem que o investimento inicial para alcançar a eliminação varia entre países e contextos, mas é maior do que os custos associados às intervenções de controlo (Sabot *et al.*, 2010: 1612). Como consequência da aprendizagem realizada pela Campanha de Erradicação da Malária, nos anos 50, é consensual que as abordagens universais (*one size fits all*) são ineficazes (Feachem *et al.*, 2010: 1572) e que cada país deve delinear os seus próprios programas. No mesmo sentido, alguns autores, como Stratton *et al.*, salientam que as abordagens de controlo da doença devem atender aos contextos locais e estes, incluindo as desigualdades mundiais, devem ser integrados nos discursos globais (2008: 860).

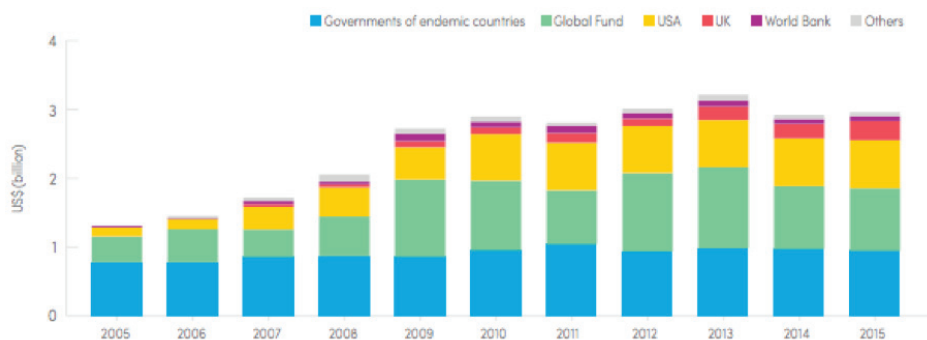
A mudança de paradigma imprimida pela adesão da Fundação Bill e Melinda Gates, leva Das e Horton a tecerem os seguintes comentários:

¹⁰ <http://www.gatesfoundation.org/What-We-Do/Global-Health/Malaria>, acedido a 23 de Outubro de 2014.

“(…) The quest for elimination must not distract existing good malaria control work. The danger of the Gates call for a new era of elimination is that their immense funding power and influence (witness WHO’s instant support) could cause damaging swing in funding and political priorities. (...) Good intentions could cause adverse and unanticipated harms.” (Das e Horton, 2010: 1516).

A definição de objetivos tão ambiciosos e o alcance de algumas dessas metas, em relação a uma doença que afeta, maioritariamente, a população dos países africanos, não poderia deixar de ser feito sem um elevado financiamento por parte dos atores internacionais. Em 2000, as atividades de controlo da malária, a nível global, tiveram menos de \$100 milhões, em contraste com os \$1,6 mil milhões registados em 2011 (OMS, 2013: ix).

Figura 2.2 – Financiamento internacional para o controlo da malária, passado e estimativas futuras, 2005-2015



Fonte: Organização Mundial de Saúde (2016: 8).

Neste sentido, as atividades de controlo da malária dependem, de modo crítico, do financiamento internacional e, em especial, dos recursos financeiros do Fundo Global, da Iniciativa Presidencial da Malária e do Governo norte-americano (ver figura 2.2). Em termos dos resultados relativos à eliminação da malária, dos 103 países onde ocorre a sua transmissão, 13¹¹ estão na fase de pré-eliminação, 7¹² na fase de eliminação, 7¹³ em fase de prevenção da reintrodução, existindo 4 países¹⁴, recentemente certificados como livres dessa enfermidade (OMS, 2013: 58).

¹¹ Cabo Verde; Argentina; Belize; Costa Rica; Equador; El Salvador; México; Paraguai; Butão; República Popular Democrática da Coreia (Coreia do Norte); República da Coreia; Malásia.

¹² Argélia; República Islâmica do Irão; Arábia Saudita; Azerbaijão; Tajiquistão; Turquia; Sri Lanka.

¹³ Egípto; Iraque; Omã; República Árabe da Síria; Geórgia; Quirguistão; Uzbequistão.

¹⁴ Marrocos (2010); Emirados Árabes Unidos (2007); Arménia (2011); Turquemenistão (2010).

2.2.2 A Patologia

A Malária, enquanto doença parasitária do sangue, decorre da simbiose de dois elementos: o parasita, do género *Plasmodium* e o vetor, do género *Anopheles* (mosquito).

Nos humanos, o parasita desenvolve-se e multiplica-se, primeiramente, nas células do fígado, passando, de seguida, para os glóbulos vermelhos. A sua multiplicação destrói os glóbulos vermelhos, dando origem a novos parasitas-filhos (designados de merozoítos), que continuam o ciclo, através da invasão de outros glóbulos vermelhos. Com esta “colonização”, ele desenvolve-se, consumindo a hemoglobina das células (Packard, 2007: 21). Daí a associação da malária à anemia.

Todavia, nem todos os merozoítos invadem os glóbulos vermelhos. Alguns diferenciam-se pelas suas formas masculinas e femininas, conhecidos por gametócitos, que circulam na corrente sanguínea periférica. A fêmea anofelina (vetor), ao inocular um humano, ingere alguns destes gametócitos, durante as suas “refeições” de sangue. Estes gametócitos maturam em formas sexuais e reproduzem-se no estômago do mosquito. Aí, completam os estágios de reprodução sexual do ciclo de vida do parasita, produzindo novos esporozóitos que invadem as glândulas salivares do mosquito e infetam, na inoculação seguinte, o novo hospedeiro humano (Packard, 2007: 21).

Para que ocorra a contaminação, o complexo ciclo de vida reprodutiva do *Anopheles*-fêmea e do parasita precisam de coincidir, isto é, o parasita da malária (do hospedeiro humano) deve ser ingerido pela fêmea do mosquito anofelino, durante a sua reprodução sexual, e transmitido a um segundo humano, após ela estar completa – aproximadamente 14 dias (Packard, 2007: 24).

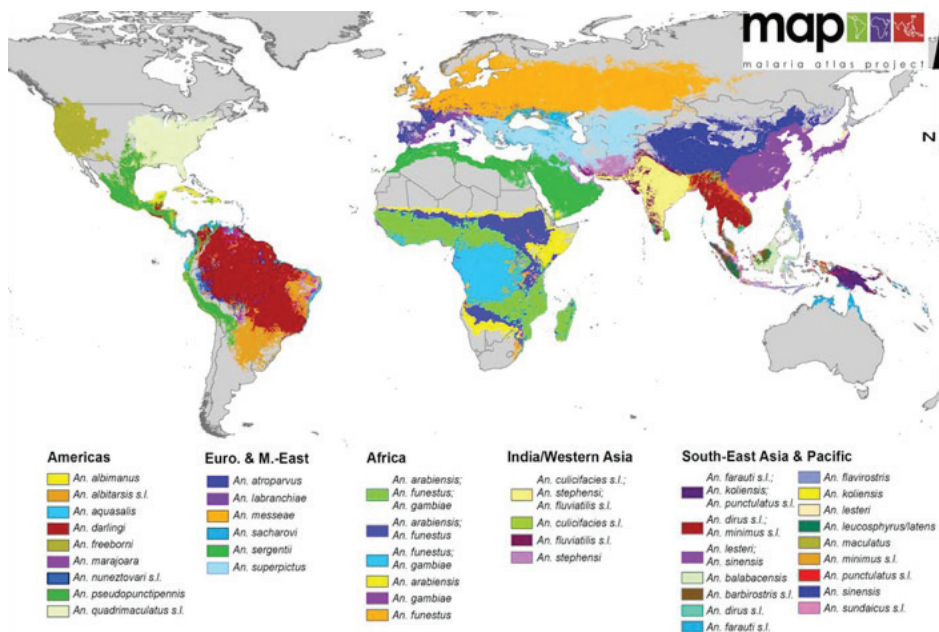
Vários fatores podem influenciar a transmissão do parasita, ou seja, a capacidade do *Anopheles*-fêmea completar o seu ciclo reprodutivo e, conseqüentemente, infetar. Entre eles, destacam-se os seus hábitos de alimentação e inoculação (zoófilos¹⁵, antropófilos¹⁶, endofágicos¹⁷ ou exofágicos¹⁸), a disponibilidade dos mesmos e as condições ambientais para a sua reprodução, nomeadamente a existência de superfícies de água, o elevado grau de humidade e o nível de salinidade, entre outros (Sinka *et al.*, 2010: 11-16).

¹⁵ Preferência por sangue de animais.

¹⁶ Preferência por sangue humano, por vezes referida entre 80% a 100%, em relação ao sangue de animais domésticos (Webb Jr., 2009: 38).

¹⁷ Alimentação em espaços fechados.

¹⁸ Alimentação fora de edifícios, ao ar-livre.

Figura 2.3 – Distribuição do vetor dominante *Anopheles* da malária humana

Fonte: Sinka *et al.* (2012: 4).

Tal como a figura 2.3 apresenta, existe, a nível mundial, uma grande variedade de mosquitos anofelinos transmissores da malária.

Após a infeção por *P. falciparum* ou *P. malariae*, o hospedeiro poderá sentir os primeiros sintomas entre 7 a 15 dias, ao contrário de uma infeção por *P. ovale* e *P. vivax*, cujo período de incubação poderá estender-se por várias semanas e meses, devido à forma hepática de “adormecimento” do parasita.

2.2.3 Diagnóstico

No caso de uma malária não complicada, ou seja, uma malária sintomática sem sinais de gravidade ou evidência (clínica ou laboratorial) de disfunção de órgão vital, o doente pode apresentar cumulativamente, ou não, os seguintes sinais e sintomas: cefaleia, cansaço, dores articulares, dores musculares, desconforto abdominal e mal-estar geral, seguidos de febre (temperatura axilar igual ou

superior a 37,5°C), arrepios de frio, sudorese, anorexia, vômitos e/ou diarreia e agravamento do mal-estar. É frequente observar-se anemia e tosse, em crianças (MISAU, 2011b: 14).

Em caso de malária grave, um doente com parasitémia por *P. falciparum* e sem outra causa óbvia para a sintomatologia apresenta um ou mais destes achados clínicos ou laboratoriais: prostração, alteração de consciência ou coma, incapacidade de se alimentar, dificuldade respiratória, convulsões repetidas, colapso circulatório ou choque, edema pulmonar (radiológico), hemorragia espontânea anormal, icterícia clínica e evidência de disfunção de outro órgão vital, hemoglobinúria (urina escura), anemia grave, hiperpirexia (temperatura axilar igual ou superior a 39,5°C) e insuficiência renal (redução da diurese) (MISAU, 2011b: 26).

2.2.3.1 Diagnóstico em Moçambique

Desde 2008 que, em Moçambique, o diagnóstico da malária tem de ser acompanhado por evidência laboratorial quer através da análise de uma amostra de sangue, em laboratório (microscopia), quer através da realização de um Teste de Diagnóstico Rápido (TDR). A prescrição de tratamento com antimaláricos fica, assim, sujeita à obtenção de um resultado positivo no exame laboratorial ou no TDR, existente em todas as Unidades Sanitárias. De acordo com a OMS, a utilização da microscopia apresenta várias vantagens, tais como a possibilidade de identificar e quantificar o parasita, podendo, deste modo, adequar-se o tratamento. Além disso, existem alguns laboratórios equipados com PCR (*polymerase chain reaction*), que realiza a deteção molecular e identificação das espécies de plasmódio. Consequentemente, esses procedimentos requerem profissionais com elevado nível de formação e experiência e Unidades Sanitárias equipadas com material laboratorial e com energia elétrica (OMS, 2010: 11).

Durante o período que antecedeu a introdução dos Teste de Diagnóstico Rápido (TDR), todo o doente que recorresse a uma unidade sanitária (US) sem laboratório, com um quadro clínico de febre, cefaleia, diarreia e dores articulares, era diagnosticado com malária (designada de malária clínica), de acordo com o protocolo da Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI¹⁹), adotado pelo Ministério da Saúde. Durante este período, a confirmação do diagnóstico era, apenas, feita através de análises parasitológicas efetuadas nas escassas unidades

¹⁹ Mais comumente conhecida pela sigla inglesa IMCI – *Integrated Management of Childhood Illnesses*.

sanitárias com laboratório – 298 US, correspondendo a 23,3% (MISAU, 2012a: 20), usualmente localizadas nas sedes dos distritos.

Um inquérito realizado a nível nacional, em Moçambique, com uma amostra de 8 816 menores de 10 anos, concluiu que a maioria das crianças a quem tinha sido detetada uma infeção por malária nas amostras de sangue recolhidas não apresentava quaisquer sintomas (malária assintomática). Nos casos das crianças, em que a malária estava associada a febre, a faixa etária centrava-se principalmente nos menores de 12 meses (10,6%), com uma tendência para diminuir até à idade de 7-10 anos (3,3%) (Mabunda *et al.*, 2009: 3-5). Os episódios de malária assintomática afiguram-se como um grande desafio para o controlo da doença, na medida em que permeiam a manutenção da transmissão.

2.2.4 O tratamento

A deliberação de adotar um determinado antimalárico, em detrimento de outro, assenta em duas esferas de decisão: internacional e nacional. A nível internacional, a OMS, com base na compilação de estudos de eficácia terapêutica, define um conjunto de recomendações gerais, atendendo, unicamente, a critérios de eficácia terapêutica, ou seja, à taxa média de cura (superior a 95%) observada em ensaios clínicos (OMS, 2010: 9). A nível nacional, os Ministérios da Saúde e os Programas Nacionais de Controlo da Malária, em particular, são responsáveis pelos estudos de eficiência dos antimaláricos e pela tomada de decisão dos fármacos a adotar, de acordo com o seu custo/eficácia, a sua posologia, a segurança, os custos associados à introdução de uma linha terapêutica diferente (formação de profissionais), a aquisição e distribuição dos novos fármacos, a publicação das suas normas, a criação de material de suporte dessa linha terapêutica) e, em última análise, a aceitação dos fármacos por parte do consumidor e dos próprios profissionais de saúde (#24_Consultor).

Em 2010, a OMS atualizou as suas linhas orientadoras quanto ao manejo de casos de malária, recomendando aos países que adotassem uma das linhas de tratamento abaixo indicadas, de acordo com o seu perfil epidemiológico e os fatores de ponderação atrás descritos.

Quadro 2.1 – Recomendações terapêuticas da Organização Mundial de Saúde para o tratamento da malária

Tratamento de Malária Não Complicada		Tratamento de Malária Severa (por ordem de eficácia terapêutica)
1ª Linha de Tratamento	2ª Linha de Tratamento	
AL=Arteméter-lumefantrina	AS=Artesunato + T=Tetraciclina / D=Doxiciclina / CL=Clindamiclina (7 dias)	AS=Artesunato IV/ IM (Intra-Venoso/Intra- -Muscular)
AS=Artesunato + AQ=Amodiaquina		AM=Arteméter
AS=Artesunato + MQ=Mefloquina	QN=Quinino + T=Tetraciclina / D=Doxiciclina / CL=Clindamiclina (7 dias)	QN=Quinino
AS=Artesunato + SP=Sulfadoxina-pirimetamina		
DHA=Dihidroartemisinina + PPQ=Piperaquina		

Fonte: OMS (2010: xix-xi).

De acordo com a investigação mais recente, as combinações terapêuticas tendo por base a artemisinina (ACT), recomendadas pela OMS, permitem não só uma rápida eliminação da parasitemia como também uma quase imediata redução dos sintomas e da presença dos gameócitos, diminuindo, assim, a transmissibilidade do parasita (OMS, 2010: 14-15). No entanto, a OMS desaconselha a utilização da artemisinina como monoterapia, uma vez que potencia o aparecimento de resistências a um fármaco com um papel decisivo no manejo de casos de malária (OMS, 2010: 14). As diretrizes da OMS estendem-se, igualmente, a grupos considerados vulneráveis, nomeadamente às grávidas, viajantes, mulheres lactantes, doentes portadores de VIH, doentes com malnutrição severa e a contextos de ajuda humanitária (OMS, 2010: 34-37).

Para além da quimioterapia, aquando da confirmação de uma infeção por *Plasmodium*, o tratamento quimioprolático para as mulheres grávidas²⁰ faz parte das políticas nacionais de alguns países, incluindo Moçambique. O maior desafio

²⁰ Consiste na toma de 4 doses de Sulfadoxina-Pirimetamina (SP), dispensadas nas consultas pré-natal, devendo a primeira dose ser administrada depois do primeiro trimestre e as restantes com um intervalo de um mês.

desta medida refere-se à frequência das consultas pré-natal, uma vez que a maioria das mulheres raramente completa o tratamento com as quatro doses. A título de exemplo, em Moçambique, cerca de 40% das grávidas receberam a primeira dose, 22% receberam a segunda, 10% a terceira e, por fim, menos de 5% receberam a quarta dose (OMS, 2013: 32).

Recentemente, a OMS adotou duas novas políticas preventivas que incluem o tratamento intermitente preventivo para crianças com Sulfadoxina-Pirimetamina (SP), a ser administrado no momento da segunda e terceira doses da vacina DTP²¹ (mês três e quatro) e do sarampo (mês nove) e a profilaxia sazonal da malária com Amodiaquina e Sulfadoxina-Pirimetamina (AQ+SP), para crianças entre os 3 e 59 meses, nas sub-regiões do Sahel, com elevada transmissão da malária (OMS, 2013: 8).

A adoção de novas políticas e procedimentos, apesar de serem processos liderados pela OMS, integram a consulta de várias instituições públicas, Organizações Não Governamentais internacionais, ligadas à investigação, comunidade científica, em geral, e indústria farmacêutica, debatendo e implementando estudos de monitoria da eficácia terapêutica dos antimaláricos ou estudos de resistência dos inseticidas. Reunidas as conclusões baseadas em evidências, cabe aos Estados integrar os fatores económicos nas suas tomadas de decisão.

2.3 Epidemiologia da malária em Moçambique

Em Moçambique, a malária é uma doença endémica, em todo o país, variando entre zonas hiperendémicas, ao longo do litoral, zonas mesoendémicas, nas terras planas do interior, e de algumas zonas hipoendémicas, nas terras altas do interior (Ministério da Saúde, 2012: 2). Esta variação está, principalmente, relacionada com o aumento da precipitação e temperatura e, conseqüentemente, dos criadouros dos mosquitos anofelinos (Zacarias, 2010: 6-7).

Apesar da tendência para a redução da taxa de letalidade por malária, em 2012, estimou-se que tenham sido reportados, a nível nacional, 1 813 984 casos de malária e 2 818 mortes (OMS, 2013: 222, 223, 228, 229).

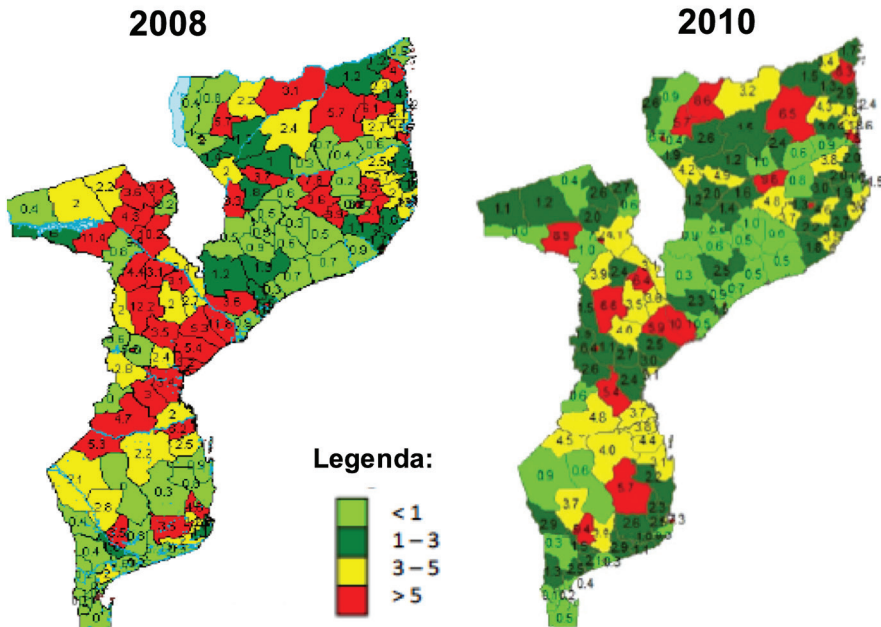
A malária é causada predominantemente pelo *Plasmodium falciparum*²² e os principais vetores responsáveis pela transmissão são o *Anopheles gambiae* e o

²¹ Difteria-tétano-tosse convulsa (pertussis).

²² Num estudo a nível nacional, a maioria das amostras de sangue recolhidas exibiam 52,4% de infeções puras por *P. falciparum*, 3,6% de infeções por *P. malariae* e 2,9% de uma mistura entre *P. falciparum* e *P. malariae* (Mabunda et al., 2008: 10).

Anopheles funestus (Mabunda *et al.*, 2008: 7), ambos antropófilos e estando as picadas do primeiro associadas à endofagia (dentro das casas) (OMS, 2006b: 3).

Figura 2.4 - Taxa de mortalidade por malária (casos reportados por 1000 habitantes), nos anos de 2008 e 2010



Fonte: Ministério da Saúde (2012: 15).

De acordo com o estudo realizado por Castillo-Riquelme *et al.*, os dias de absentismo escolar ou laboral devido aos episódios de malária são, em média, por paciente, 3 a 4, em Moçambique (Castillo-Riquelme, McIntyre e Barnes 2008: 115), tendo como referência o mês anterior à realização do inquérito. É, igualmente, mencionado o seu impacto na redução da disponibilidade das mulheres para a prática agrícola de subsistência (Bingham *et al.*, 2012: 4).

O distrito de Chókwè foi selecionado para este estudo, devido ao elevado número de casos de malária registados nos anos 2006 e 2007 e por as condições ambientais serem propícias à multiplicação de criadouros. A fixação da população, no vale do Limpopo, junto aos solos férteis, associada à delimitação do distrito por dois rios (Elefantes e Limpopo) e à extensa área agrícola coberta por canais de irrigação, entre outros fatores estruturais, têm incrementado os danos provocados pelas inundações, durante as épocas das chuvas, com elevados prejuízos ma-

teriais²³. Como é possível observar na figura 2.4 e no quadro 2.2, constata-se uma tendência para a diminuição dos casos e óbitos decorrentes da malária, se bem que com algumas oscilações. Segundo as autoridades locais, esta redução deve-se, em grande medida, aos resultados da pulverização intradomiciliária (2006) e à introdução dos Testes de Diagnóstico Rápido (2008).

Quadro 2.2 – Casos e óbitos por malária no distrito de Chókwè, entre 2000 e 2011

Anos	Casos	Óbitos
2000	95 074	55
2001	98 203	108
2002	126 388	180
2003	129 664	63
2004	188 157	74
2005	170 153	74
2006	166 158	n.a
2007	108 401	20
2008	n.a	n.a
2009	71 982	57
2010	41 058	5
2011	48 153	13

Fonte: Cortesia do Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM) – Direção Provincial de Saúde (DPS) de Gaza.

Em 2011, o distrito de Chókwè possuía uma rede sanitária composta por 17 Centros de Saúde, um Hospital Rural e um Hospital de Dia, tendo um total de 8 médicos (seis médicos de nacionalidade moçambicana e dois médicos estran-

²³ Durante o mês de Janeiro de 2012, o trabalho de campo teve de ser suspenso devido a inundações em toda a cidade, nas aldeias, junto aos canais de regadio e às zonas baixas do rio Limpopo. Os campos agrícolas ficaram submersos, muitas perdas materiais por parte de quem, durante vários dias, não conseguiu livrar-se de tanta água. Em Janeiro e Fevereiro de 2013 (findo o trabalho de campo), a província de Gaza e, em especial, os distritos de Chókwè, Chibuto e Guijá, registaram, novamente, inundações, mas, desta vez, toda a população em risco teve de ser evacuada, e os helicópteros e barcos foram os únicos meios de transporte de recurso (Jornal A Verdade, 1 Fevereiro 2013: 4).

geiros integrantes do Sistema Nacional de Saúde), com um rácio de 1 médico para 24 069 habitantes. Relativamente a outros profissionais de saúde ligados à medicina, à enfermagem e à saúde materno-infantil, constata-se um rácio de 1 provedor biomédico para 1 318 habitantes (Ministério da Saúde, 2012: 67).

2.4 A arquitetura do Sistema Nacional de Saúde: o contexto macro

Desde o início dos anos 90 que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) tem sido apoiado por distintos atores, recorrendo a diversos mecanismos de coordenação. Em 1990, a Agência de Cooperação Suíça inicia um programa de apoio ao orçamento, com vista a promover o fortalecimento da gestão financeira, a nível provincial, e a descentralização (Visser-Valfrey e Umarji, 2010: 30), uma iniciativa que foi replicada por outras agências e atores multilaterais sobre a designação de “*adopt-a-province*” (Lubkemann, 2001). No final dos anos 90, são criados o Fundo Comum para os Medicamentos (1998), o PROSAÚDE (2003) e, posteriormente, o Fundo Comum Provincial (1999), que se mantêm até 2008, ano em que é fundado o PROSAÚDE II²⁴ (Visser-Valfrey e Umarji, 2010: 7). Em 2001, é adotado o mecanismo SWAp²⁵ (*Sector Wide Approach*), que pretende ser uma abordagem integrada, coordenada, com uma visão comum para o setor da saúde (Martínez, 2006: 3-4) e partilhada por todos os atores envolvidos (doadores, ONG e Estado).

Segundo Martínez, entre 2001 e 2005, assistimos a um aumento do financiamento para o setor da saúde quer ao nível do Orçamento de Estado (OE) quer do Fundo Comum (FC/PROSAUDE quer, ainda, dos fundos verticais). Em 2005, estes últimos atingiram um valor superior a cada um dos restantes – OE e FC/PROSAUDE (Martínez, 2006: 5), mesmo considerando que, durante este período, o financiamento do Fundo Global para combater o VIH/SIDA, a Tuberculose e a Malária²⁶ (FGHTM) era canalizado para o PROSAÚDE, ao contrário do que acontece a partir de 2008, altura em que é considerado um fundo vertical. Em 2011, de acordo com Weimer, o governo dos Estados Unidos da América era responsável,

²⁴ O PROSAUDE II tem por base um Memorando de Entendimento entre o Governo moçambicano, representado pelo Ministério da Saúde, Ministério das Finanças e Ministério do Plano e Desenvolvimento e várias agências de desenvolvimento e atores multilaterais como: Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional, Agência Catalã de Cooperação para o Desenvolvimento, Comissão Europeia, Ministério das Relações Exteriores Flamengo, Agência Francesa de Desenvolvimento, *Irish Aid*, Ministério da Negócios Estrangeiros da Finlândia, Ministério Norueguês das Relações Exteriores, Embaixada Real da Dinamarca, Agência Espanhola de Cooperação Internacional, Agência Suíça para o Desenvolvimento e Cooperação, Ministério Holandês da Cooperação para o Desenvolvimento, Departamento do Reino Unido para Desenvolvimento Internacional, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Fundo das Nações Unidas para a População (Visser-Valfrey e Umarji, 2010: 124).

²⁵ No Código de Conduta (Acordo *Kaya Kwanga*), assinado em 2000, existe uma referência ao estabelecimento do SWAp (*Sector-Wide Approach*) (Martínez, 2006: 2), que viria a concretizar-se em 2001.

²⁶ Daqui em diante, Fundo Global.

pelo menos²⁷, por 52% das contribuições totais para o setor da saúde (US\$340 milhões), através de fundos verticais fora do orçamento (Weimer, 2012: 432), em que se destacam o PEPFAR (*President's Emergency Plan for AIDS Relief*) e o PMI (*President's Malaria Initiative*). Apesar dos resultados, imediatamente, visíveis nas intervenções que recorrem a fundos verticais, várias desvantagens são apontadas, designadamente as agendas concorrentes, os sistemas paralelos, a (in)capacidade de negociação, a fuga de cérebros dos serviços públicos de saúde (*brain drain*), a falta de integração e a negligência de alguns serviços e infraestruturas (Mussa, Pfeiffer, Gloyd e Sherr, 2013: 4-9). Em suma, o planeamento e intervenção de nível programático e vertical (por doença endémica ou tipo de cuidados de saúde) relegam para segundo plano um sistema de cuidados de saúde primários, que respondem à globalidade das necessidades e prioridades que as instituições locais de saúde identificam numa determinada geografia e temática.

A centralidade das negociações com os “parceiros” internacionais, ao nível dos SWAp, dos Conselhos Coordenadores e *working groups*, assim como uma preponderância de intervenções financiadas através de programas verticais, recorrendo às ONGI, às ONG locais e ao setor privado, excluem as instituições subnacionais que, frequentemente, se limitam a implementar diretrizes de nível central e a tentar negociar, com os seus “parceiros” internacionais e locais, algumas das suas prioridades para o setor da saúde.

Se, a nível estratégico e programático, a capacidade de negociação das instituições provinciais é limitada, a nível subprovincial, ela é ainda menor e condicionada pelos poderes administrativos e de gestão dos recursos financeiros afetados do Orçamento de Estado aos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social (SDSMAS) (Weimer, 2012: 443-447).

2.5 O Programa Nacional de Controlo da Malária

O Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM) foi criado em 1982, mas só em 1991, findo o conflito civil, é que são adotadas as três principais estratégias orientadoras da sua ação: diagnóstico precoce e tratamento, controlo vetorial e educação para a saúde (Ministério da Saúde, 2006: 8).

O PNCM está subordinado à área de Prevenção e Controlo de Doenças (PCD), na Direção Nacional de Saúde Pública (DNSP), estando as atividades de controlo da malária descentralizadas a nível provincial (através dos gestores-biólogos do

²⁷ As contribuições para o Fundo Global estão agregadas, pelo que desconhecemos o valor percentual relativo ao seu contributo.

PNCM) e prevendo-se que, até 2016, o estejam a nível distrital (Ministério da Saúde, 2012: 25).

Para além da equipa multidisciplinar existente no PNCM, há vários grupos técnicos relativos à malária, que apoiam a conceção de políticas e estratégias bem como outros aspetos operacionais relacionados com as atividades do PNCM (MISAU, 2012a: 17). A título de exemplo, constata-se grupos técnicos para as redes mosquiteiras, para a PIDOM e para a gestão de casos de malária, entre outros. Os grupos técnicos são compostos por vários parceiros, desde agências Bilaterais e Multilaterais²⁸, Organizações Não Governamentais Internacionais²⁹, Organizações Não Governamentais Locais³⁰, instituições governamentais³¹ e instituições públicas de ensino³² (MISAU, 2012a: 17).

Atualmente, e de acordo com o Plano de Monitoria e Avaliação Nacional da Prevenção e Controlo da Malária 2010-2014, o Ministério da Saúde realiza as seguintes intervenções:

- 1) “Gestão vetorial integrada através da Pulverização Intradomiciliária (PIDOM) e da distribuição gratuita de Redes Mosquiteira Tratadas com Inseticida de Longa Duração (REMILD);
- 2) Gestão do Meio Ambiente;
- 3) Manejo imediato e efetivo dos casos de Malária – desde o diagnóstico ao tratamento – particularmente em crianças menores de 5 (cinco) anos;
- 4) Disponibilização do Tratamento Intermitente Preventivo (TIP) para mulheres grávidas;
- 5) Educação para a Saúde e Participação Comunitária para a mudança de comportamentos;
- 6) Coordenação entre o MISAU e o Instituto Nacional de Gestão das Calamidades (INGC) para a previsão e deteção atempada de surtos de malária;

²⁸ Fundo Global, USAID/PMI, DFID, Banco Mundial, UNICEF e OMS.

²⁹ World Vision; Family Health International (FHI); Health Alliance International (HAI)/ Malaria Control and Evaluation Partnership in Africa (MACEPA); Population Service International (PSI); RTI; John Snow, Inc. (JSI); Malaria Consortium; Fundação Agakhan; Médicos do Mundo; Institut de Recherche pour le Développement (IRD); JHPIEGO/ Maternal & Child Health Integrated Program (MCHIP); C-Change.

³⁰ Fundação para o Desenvolvimento Comunitário (FDC); Programa Inter Religioso contra a Malária. (PIRCOM); Rede de Jornalistas contra a Malária.

³¹ Instituto Nacional de Saúde; Instituto Nacional de Medicina Tradicional; Centro de Investigação de Manhiça; Instituto Nacional de Estatística; Instituto Nacional da Meteorologia; Instituto Nacional de Gestão de Calamidades; Comissão Técnica de Terapêutica e Farmácia (CTTF), Saúde Militar; Ministério de Planificação e Desenvolvimento; Ministério das Finanças; Ministério da Agricultura; Ministério de Coordenação para Acção Ambiental; Ministério da Mulher e Acção Social; Ministério do Turismo; Ministério da Educação; Ministério das Pescas.

³² Instituto Superior de Ciências de Saúde; Universidade Eduardo Mondlane.

7) Reforço da Gestão do Programa, Monitoria e Avaliação, assim como o fortalecimento de sistemas de saúde, incluindo a pesquisa operacional” (Ministério da Saúde, 2010c: 4).

O Plano Estratégico da Malária 2012-2016 define como princípios orientadores das atividades do PNCM: a cobertura universal, a aplicação de intervenções com base em evidências científicas, a monitoria e avaliação (M&A), uma abordagem multissetorial e a descentralização das operações (MISAU, 2012a: 24). Com base nestes princípios, espera-se no final de 2016 terem sido alcançados os seguintes objetivos:

“a) Até 2014, 100% dos distritos tenham capacidade de gestão das atividades de controlo da malária; b) Até 2014, pelo menos 80% da população tenha acesso a pelo menos um método de prevenção da malária; c) Até 2014, testar 100% dos casos suspeitos da malária que se apresentem às Unidades Sanitárias (US) e comunidades (APEs) e tratar de acordo com as normas nacionais; d) Até 2016, abranger 100% da população com informação sobre prevenção e tratamento da malária; e) Até 2014, ter os sistemas de vigilância, monitoria e avaliação fortalecidos de modo a que 100% dos distritos reportem os indicadores-chave da malária regularmente (...)” (MISAU, 2012a: vi).

Muitos progressos no controlo da malária foram reportados pelo PNCM, ao nível da quantidade e variedade de parceiros, do progressivo aumento do financiamento, da expansão progressiva da rede sanitária e da existência de algumas infraestruturas críticas para a realização de estudos de vigilância epidemiológica e entomológica (laboratório de biologia molecular e três insetários). No entanto, o mesmo organismo reconhece existirem constrangimentos na sua estrutura de funcionamento, designadamente a dificuldade de harmonização e coordenação de atividades com os parceiros, insuficientes recursos humanos qualificados, diminuta capacidade técnica a nível central, provincial e distrital e a fraca planificação integrada (Ministério da Saúde, 2012a: 21-22).

Enquanto entidade responsável por todas as atividades de controlo da malária que decorrem a nível nacional, o PNCM tem capacidade de decisão, na medida em que há recursos financeiros disponíveis num país em que cerca de 30% do orçamento de estado é financiado pela ajuda externa. Recorrendo aos fundos verticais (programáticos), o PNCM vê o seu poder de decisão restringido pelas prioridades e *modus operandi* ditado pelas próprias organizações financiadoras.

Síntese

Desde os seus primórdios, em que estava presente em todos os continentes, a doença da malária está a ser progressivamente controlada e eliminada, em algumas geografias. Mais centrada em medidas de controlo vetorial ou no parasita, governos, exércitos e populações desenvolveram estratégias de combate à doença, que possibilitaram o conhecimento que temos, atualmente, do DDT ou da artemisinina.

Em meados dos anos 50, surgiu a primeira iniciativa internacional destinada à erradicação da doença (Programa de Erradicação da Malária), que teve um caminho tortuoso no alcance dos seus propósitos, devido a questões de ordem financeira, política, e geográfica, entre outras. Cinquenta anos mais tarde, a paisagem organizacional complexificou-se, expandiu-se em múltiplos centros, especializou-se no campo da investigação, desenvolvimento e intervenção. Esta expansão e complexificação que, por vezes, aparenta uma grande desordem, só foram possíveis devido ao aumento significativo do financiamento, que está fortemente relacionado com o propósito de erradicar a doença, por parte da Fundação Bill e Melinda Gates.

Na análise do setor da saúde, em Moçambique, a nível central, provincial e distrital, foi identificada uma multiplicidade de mecanismos de financiamento. Os condicionalismos impostos por cada doador, associados à multiplicidade de atores que intervêm a nível local, distrital e provincial, com fluxos de ajuda (financeira, técnica e material) distintos criam um sistema altamente complexo, fragmentado e descoordenado, em que o Ministério tutela, com escassos recursos humanos qualificados, dificilmente conseguindo monitorar as atividades implementadas pelos diversos atores e otimizar a globalidade dos recursos disponíveis. O financiamento via orçamento de Estado permitiria um maior controlo sobre os recursos e atores envolvidos, um maior *ownership* (Koenig e Goodwin, 2011: 13; Visser-Valfrey e Umarji, 2010: 64) e fortalecimento do Estado, em detrimento de algum financiamento existente, oriundo de programas verticais.