



Manejo Integrado de Casos na Comunidade (MICC)
em Moçambique
Relatório da Reunião Inicial do iNSCALE

16 Abril, 2010
Kaya Kwanga,
Maputo, Moçambique



Agradecimentos

Malaria Consortium gostaria de agradecer a ajuda e o apoio da Dra. Teresa Mapasse pelos seus comentários úteis sobre a agenda da reunião. Gostaríamos de estender nossos agradecimentos às pessoas do Ministério da Saúde e de outras organizações parceiras pela sua participação activa na reunião. De principal destaque entre essas pessoas estão João Schwalbach e Luigi d`Aquino da “Save the Children”, que gentilmente partilharam as suas experiências através das suas apresentações. Queremos agradecer à Kate Brownlow (Malaria Consortium Moçambique), que contribuiu com a sua ajuda valiosa e seus conhecimentos profundos, Augusta Ferrão e Arsénio Machava (Moçambique Malaria Consortium), que forneceram apoio logístico e operacional para a realização da reunião, e Hafeeza Makda que escreveu este relatório. Celso Inguane forneceu informações úteis através de uma análise dos parceiros. O encontro foi realizado com apoio financeiro da Fundação Bill & Melinda Gates.

Título: (ICCM) Projecto de Manejo Integrado de Casos na Comunidade em Moçambique - Relatório da reunião inicial iNSCALE

Citação Recomendada: Malaria Consortium, 2010. *iCCM em Moçambique - Relatório da reunião inicial iNSCALE*. Maputo: Malaria Consortium. MC/MOZ/ iNSCALE/10.02

Estilo de referência recomendado: Harvard

© Malaria Consortium 2010

Publicações da Malaria Consortium podem ser obtidas na Malaria Consortium Resource Centre, Malaria Consortium Uganda, Plot 2 Sturrock Road, Kololo, P.O. Box 8045, Kampala, Uganda (tel: +256 312 312420; fax: +256 312 300425; email: infomca@malariaconsortium.org). Pedidos de autorização para reproduzir ou traduzir publicações da Malaria Consortium – quer seja para venda ou para distribuição não comercial – devem ser dirigidas ao Malaria Consortium Resource Centre, no endereço acima mencionado. As designações empregadas e a apresentação do material nesta publicação não implicam a expressão de qualquer opinião por parte do Malaria Consortium relativamente ao estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou área ou das suas autoridades, nem sobre a delimitação das suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas nos mapas representam as linhas de fronteira aproximadas sobre as quais pode ainda não existir acordo completo. A menção de empresas específicas ou de produtos de certos fabricantes não implica que eles sejam apoiados ou recomendados pela Malaria Consortium em detrimento de outros de natureza similar que não são mencionados. À excepção de erros e omissões, os nomes dos produtos são distinguidos por letras iniciais maiúsculas. Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela Malária Consortium para verificar as informações contidas nesta publicação. No entanto, o material publicado está a ser distribuído sem qualquer tipo de garantia, quer expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhum caso a Malaria Consortium pode ser responsabilizada por danos decorrentes do seu uso.

Impresso em Maputo, Moçambique, 2010.

Lista de abreviaturas

APE – Agente Polivalente Elementar

CIDA – Canadian International Development Agency

MICC – Manejo Integrado de Caso na Comunidade

iNSCALE – “Innovations at scale for community access and lasting effects”

ODM – Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

MISAU – Ministério da Saúde

ONG - Organização Não Governamental

PNCM – Programa Nacional de Controlo da Malária

USSR – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

Índice

| | |
|---|-----------|
| Agradecimentos..... | 1 |
| Lista de abreviaturas | 2 |
| Índice | 3 |
| Contexto | 5 |
| Resumo da reunião | 5 |
| Discurso de Abertura..... | 6 |
| O Papel dos APE na Promoção da Saúde da Comunidade..... | 7 |
| Resultados da Análise dos Parceiros e Mapeamento | 8 |
| Gestão de Casos na Comunidade de Doenças Infantis nas Áreas Rurais em Moçambique: Província de Nampula, Distrito de Nacarôa..... | 9 |
| Programa de Gestão Integrada de Caso na Comunidade - CIDA..... | 12 |
| Programa iNSCALE..... | 13 |
| Introdução às discussões em grupos | 15 |
| Apresentação feita pelos grupos | 15 |
| Grupo 1 – fluxo de dados e utilização dos dados..... | 16 |
| Grupo 2 – supervisão | 17 |
| Grupo 3 – motivação..... | 19 |
| Resumo, conclusões e recomendações..... | 20 |
| Avaliação do “workshop” | 20 |
| Encerramento | 21 |
| Anexo I – Discurso da Kate Brownlow..... | 21 |
| Anexo II – Agenda | 23 |
| Anexo III - lista de participantes..... | 24 |
| Anexo III - lista de participantes..... | 24 |

Contexto

Durante a última década, a mortalidade infantil diminuiu significativamente em vários países africanos. A melhoria da gestão adequada da diarreia, pneumonia e malária está em parte, por detrás da razão do sucesso. Como forma de aumentar o acesso ao tratamento de crianças doentes, em lugares onde os serviços de saúde são geográfica e financeiramente inacessíveis, vários países africanos estão actualmente a investir em agentes baseados na comunidade para oferecer tratamento. Em Moçambique, a estratégia de envolvimento da comunidade remonta ao ano de 1977, quando foi decidido aumentar a cobertura dos serviços de saúde através de uma abordagem de cuidados primários de saúde através dos Agentes Polivalentes Elementares (APE) para oferecer o tratamento apropriado dos casos. Como parte desta estratégia, os APE não fornecem apenas promoção da saúde / educação em saúde e tratamento para a malária, mas também o tratamento da diarreia e pneumonia - o chamado "manejo integrado de casos na comunidade" (MICC). O processo de revitalização dos APE está em curso através do Ministério da Saúde em colaboração com os seus parceiros, mas a experiência anterior demonstrou que há falhas no programa, tais como a supervisão e motivação dos APE. De igual modo, a recolha correcta de dados, fluxo e utilização dos mesmos pelos APE, juntamente com o sistema de saúde são outros desafios que afectam não só a implementação do programa, mas também o planeamento das necessidades e actividades.

Recentemente, a Malaria Consortium beneficiou-se de um subsídio da "Canadian International Development Agency" (CIDA) para apoiar a implementação da estratégia dos APE numa província de Moçambique. Para além disso, um outro financiamento foi concedido pela "Bill & Melinda Gates Foundation" para melhor se compreender a motivação do trabalho, adesão e melhor utilização dos dados, e para encontrar soluções exequíveis e aceitáveis para a retenção e desempenho dos APE, que são vitais para a implementação bem sucedida do MICC em grande escala.

Resumo da reunião

Para se atingir o objectivo do projecto de aumentar a cobertura dum manejo integrada de casos na comunidade (MICC) em dois países com APE, que executam as suas tarefas de forma óptima, e que permanecem funcionais durante longos períodos de tempo, há necessidade de se abordar as seguintes questões:

- ❖ Quais são os principais desafios que actualmente limitam a cobertura do MICC em termos da sua distribuição geográfica e qualidade, e como é que podem ser superados?
- ❖ Como melhorar a supervisão dos APE para garantir uma informação de retorno regular e eficaz, que resulta num bom desempenho dos APE?

Objectivo do programa iNSCALE:

O objectivo geral do iNSCALE é demonstrar que os programas de MICC liderados pelo governo em 2 países africanos (Uganda e Moçambique) podem ser ampliados para 33% dos distritos e chegar a 50% das crianças nesses distritos, resultando principalmente num maior acesso ao manejo padronizado de casos de crianças com diarreia, pneumonia e malária.

Objectivos da reunião:

- Discutir o papel dos vários intervenientes na implementação da ICCM em Moçambique
- Trocar opiniões sobre os requisitos para o alargamento bem sucedido da ICCM em Moçambique
- Fazer consultas com os intervenientes sobre as formas como a supervisão e motivação dos APE podem ser melhoradas, bem como o fluxo de informação e utilização dos dados recolhidos pelos APE.

Resultados esperados:

- Sensibilização das partes interessadas sobre o programa iNSCALE da Malaria Consortium e dos seus objectivos
- Acordo entre os intervenientes sobre como o programa iNSCALE da Malaria Consortium pode atender às necessidades do país por meio de testes e documentação dos efeitos de estratégias novas e melhoradas
- Recomendações e pareceres dos intervenientes sobre as intervenções essenciais que podem facilitar o alargamento do MICC.

- ❖ Como aumentar a motivação dos APE para garantir uma alta satisfação e retenção dos APE?
- ❖ Como melhorar o fluxo de informação e fazer melhor uso dos dados recolhidos pelos APE?

Prevê-se que as organizações governamentais e não-governamentais desempenhem um papel importante ao longo da vida do projecto. Em particular, prevê-se uma colaboração frutuosa na qual os parceiros darão sugestões no desenho da intervenção, participem em actividades de divulgação, estejam envolvidos no desenvolvimento de directrizes para a introdução do MICC a nível distrital, apoiem os distritos a mobilizar recursos para o MICC, haja fornecimento regular de medicamentos para o MICC, e a manutenção do programa à escala nacional. O apoio contínuo do Ministério da Saúde às unidades sanitárias para fornecerem cuidados de referência, e equipar os APE com medicamentos, instrumentos, supervisão e formação é também uma necessidade para o sucesso do projecto.

A reunião foi dividida em duas partes: apresentações orais e discussões em grupo. Este relatório apresenta uma síntese dos destaques das apresentações e discussões em grupo, e as questões que surgiram a partir dos debates.

Discurso de Abertura

Kate Brownlow – Directora da Malaria Consortium em Moçambique

No discurso de abertura foram dadas as boas vindas a todos os participantes. Ela começou por se concentrar no programa dos APE recentemente aprovado pelo Ministério da Saúde. Uma das razões que motivaram a Malaria Consortium a promover o encontro foi para melhor explorar as práticas e experiências bem sucedidas e discutir as dificuldades do programa acima mencionado. Também foi mencionado que a análise de experiências passadas e futuras pode ser incluída na revitalização dos APE, a fim de se chegar a melhores formas de implementar a estratégia.

Depois disso, o moderador destacou os objectivos da reunião, os resultados esperados e referiu-se à agenda do dia.

O Papel dos APE na Promoção da Saúde da Comunidade

Dr. João Schwalbach

O aspecto principal desta apresentação foi centrado na história do programa, e nas suas experiências como o primeiro director do programa dos APE do MISAU.

Depois disso, cobriu alguns aspectos históricos:

- ❖ Os anos seguintes à independência mostraram fraquezas no sistema de cuidados de saúde, especialmente nas áreas rurais, por isso, houve a necessidade de se definir estratégias que pudessem alterar a situação, descentralizando o sistema e levando-o para a periferia;
- ❖ O primeiro seminário nacional de saúde, em Outubro de 1975, lançou a ideia de promoção da saúde na comunidade pela comunidade;
- ❖ As experiências da luta de libertação nacional, as diferentes experiências dos médicos da China, URSS, Tanzania, entre outros foram fontes inspiradoras para a formação dos APE;
- ❖ O conceito de promoção da medicina por parte das comunidades.

Foi enfatizado que os APE não seriam funcionários do sistema nacional de saúde, porque eles não eram empregados e nem se ocupavam exclusivamente de tarefas de cuidados de saúde. Eles ajudavam a promover a saúde nas suas comunidades, constituindo o elo entre elas e o sistema nacional de saúde.

Perguntas e discussão

Perguntas sobre a relação entre o programa de formação dos APE e o movimento actual de reforma do sector público: o que pode ser feito para garantir que os APE possam ser integrados nas reformas actuais? O Ministério está assumindo a responsabilidade do processo, e isso viola o conceito de envolvimento da comunidade.

Respondendo à questão acima: a lei moçambicana relativa a esta matéria estipula que os cuidados primários de saúde devem estar sob a supervisão das autoridades locais. Na sua opinião pessoal, ele não concorda, sugerindo que poderia ser prematuro, por duas razões: as autoridades locais não têm recursos nem experiência, e há o perigo ideológico e filosófico de quebrar os cuidados primários de saúde. O sistema deve ser repensado de forma a evitar rupturas. Os APE devem ser actualizados em termos de conhecimentos técnicos.

É importante abordar a questão da falta de salário, e envolvê-los para que continuem a executar a tarefa. Um exemplo: a população do distrito de Magude decidiu contribuir para os APE. Outra experiência considerada positiva foi a ligação entre os curandeiros tradicionais e os APE, tornando esta união mais forte.

Uma outra contribuição sobre a questão da compensação aos APE salienta que este é um assunto sério, que exige que o Ministério da Saúde discuta a sustentabilidade do programa. O investimento nos APE tem retornos elevados. Olhando para a realidade da situação do país, como é que a formação seria ministrada hoje? Quem irá pagar os salários? O Ministério da Saúde? Qual seria o papel do Ministério da Saúde?

Duas questões foram levantadas: a sustentabilidade do programa e a sustentabilidade dos APE *que não podem viver apenas de oxigénio*. O Ministério da Saúde deve fornecer as ferramentas para o seu trabalho, tais como transporte e uma maca. Ele não concorda que os APE se tornem funcionários do Ministério da Saúde, porque seriam considerados seus funcionários. Nesse caso, teriam que prestar contas ao Ministério. Em vez disso, eles deveriam prestar contas à comunidade, especialmente quando são sustentados por ela.

Resultados da Análise dos Parceiros e Mapeamento

Celso Inguane – Consultor, Malaria Consortium

A apresentação constituiu uma abordagem aos resultados preliminares da consultoria sobre os intervenientes no MICC das principais doenças infantis, através da estratégia dos APE em Moçambique realizada para a Malária Consortium.

Dois contextos:

- ❖ O renovado interesse internacional sobre a utilização dos agentes rurais de saúde, a fim de garantir um melhor acesso aos cuidados primários de saúde, e para o alcance dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), números quatro e cinco;

- ❖ O interesse renovado em Moçambique, no programa de revitalização dos APE, com potencial para melhorar e garantir o acesso aos cuidados primários de saúde e ampliar os cuidados de saúde.

A utilização dos agentes rurais de saúde, como os APE tem sido bem sucedida, mas enfrentou dificuldades, tais como sustentabilidade, desempenho, supervisão, retenção e motivação, e utilização da informação.

Três objectivos foram realçados:

- ❖ Identificar os principais actores envolvidos noMICC das principais doenças infantis, através da estratégia dos APE;
- ❖ Reconhecer as oportunidades e desafios para o programa;
- ❖ Identificar soluções reais previstas e alternativas com potencial para um melhor desempenho dos APE, sua retenção e motivação, e a utilização eficaz da informação produzida pelos APE.

Ele apresentou a amostra, os lugares visitados, os métodos de recolha de dados e análise dos mesmos. Dois obstáculos foram nomeados: o acesso à informação e documentação (em curso), e a disponibilidade dos entrevistados potenciais.

As oportunidades e desafios para o programa foram citados. Como desafios, a sustentabilidade financeira, planeamento e coordenação, a capacidade institucional, a transparência na selecção dos APE, e o impacto dos subsídios para os APE foram apresentados de forma detalhada.

Algumas soluções, com potencial para melhorar o programa, foram dadas, tais como:

- ❖ A melhoria do desempenho dos APE, por meio de uma supervisão clara, descentralizada e regular;
- ❖ Formação permanente;
- ❖ Retenção e motivação dos APE através de incentivos monetários, materiais e não materiais;
- ❖ Por exemplo, a utilização da informação produzida e fornecida pelos APE, através da recolha de dados e elaboração de relatórios.

Alguns aspectos relevantes abrangidos na apresentação foram sublinhados, por exemplo, as implicações dos subsídios no desempenho dos APE. Foi também salientado que, mesmo sem respostas claras, o programa não deve parar e não deve haver receio. As pessoas foram lembradas que em 1977, não havia respostas para todas as questões críticas, mas mesmo assim, continuou-se.

Depois da apresentação, foram levantadas algumas questões para discussão posterior:

- ❖ Como melhorar o desempenho dos APE e garantir a qualidade do seu trabalho?
- ❖ Como garantir que os APE se mantêm permanentemente motivados?
- ❖ Como utilizar as informações recolhidas pelos APE, ao nível da comunidade, e como garantir o fluxo das mesmas para os outros?

Gestão de Casos na Comunidade de Doenças Infantis nas Áreas Rurais em Moçambique: Província de Nampula, Distrito de Nacarôa

Luigi d`Aquino, Save the Children

O apresentador começou por dizer que foi um projecto concebido em parceria com o Ministério da Saúde, dando informações básicas, tais como, a duração, a área de intervenção e a população da zona. Em seguida, apresentou um diagrama contendo a meta (de reduzir a mortalidade em crianças menores de cinco anos), objectivo (aumentar a utilização dos serviços e os comportamentos chave), os resultados (aumento de acesso e disponibilidade de serviços e produtos, aumento da qualidade dos serviços prestados, melhorar o conhecimento e aceitação dos serviços) e a estratégia do projecto.

A fase inicial do projecto foi a concepção de um pacote nacional de MICC, o que foi possível através da adaptação do material já existente de outros países para Moçambique, a revisão do currículo existente para os APE, bem como protocolos e ferramentas de trabalho e, em seguida, a elaboração de uma proposta de manual em parceria com o Ministério da Saúde.

Na fase de implementação fizeram a mobilização rural, a formação de supervisores e dos APE, a reabilitação de centros de saúde e a compra de medicamentos para os APE. A formação dos supervisores, que eram funcionários dos centros de saúde, tinha por objectivo garantir a ligação com os APE. No entanto, de acordo com o Ministério da Saúde, para a sua formação eles deviam trabalhar com os APE existentes e não podiam formar novos.

Ele mostrou um diagrama sobre os resultados do acesso e qualidade dos serviços. A partir do exercício de supervisão dos APE surgiram algumas observações. Eles tinham cartões de registo a partir dos quais os supervisores avaliavam e reportavam sobre o papel dos APE, concluindo que havia muito trabalho a ser feito. Para além de cursos de reciclagem devia haver uma formação contínua para melhorar a qualidade do trabalho dos APE.

Obstáculos e lições aprendidas:

- ❖ Cobertura e acesso - inicialmente, o maior problema foi a sua expansão para áreas sem cobertura, mas o novo plano cobre este aspecto.
- ❖ Procura de serviços – não só aumenta a procura de APE na comunidade, mas também envolve outros actores chave.
- ❖ Supervisão - desde o início, o envolvimento do pessoal do centro de saúde constituiu um grande desafio, porque são muito poucos e o seu papel não é fácil; as vias de acesso no país afectam a frequência das supervisões, mesmo quando há fundos.
- ❖ Motivação - O projecto começou sem nenhum incentivo monetário e pode-se dizer que o desempenho dos APE foi bom, a partir de 2010 existe um plano de introduzir algum incentivo a ser dado a nível distrital e não por Organizações Não Governamentais (ONG), deve haver um alinhamento de todas as acções com o plano nacional.
- ❖ Ligação permanente com os centros de saúde
- ❖ Monitoria e avaliação - desenho de vários tipos de cartões de registo, que contribuem para o trabalho contendo informações estruturadas; qual é a importância da pessoa que as recolhe; não é fácil para os APE recolherem muitas informações; durante a formação a capacidade dos APE deve ser tomada em consideração.
- ❖ Logística - o fornecimento do Kit C não foi regular durante o período de implementação do projecto, o que afectou o desempenho dos APE.

Perguntas e discussão

Uma observação enfatizou a importância da documentação destes projectos em que a *Save the Children* está envolvida. A documentação de boas práticas e histórias de sucesso deve ser divulgada para os ministérios e outras organizações.

Sobre o perfil dos APE é tipicamente dito que tem um papel preventivo, curativo e de promoção, mas deve-se notar que há também a parte de reabilitação. Um dos maiores problemas é a capacidade de reabilitação das comunidades e, portanto, os APE devem ser treinados para fazê-lo. Também é necessário criar uma estrutura de supervisão dentro dos APE, onde eles se podem tornar supervisores de APE com a sua própria experiência.

Sobre a documentação de referência, ele observou que o Ministério da Saúde está a usá-la nas suas discussões. O papel da reabilitação e a carreira dos APE já teve início e para além disso, a experiência vai mostrar se é possível e se faz sentido criar um esquema de supervisão. Deve começar de acordo com o que foi definido e, mais tarde, a comunidade pode ajudar o APE a desenvolver-se ainda mais.

Uma outra observação centrou-se na importância de enfrentar os desafios com transparência e de se estar preocupado com os níveis de gestão. Ele mencionou uma pesquisa realizada no Malawi. Uma questão foi colocada: se eles têm uma compreensão da fonte de dificuldades com os APE, ou se não terá sido a abordagem da metodologia? . Outra pergunta: será que a formação foi adequada, mas não a supervisão? Que acções a organização está a tomar para corrigir as deficiências?

Em resposta foi dito que há uma diferença geográfica entre Moçambique e Malawi, o que gera dificuldade de acesso e afecta a supervisão. Além disso, o acompanhamento regular não foi o melhor, o que não ajudou a melhorar a qualidade. Eles vêem apenas duas soluções: explicar que nem todos os APE têm o mesmo nível, e que nem todos podem treinar outros, e insistem na formação através da reciclagem e maior supervisão.

Outra questão foi levantada sobre as expectativas da *Save the Children*: como eles vêem o pequeno salto que os APE tiveram de um período para outro, valeu a pena? O que deve ser feito para aumentar o número de pessoas a receberem tratamento imediato para a malária, diarreia e pneumonia?

Sobre a recolha de dados, produção e utilização da informação pelos APE e autoridades, muitos sistemas foram criados para recolher o máximo de informação, mas sem utilização efectiva.

Respondendo: não valia a pena descrever o sistema de monitoria, eles têm vindo a trabalhar sobre esta questão e todos concordam em ter as informações necessárias para garantir uma simplificação absoluta do sistema.

O supervisor não está familiarizado com os cartões de registo e que a recolha de dados deve ser efectuada mensalmente. Os APE estão a continuar a trabalhar e os mesmos dados devem ser comparados no próximo ano. Há duas componentes: o papel do supervisor e do supervisionado, em que é necessário não só reforçar os APE, mas também o supervisor.

Ficou claro que as discussões de grupo do MISAU estão em curso, onde as questões levantadas serão resolvidas. Também aceitou contribuições para serem integradas no manual dos APE, que está a ser produzido. No âmbito da revitalização do programa, a *Save the Children* foi questionada sobre qual o papel das ONG após este trabalho intenso.

Respondendo disseram: que deve haver uma demarcação clara entre os doadores. Para além da assistência técnica eles devem também estar ligados à fase de implementação, garantir a supervisão, dar apoio permanente à recolha e análise de dados e na formação no terreno.

Outro comentário foi sobre os dados apresentados, onde se dizia que todos gostariam de ter uma melhor percentagem em termos do desempenho dos APE. O treinamento em malária (diagnóstico e tratamento), a nível nacional começou no ano passado e já foram formados cerca de 1.500 APE. É importante para garantir a qualidade da formação a nível dos APE; verificar a informação que vai do nível central para os APE. Nem sempre a formação de formadores tem os resultados que são esperados, a nível da comunidade. Acredita-se que em 2010, os dados vão melhorar.

Programa de Gestão Integrada de Caso na Comunidade - CIDA

Helen Counihan – Malaria Consortium

Começou por nomear os países onde o programa está em curso, nomeadamente Uganda, Moçambique, Zambia e sul do Sudão. Em Moçambique, o projecto foi lançado na província de Inhambane, centrando-se nas áreas rurais. A meta do programa é reduzir a mortalidade infantil. A abordagem apresentada é aquela que é padrão nos quatro países, mas cada país tem as suas próprias estratégias e políticas em que o programa está integrado.

A formação em MICC deve seguir as orientações do MISAU, começando a nível do distrito até ao APE. O distrito e o pessoal da saúde também devem ser treinados como supervisores.

Algumas discussões importantes: a necessidade de supervisão do apoio permanente aos APE pela equipe de saúde; a garantia de que os recursos são dados aos supervisores numa base regular; e oportunidade de reciclagem da formação. Para tornar o processo de supervisão eficaz, a sua política deve ser supervisionada.

A actual situação do programa:

- ❖ Mapeamento dos APE concluído em Inhambane
- ❖ Trabalho com a Direcção Provincial de Saúde
- ❖ Apoio ao MISAU para desenvolver um novo programa de revitalização dos APE
- ❖ Fundos adicionais garantidos para as primeiras semanas de formação dos APE
- ❖ Protocolo do estudo de base submetido para aprovação ética.

O apresentador terminou dizendo que nada funcionará se as pessoas não mudarem o seu comportamento. No processo de pesquisa a primeira coisa importante é descobrir como as pessoas percebem o programa.

Perguntas e discussão

Embora o projecto tenha muito potencial, há muitos desafios. A meta de reduzir a mortalidade infantil (até 35%) deve ser discutida. Há risco de confusão quando se comparam distritos onde não há intervenção por causa dos muitos parceiros de implementação em Moçambique. Os três distritos contemplados terão um melhor desempenho porque vão ter mais apoio. Há muitos desafios se este tipo de avaliação for considerado.

O país está a atrair muitos outros parceiros. Foi esclarecido que os distritos-controlo serão seleccionados daqueles em que não estão a acontecer intervenções com base na comunidade, mas evidentemente o trabalho de outros parceiros de implementação em Moçambique está fora do controlo deste programa. Relativamente aos 35% foi concordado que esta é uma meta ambiciosa, e que de facto o objectivo é chegar o mais perto possível desta meta.

Programa iNSCALE

Dr. Karin Källander – Malaria Consortium

O programa iNSCALE é um novo programa do Malaria Consortium, que significa "*Innovations for scale of community access and lasting effects*" e está presente em dois países.

Tem havido uma implementação em larga escala do MICC em dezassete países africanos, mas isso foi muitas vezes limitado devido à falta de medicamentos, abandono dos APE, fraco desempenho e má utilização de dados. O programa iNSCALE tem as suas bases na implementação do projecto da CIDA no Uganda, e em Moçambique.

O objectivo do projecto é demonstrar que os programas de MICC do governo, em dois países africanos podem ser rapidamente elevados com qualidade, levando a um aumento sustentado na proporção de crianças doentes que recebem tratamento adequado.

A Fundação Bill & Melinda Gates exige que as organizações avaliem e proponham soluções para a melhoria em três áreas, que aumentarão a ampliação do programa nos países. Um dos objectivos do programa iNSCALE é identificar as melhores práticas e inovações com potencial para aumentar a qualidade e a cobertura do MICC. Algumas inovações estão a ser utilizadas e sua aceitabilidade deve ser avaliada.

Foi também apresentado um cronograma para mostrar a estrutura do projecto. O primeiro objectivo é a pesquisa formativa, que é uma actividade contínua. Para o contexto teórico, a motivação e satisfação são fundamentais. A satisfação leva à retenção e a motivação está ligada ao desempenho. Uma pessoa pode estar muito motivada, se houver uma estrutura, recursos e um bom ambiente de trabalho e, portanto, dar uma boa assistência. Mas quando não está motivada pode também prestar um bom serviço, mas procura outras formas de sobreviver.

Os dados podem ser usados para melhorar a motivação dos APE, fazendo o retorno dos mesmos e ajudando-os a ter um melhor desempenho. O relacionamento com seus doentestes e a comunidade é importante para que eles sintam que têm um papel importante e estão a realizar uma tarefa importante.

O que se espera com o programa é que, à escala nacional, os APE estejam interessados no seu trabalho, envolvidos, felizes e entusiasmados para realizar as suas obrigações e prestar cuidados com um padrão elevado, por um longo período de tempo.

Perguntas e discussão

A primeira observação salientou que o maior desafio no sector da saúde em Moçambique são os recursos humanos, e a apresentação deu uma imagem clara da fuga de pessoal qualificado. O MICC será conduzido pelo governo, os APE serão prestadores de serviços do Ministério da Saúde e, portanto, acredita-se que eles irão receber um salário.

O aspecto da retenção: o pessoal da saúde pode não estar feliz, porque podem achar que a retenção não é uma coisa boa. Mesmo que uma ONG dê o seu apoio, há a questão do desempenho. O aspecto da retenção está relacionado com outros grandes desafios, e constitui um problema maior.

Resposta: É interessante comparar o Uganda a Moçambique: no Uganda, o processo foi feito com voluntários e sem subsídios. O aspecto financeiro não é o único incentivo para manter as pessoas a trabalhar.

A outra questão enfatizada foi a de que o objectivo do programa de 5 anos é ter 33% dos distritos em Moçambique cobertos com o MICC. No entanto, devemos pensar para além dos cinco anos e perguntarmos como sustentar os APE mesmo depois dos cinco anos?

O apresentador respondeu que eles estão a facilitar a implementação do MICC para o Ministério da Saúde, e a estratégia para além do plano de 5 anos será decidida pelo governo.

Outra observação foi que a pesquisa operacional é muito interessante, mas foi questionado, como vão manter os 1.500 APE que têm vindo a trabalhar.

O apresentador respondeu que no primeiro ano, só será realizada investigação formativa, onde algumas questões serão analisadas. Eles vão ver o que motiva as pessoas neste contexto, e depois olhar para as experiências anteriores.

Sobre os indicadores, foi apresentada a lista completa ou apenas uma parte dela? Talvez devêssemos olhar para os indicadores que já existem e que medem a parte da promoção e prevenção, e não inventar novos. O programa tem como objectivo observar se os APE têm qualidade e cobertura dos cuidados de saúde.

Quanto aos indicadores, o Ministério da Saúde está projectando algo neste sentido, mas não sabem se a Malaria Consortium está preparado para recebê-los. Há um trabalho que deve ser feito com todos os parceiros do Ministério da Saúde, a fim de padronizar os indicadores.

A resposta do apresentador: a Malaria Consortium está envolvido nos grupos de trabalho no Ministério da Saúde e tudo é compartilhado com eles. A abordagem de projectos é comum e os indicadores são específicos para a avaliação. Irá concentrar-se no trabalho com os parceiros. Um momento chave poderá ser quando o

Ministério da Saúde apresentar a sua planificação anual, onde há necessidade de discussão em diferentes níveis e com diferentes grupos de trabalho.

Uma pergunta foi sobre o Conselho Coordenador da Saúde, se há qualquer mecanismo que será utilizado para influenciá-lo? Que mecanismos devem ser discutidos?

Sobre a supervisão, como torná-la mais eficaz? Sobre o papel e objectivo da supervisão, os APE devem ser avaliados, ou é para a sua formação contínua? Ou para ambos?

Sobre o fluxo e uso da informação que os APE dão para o nível central, que instrumentos existem? Quem faz a análise dos dados? Em que nível? Que tipo de retorno os APE recebem em termos dos dados que fornecem?

A qualidade dos serviços prestados: quais os factores que influenciam a qualidade? É a formação dos APE? Será que ela tem a qualidade desejável?

O que faz os APE permanecerem nas suas funções? Qual é a motivação? Quais são as condições de trabalho? Que instrumentos e meios eles têm à sua disposição para fazer o seu trabalho?

Introdução às discussões em grupos

Fernando Bambo – Malaria Consortium

O objectivo das discussões de grupo foi o de identificar novas ideias e boas práticas para melhorar o desempenho dos APE.

Para debate: foi feita a proposta de que os APE existentes com experiência, podem actuar como mentores dos APE recém-formados; para motivar os APE salientou-se a disponibilidade de materiais que poderiam fazer a diferença; foi também recordado às pessoas o problema do volume de informações que os APE têm de gerir.

Para o primeiro grupo, sobre a motivação, eles devem fazer uma lista dos elementos que contribuíram para a qualidade do serviço e para a retenção dos APE. Também cobrir os desafios para garantir a qualidade.

O segundo grupo, sobre a supervisão, deve debater questões relacionadas com a estrutura formal existente, criada pelo Ministério da Saúde que regula a supervisão. Fazer uma comparação com a experiência de trabalho no campo: que tipo de inovação pode ser trazida para o contexto existente.

O último grupo, acerca do fluxo e utilização de dados, deve analisar o que é necessário como dados, o que fazer com os dados, a razão da necessidade dos dados, os entraves e soluções.

Apresentação feita pelos grupos

Grupo 1 – fluxo de dados e utilização dos dados

O grupo mudou de assunto para *sistema de informação dos APE* e decidiu trabalhar com o ciclo da informação.

Identificaram duas necessidades:

- ❖ Avaliar a gestão dos APE, utilizando os seguintes indicadores: utilização de um sistema de gestão de stock, dados sobre a formação e supervisões, dados de consumo.
- ❖ Avaliação dos serviços prestados aos APE: Número de casos de doença tratados pelos APE, dados demográficos, uso e qualidade dos serviços.

Uma barreira identificada foi a distância para os APE. Eles enfatizaram a existência de vários sistemas de informação em que cada parceiro tem o seu próprio, o que constitui uma dificuldade. Como uma possível solução sugeriram que se ligasse o sistema de informação ao desempenho e incentivos. Também pode ser uma solução tecnológica como o uso de telefones celulares, por exemplo.

Sobre a questão do fluxo de dados os obstáculos identificados foram: a existência de ferramentas múltiplas e heterogéneas, o sistema do Ministério da Saúde ligado à farmácia, e a existência de fluxos verticais. A solução seria a harmonização dos dados e ferramentas, o que pode ser feito através dos grupos de trabalho dos parceiros.

Na avaliação do desempenho individual deve ser garantido que os dados primários chegam aos supervisores, a nível do distrito.

A barreira para a garantia de qualidade era que os dados recolhidos não eram fiáveis, eram incompletos e por vezes inexistentes. As soluções: reforçar o papel dos comités de saúde, garantir a verificação dos dados e avaliar a qualidade dos dados.

Outros obstáculos foram os denominadores indefinidos e a baixa ou nenhuma utilização local dos dados fornecidos pelos APE. As soluções: fazer uma estimativa da população abrangida pelos APE, definir metas para os APE, treinar os líderes e outros em utilização de dados, e inquirir aos APE sobre o uso a ser feito dos dados.

Discussão – Utilização dos dados

A primeira observação pediu mais informações sobre a utilização dos dados dos APE pela comunidade e Ministério da Saúde: ver como a informação pode ser integrada no sistema de saúde. O actual sistema de informação não reflecte as actividades a nível da comunidade. É importante saber o quanto é feito nos diferentes níveis.

Tem ficado claro que há informações que irão fluir da comunidade para o Ministério da Saúde e para fora (a questão da mortalidade, por exemplo), mas há dados que o Ministério não precisa saber, por exemplo, o número de latrinas na comunidade. O Ministério da Saúde não vai fazer uso de todos os dados, porque nem todos são de interesse para o ministério.

A experiência, na província de Maputo é que os APE têm um livro de registo e que a informação é recolhida todos os meses. A informação vem dos APE para o distrito, depois para a província e de lá para o ministério. Em algum momento os dados das comunidades devem fluir para outros níveis. Por exemplo, notificação dos casos de cólera. Se este tipo de informação for comunicado, haverá situações que poderiam ser prevenidas.

Uma das questões importantes na recolha de dados, para além de conhecer as actividades dos APE, é o planeamento para os medicamentos e materiais necessários para o seu trabalho, a fim de evitar a ruptura de stock. Os dados devem chegar ao Ministério da Saúde e ser partilhados com o departamento de planificação e a central de medicamentos. O país é vasto e as províncias têm diferentes números de população, de APE e de necessidades.

O fluxo de dados, visto a dois níveis: o fluxo de informações da base, passando para o centro de saúde dos APE, para o distrito, para a província, e de lá para o nível central. Comparando com a primeira estrutura do fluxo, a segunda reflectiu o fluxo na outra direcção. A informação deve fluir em ambas as direcções. É a estrutura de informação de retorno que num ciclo fechado, pelo menos criaria motivação e satisfação.

A questão da informação de retorno deve ser considerada com cautela, é difícil para os APE receberem informação do nível central. Isto deve vir de alguém próximo das actividades dos APE, por exemplo, dos líderes da comunidade. Esta informação deve ser escrita para permitir uma maior utilização, por exemplo, para o desenvolvimento da sua carreira.

Os dados não são realmente do nível central para os APE. Por exemplo Maputo (central) recebe os dados sobre o número de testes que os APE usam, e fazem o retorno, questionando algumas questões. Esse retorno permite que os APE compreendam os seus possíveis erros.

A supervisão é feita mensalmente em cada centro de saúde. A Direcção Distrital de Saúde é responsável pela supervisão. Os dados provêm de cada centro de saúde e, em seguida, no departamento de farmácia eles fazem a análise. Este exercício permite ver a situação da malária nas diferentes áreas e tomar medidas.

A pergunta era sobre como os medicamentos e os testes são enviados para os centros de saúde e aos APE? Será que influencia o envio posterior de materiais? Eles obtêm na base do que o distrito pede, e calculam de acordo com os dados anteriores.

Grupo 2 – supervisão

Um aspecto positivo foi que os supervisores são reconhecidos como importantes ao nível da comunidade, mas não a todos os níveis. No centro de saúde, por vezes, os APE não são reconhecidos nem recebem o apoio que deveriam ter (nas campanhas, por exemplo).

É importante definir o número de APE que um supervisor pode ter, e isso poderia ser limitado por factores geográficos, tais como as condições e a distância. O número de supervisores deve ser definido por distrito e eles devem ter subsídios e transporte.

A mudança regular do pessoal de saúde traz dificuldades para a implementação do programa, porque isso significa ter de começar do zero novamente.

Existe demanda por supervisores. Os APE querem apoio através da supervisão. Um outro problema é que muitos centros de saúde são pequenos e não têm profissionais de saúde suficientes e a quantidade de trabalho é muito grande. Em cima de tudo isso, obter energia, tempo e condições para a supervisão pode ser um grande desafio.

O grupo concentrou-se nas sugestões seguintes como soluções possíveis: a possibilidade de integrar a supervisão dos APE em brigadas móveis, incluir a componente de apoio aos APE, possibilidade de troca de experiências, em que os APE com maior capacidade são promovidos para ajudar aqueles com menor capacidade.

A qualidade da supervisão é importante se houver o objectivo de mudança de comportamento. O envolvimento da comunidade na supervisão, por exemplo, através do comité de saúde da comunidade é também muito importante. Uma pergunta sem resposta é se existe o conceito de um supervisor ser um mentor. A supervisão dos supervisores também deve ser feita. A questão da responsabilização dos supervisores e dos APE também precisa de ser claramente definida.

A pesquisa formativa está a ser conduzida. O resultado da pesquisa vai ajudar a identificar que tipo de apoio e supervisão que os APE esperam.

Discussão - supervisão

A supervisão deve ser pedagógica e não controladora, mas de alguma forma tem que avaliar, porque senão a oportunidade de corrigir as coisas fica perdida. A supervisão deve ter o objectivo claro de identificar possíveis erros para serem corrigidos. Para se alcançar esse objectivo deve haver uma directriz.

Supervisionar o supervisor é uma questão interessante e necessária. A supervisão do Ministério da Saúde não tem sido bem feita. Um dos elementos chave deve ser a auto-supervisão do próprio APE, que poderia preencher as informações sobre o que ele aprendeu, e como a supervisão foi feita.

Não há nenhum estatuto dos APE, eles são intocáveis do ponto de vista jurídico. Uma vez que eles não são funcionários do Serviço Nacional de Saúde, nem da comunidade, então eles estão imunes. Um esforço deve ser feito para criar um quadro legal em que os APE se encaixariam.

Foi enfatizado que seria uma grande contribuição se pudéssemos ter médicos e especialistas como mentores dos APE. No Malawi, foi proposto que cada APE tivesse um mentor do centro de saúde. A qualidade clínica dos cuidados do pessoal do centro de saúde é pior do que a do nível dos APE: o que torna necessário pensar em qual seria o papel desejado do mentor: a questão clínica ou o desenvolvimento profissional.

Outra questão levantada foi a quem é que o APE presta contas. Por exemplo, eles recebem o Kit C e, depois, a quem prestam contas? Eles prestam contas à comunidade, uma vez que servem essa mesma comunidade. Depois de receber o Kit C, eles prestam contas à Direcção Provincial da Saúde. Eles também devem elaborar um relatório para garantir que no próximo mês, recebem outro. Eles têm dupla responsabilidade: perante a comunidade onde estão e trabalham, e ao centro de saúde que os supervisiona.

Foi então notado que uma questão central tinha sido levantada, a questão da responsabilização. Por exemplo, quem poderia demitir um APE? Porque essa seria a pessoa ou entidade à qual ele deve prestar contas.

Quem pode demitir um APE? Nenhuma resposta foi dada porque há trabalho em curso no Ministério da Saúde. Mas se os APE são seleccionados pela comunidade, devido à confiança que nele depositam, o que acontece se esta diz que eles não querem mais esse APE? É uma questão para reflexão. Alguém perguntou se não seria o conselho dos líderes da comunidade que tem essa competência, pois é a principal estrutura de poder na comunidade? Uma experiência foi referida: o Kit C é aberto na presença dos líderes da comunidade. Os APE prestam contas a eles e os líderes têm conhecimento de todas as actividades dos APE.

Grupo 3 – motivação

O relator do grupo começou por se referir à qualidade do serviço, onde identificaram alguns aspectos que incentivam os APE: supervisão permanente sobre os aspectos técnicos dos APE, o local de trabalho deve estar equipado; o material para o trabalho deve ser adequado; a selecção e identificação dos APE devem ser feitas pela comunidade; e a formação deve ser contínua e regular.

Como formas de retenção: a selecção deveria ser feita pela comunidade e isso lhes traria confiança; os APE que estivessem a trabalhar durante um certo tempo poderiam ter promoções, concorrendo para um curso básico; por exemplo: assistência médica para os APE e suas famílias; a comunidade estimulando os mecanismos de sustentabilidade dos APE com base na comunicação com os APE, onde eles diriam o que precisam.

Em vez de salário, eles poderiam ter incentivos, tais como uniformes, crachá, transportes e meios de comunicação, o que os motivaria para o trabalho. A supervisão não só melhora a qualidade do serviço, mas também motiva.

A apresentação também nomeou os desafios e soluções.

- ❖ Um desafio para os APE era ter uma organização de base para encaixá-los.
- ❖ Outra questão levantada foi o facto de que, uma vez que é a comunidade que escolhe os APE, eles poderiam escolher os amigos. Eles propuseram a selecção de alguns e, depois, uma avaliação ao nível distrital
- ❖ Os formadores devem estar dedicados à formação
- ❖ Os APE que se destacam devem ser recompensados, fazendo com que os outros também melhorem

Outro ponto importante é que cada comunidade não deve ter apenas um APE. É difícil treinar muitos na primeira fase, mas numa segunda a mesma comunidade deve também ser contemplada, para o caso de doença, férias ou saída dos APE existentes. Isso também irá fazer os APE competitivos.

Finalizando, a questão de saber o que está a motivar os APE que já estão a trabalhar foi sublinhada, indicando que não há nenhuma informação sobre isso. Estão a ser supervisionados pelas comunidades?

Discussão - Motivação

A primeira observação mencionou que há uma série de desafios para a implementação do programa dos APE, o desafio das ONG nas províncias tem a ver com as capacidades. Uma outra pessoa mencionou a experiência de trabalhar com as actividades de saúde em Cabo Delgado e Nampula, onde o trabalho dos APE e outras actividades de saúde não eram específicos de organizações. O que foi definido pela Direcção Provincial da Saúde é que eles não querem organizações diferentes, mas uma única estrutura de trabalho na comunidade.

Nas províncias acima referidas, havia a liderança da Direcção Provincial de Saúde, a fim de fazer a harmonização das abordagens, mas em outras províncias há actividades que recebem vários incentivos e há uma área de acção que está confusa. Como pode ser estudado e analisado para garantir que a harmonização não pode ser prejudicada por causa da "confusão" dos intervenientes nos distritos e nas comunidades? O mapeamento das organizações que trabalham lá é enorme.

Os parceiros resolvem um problema imediato nas comunidades onde não há centros de saúde. O Ministério da Saúde não deve demitir-se do programa dos APE porque ele tem sido parte do seu pensamento desde 1977.

Resumo, conclusões e recomendações

Baltazar Chilundo – Malaria Consortium

- ❖ Os objectivos da reunião foram todos cumpridos.
- ❖ Durante as discussões ficou claro que a gestão só será bem sucedida se houver um envolvimento activo de todos os actores e partes interessadas.
- ❖ Houve também uma mensagem clara sobre o papel importante para o sucesso dos diferentes projectos e programas à volta desta questão. Esforços positivos devem continuar e devem ser reforçados os já existentes.
- ❖ Deve haver uma interacção mais intensa entre os diferentes parceiros de implementação com mais partilha de experiências e comunicação.
- ❖ O Ministério da Saúde deve ser consultado em relação a todos os procedimentos.
- ❖ Convite para participação nos grupos de trabalho do Ministério da Saúde, se quisermos ver as nossas contribuições reflectidas.
- ❖ O Malaria Consortium deve finalizar o relatório de análise dos “inputs” dos parceiros e divulgá-lo

Avaliação do “workshop”

Aspectos positivos: o Malaria Consortium foi congratulado pelo seminário; uma boa reunião e o nível de debate trouxe aspectos positivos que contribuirão para os grupos de trabalho no Ministério da Saúde; permitiu a interacção das partes envolvidas.

A ser melhorado: menos tempo para as discussões.

Encerramento

Kate Brownlow – Malaria Consortium

Com não havia muito a acrescentar, ela disse que a reunião foi muito interessante e as contribuições muito ricas. O que foi extremamente importante foi a abordagem, que foi baseada na história e riqueza das experiências no país, para o desenvolvimento e implementação do programa dos APE.

A abordagem a nível central tem muito a ver com os actores dentro do sector da saúde. Os APE não acontecem de forma isolada - é no âmbito de um Ministério, num contexto onde há muitos parceiros, ideias e experiências para enriquecer e informar o caminho a seguir. Há necessidade de haver pessoas dinâmicas no Ministério para liderar este processo.

Terminou dizendo que ela está orgulhosa de ser parte do processo, e vai continuar a apoiar durante o processo.

Anexo I – Discurso da Kate Brownlow

Bom dia a todos,

Foi recentemente aprovado pelo Ministério da Saúde o programa de revitalização dos APE. Esta aprovação revalida o reconhecimento de que os APE são um elemento chave nos esforços para melhorar o estado de saúde das comunidades, especialmente aquelas com acesso limitado aos cuidados de saúde oferecidos pelo Sistema de Saúde.

No entanto, nós, os parceiros do Ministério da Saúde possuímos experiência de trabalhar com este grupo. Acreditamos que este processo de revitalização, práticas e experiências bem sucedidas deve ser capitalizado e melhor utilizado; continuamente lutando contra as dificuldades no trabalho; o apoio aos APE deve ser discutido e identificadas possíveis soluções.

Esta foi uma das razões que levaram o Malaria Consortium a organizar esta reunião. Pois, em resposta à estratégia de revitalização dos APE pretende-se implementar um projecto para garantir que os APE estejam motivados e continuem a melhorar a qualidade do trabalho que tem sido desenvolvido. Mas, para isso, é importante olhar para os diferentes intervenientes nesta área e a melhor maneira de fazer isso considerando as experiências já existentes.

Espero que o tempo disponibilizado para esta reunião seja suficiente para esta discussão e que possamos sair daqui com ideias claras sobre o que pode ser feito para ajudar os APE a oferecerem mais e melhores cuidados de saúde às comunidades rurais.

Desejo-vos a todos um excelente dia de trabalho.

Obrigado.

Anexo II – Agenda

- 8h00 – Chegada dos participantes
- 8h15 – Discurso de abertura - Kate Brownlow
- 8h45 – Programa de revitalização dos APE – Decisões e Desafios - Dr. João Schwalbach
20 min Perguntas e discussão
- 9h15 - Resultados da análise dos parceiros e mapeamento – Celso Inguane
10 min Perguntas e discussão
- 9h45 – Intervalo
- 10h15 – Save the Children - Luigi d`Aquino
- 11h00 – Apresentação do Malaria Consortium iCCM/CIDA – Helen Counihan
10 min Perguntas e discussão
- 11h30 - Apresentação do Malaria Consortium - projecto iNSCALE – Karin Källander
- 12h45 – Almoço
- 13h45 – Introdução à discussão em grupos - Fernando Bambu
- Discussões de Grupo
 - Grupo a) supervisão dos APE
 - Grupo b) motivação dos APE
 - Grupo c) fluxo e utilização de dados
 - Apresentação do grupo a) supervisão
 - Discussão sobre a supervisão Todos
 - Apresentação do grupo b) motivação
 - Discussão sobre a motivação Todos
 - Apresentação do grupo c) fluxo e utilização de dados
 - Discussão sobre a utilização de dados Todos
 - Discussão
- 16h30 - Resumo, conclusões e recomendações
- 17h00 - Cocktail

Anexo III - lista de participantes

1. Abraão Jalane – Associação Moçambicana de Saúde Pública
2. Albino Machava – MISAU
3. Ana Cristina – MALARIA CONSORTIUM Mozambique
4. Ana Paula Gabriel – MALARIA CONSORTIUM Mozambique
5. Anne Griggs – MALARIA CONSORTIUM Mozambique
6. Antoine Bureau – OMS
7. Arsénio Machava – MALARIA CONSORTIUM Mozambique
8. Baltazar Chilundo – MALARIA CONSORTIUM Mozambique
9. Catarina Regina – Cooperação Suíça
10. Celso Inguane – Consultor
11. Cláudia Manjate – MALARIA CONSORTIUM Mozambique
12. Daniel Bomba – FHI Maputo
13. Daniel Strachan – Institute of Child Health – University College of London
14. David Magaia – N´weti
15. Eder Ismael – MALARIA CONSORTIUM Mozambique
16. Fernando Bambo – MALARIA CONSORTIUM Mozambique
17. Frederico Brito – UNICEF
18. Guus Tenasbroek – London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM)
19. Hafeeza Hassan Makda – NOTE TAKER
20. Helen Counihan – MALARIA CONSORTIUM Mozambique
21. Humberto Cossa – Banco Mundial
22. Humberto Muquingue – JHPIEGO
23. Inácio Ezequiel – World Relief
24. James Tibenderana – MALARIA CONSORTIUM Uganda
25. Jonas Chambule – Embaixada da Irlanda
26. Judite Pinto – MALARIA CONSORTIUM Mozambique
27. Karin Källander – MALARIA CONSORTIUM Uganda
28. Kate Brownlow - MALARIA CONSORTIUM Mozambique
29. Lesong Conteh – London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM)
30. Luigi d`Aquino – Save the Children
31. Manuel Tamarit – MALARIA CONSORTIUM Mozambique
32. Maria Augusta Ferrão – MALARIA CONSORTIUM Mozambique
33. Nick Ahlers –IRD
34. Rui Reis – Agência Catalana Cooperação
35. Samuel Mabunda – PNCM/MISAU
36. Saul Morris – Bill & Melinda Gates Foundation
37. Teresa Mapasse – Coordenadora Nacional do Programa dos APEs/MISAU
38. Yasmin Cassam – LSDI Maputo
39. Yasmin Kalumia – MALARIA CONSORTIUM Mozambique
40. Zelee Hill – Institute of Child Health – University College of London
41. Zulmira da Silva – MALARIA CONSORTIUM Mozambique