



# Mapeamento Dos Principais Intervenientes No Manejo Integrado De Casos Na Comunidade para as Principais Doenças Na Infância, através dos APEs em Moçambique

June 2010



## **AGRADECIMENTOS**

Esta pesquisa não teria sido possível sem o apoio que recebi de diversos indivíduos e instituições contactadas na Cidade de Maputo, Cidade de Inhambane e distritos de Massinga e Vilanculos. Os nomes dos indivíduos não são aqui mencionados, por motivos éticos.

Assim, gostaria de endereçar os meus agradecimentos aos participantes da pesquisa e funcionários do Ministério da Saúde na Cidade de Maputo, da Direcção Provincial de Saúde de Inhambane e dos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social dos distritos da Massinga e Vilanculos.

A minha gratidão é extensiva aos membros do governo provincial de Inhambane e governos distritais de Massinga e Vilanculos, bem como aos funcionários dos parceiros do Ministério de Saúde, nomeadamente: Fundação Aga Khan, ICAP, IRD, Emabixada da Irlanda, Malaria Consortium, Save the Children, Cooperação Suíça, Banco Mundial, UNICEF, Governo Americano (através da USAID) e Organização Mundial de Saúde (OMS)

Gostaria de terminar mostrando meu reconhecimento pela assistência e disponibilidade dos informantes-chave, os quais partilharam os seus conhecimentos e ideias comigo, em horas de trabalho e de lazer.

## SUMÁRIO EXECUTIVO

Este relatório apresenta achados do mapeamento dos principais interventientes no Manejo Intergrado de Casos na Comunidade (MICC), para as principais doenças na infância (malária, diarreias e, infecções respiratórias), através da estratégia dos Agentes Polivalentes Elementares (APEs) em Moçambique. O mapeamento foi conduzido entre Março e Abril de 2010, junto de informants-chave com conhecimento, interesse e experiência sobre o MICC e o programa dos APEs. Os informantes foram seleccionados junto do Ministério da Saúde (MISAU); Direcção Provincial de Saúde (DPS) de Inhambane; Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS) dos distritos de Massinga e Vilanculos, da província de Inhambane; Governo provincial de Inhambane e Governos dos distritos de Massinga e Vilanculos; organizações parceiras do MISAU e; informantes-chave não associados a quaisquer das instituições acima mencionadas. A maioria dos informantes identificados foi entrevistada. Contudo por motivos e agenda e disponibilidade dos mesmos, alguns não foram entrevistados.

O programa dos APEs tem mais de 30 anos de história em Moçambique, tendo sido implementado pela primeira vez em finais da década de 1970. No decurso da sua implementação o programa foi atravessado por estrangulamentos que influenciaram o seu encerramento oficial, seguido de tentativas de revitalização, não bem sucedidas. Na esteira do entusiasmo pelo programa dos APEs, associado à Reunião Nacional sobre o Envolvimento Comunitário para a Saúde, realizada em 2007 o programa está sendo de novo revitalizado.

Os APEs são encarados em Moçambique como um actor-chave a nível comunitário para assistir na extensão dos cuidados primários de saúde às comunidades locais, particularmente à nível das zonas rurais. Consequentemente, são um actor importante no MICC das principais doenças da infância, uma área de intervenção em que a Malária Consortium (MC) estará activamente envolvida, através do projecto INSCALE. Assim, a MC solicitou esta pesquisa rápida visando (i) identificar os principais actores envolvidos no MICC das principais doenças da infância, particularmente a malária, as diarreias e as infecções respiratórias, através do programa dos APEs; (ii) apreender sobre as principais oportunidades e ameaças ao programa dos APEs e, sobre as soluções alternativas planificadas e actuais com potencial para a melhoria do desempenho, retenção, motivação e utilização da informação gerada pelos APEs.

A recolha de dados foi realizada recorrendo à entrevistas individuais e de grupo junto dos principais interventientes, observação directa. Alguma literatura e documentos secundários foram usados para suplementar a informação colhida através dos outros métodos acima mencionados. Foi usado o método de *stakeholder analysis* para priorizar a definição e a priorização dos principais intervenientes e selecção de informants-chave. As opiniões dos principais intervenientes foram analisadas usando um quadro analítico SWOT – orientado para a interpretação dos achados sob o prisma de pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças ao programa dos APEs no geral, e particularmente para as áreas de supervisão, treinamento, motivação e retenção e utilização de dados gerados pelos APEs. .

Os achados da pesquisa sugerem que os principais intervenientes no desenvolvimento do programa mostram apoio em relação ao mesmo; contudo, o conhecimento e a tomada de decisão a nível nacional sobre o programa ainda se encontra centralizados na Cidade de Maputo; a liderança do processo de desenvolvimento do programa e o papel dos diferentes intervenientes ainda carece de definição clara e

os instrumentos e guiões para a Monitoria & Avaliação estão ainda na fase da concepção. Partindo destes achados apresento algumas recomendações para as áreas de tomada de decisão a nível nacional, advocacia e comunicação associada ao programa, planificação e Monitoria & Avaliação do programa.

## SUMÁRIO

	<b>AGRADECIMENTOS</b> -----	<b>ii</b>
	<b>SUMÁRIO EXECUTIVO</b> -----	<b>iii</b>
<b>CAPÍTULO UM:</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> -----	<b>2</b>
	1.1.Contextualização -----	3
	----	
	1.2. Objectivos do Mapeamento -----	5
<b>CAPÍTULO DOIS</b>	<b>METODOLOGIA</b> -----	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO TRÊS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DOS PRINCIPAIS INTERVENIENTES -</b>	<b>8</b>
	-----	
	3.1. <i>Stakeholder Analysis</i> resumida -----	8
	3.1.1 Positionamento dos Principais Intervenientes -----	8
	3.1.2 Conhecimento dos Principais Intervenientes em relação ao programa -----	9
	-----	
	3.1.3 Importância dos Principais Intervenientes -----	10
	-	
<b>CAPÍTULO QUATRO</b>	<b>PONTOS DE VISTA DOS PRINCIPAIS INTERVENIENTES</b>	<b>12</b>
	<b>RELATIVAMENTE AO PROGRAMA DOS APEs --</b>	
	4.1 Pontos de vista dos Principais Intervenientes em relação à Estratégia dos APEs-----	12
	-----	
	4.2. Oportunidades e Ameaças Potenciais à Sustentabilidade do programa -----	13
	-----	
	4.3. Prioridades para a Melhoria do programa -----	17

<b>CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES -----</b>	<b>27</b>
Conclusões-----	27
Recommendações -----	29

## CAPÍTULO UM: INTRODUÇÃO

Este relatório apresenta os resultados do mapeamento dos principais intervenientes no MICC das principais doenças na infância, através de uma estratégia específica que recorre a Agentes Comunitários de Saúde em Moçambique, designada Programa dos Agentes Polivalentes Elementares (APEs). O mapeamento decorreu entre Março e Abril de 2010, nas cidades de Maputo e Inhambane e, nos distritos de Massinga e Vilanculos - da provincial de Inhambane – no Sul de Moçambique.

O mapeamento visava (i) identificar os principais intervenientes no MICC das principais doenças na infância – particularmente as diarreias, a malária e as infecções respiratórias – através da estratégia dos APEs em Moçambique e; (ii) aprender sobre as oportunidades e ameaças ao programa, bem como soluções e alternativas actuais e planificadas revestidas de potencial para a melhoria do desempenho dos APEs, sua retenção e motivação e, uso da informação por si gerada.

O exercício de mapeamento recorreu ao uso de entrevistas individuais e de grupo semi-estruturadas e, observação directa visando identificar as potenciais oportunidades e ameaças à implementação e sustentabilidade do programa, bem como os contrangimentos nas areas de treinamento, supervisão, retenção e motivação dos APEs e, uso da informação por si gerada. O mapeamento foi conduzido junto de informantes-chave seleccionados do Ministério da Saúde (MISAU); Direcção Provincial de Saúde (DPS) de Inhambane; Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS) dos distritos de Massinga e Vilanculos, da província de Inhambane; Governo provincial de Inhambane e Governos dos distritos de Masssinga e Vilanculos; organizações parceiras do MISAU e; informantes-chave não associados a quaisquer das instituições acima mencionadas. O exercício procurou explorar o papel dos diferentes intervenientes na planificação e implementação do programa; as oportunidades e desafios para o programa e; os procedimentos, planos e recursos disponíveis e passíveis de serem mobilizados para as áreas de supervisão e motivação contínua dos APEs; envolvimento comunitário no reconhecimento do trabalho desenvolvido pelos APEs; métodos e ferramentas usadas na colheita e fluxo de informação gerada pelos APEs; métodos e conteúdos de treinamento e; ferramentas de trabalho dos APEs.

Este mapeamento representa o primeiro passo na identificação dos principais intervenientes, e das ameaças e oportunidades ao programa e, assistirá na definição dos principais actores (individuais e institucionais) que eventualmente terão papéis de facilitação e de bloqueio na implementação do programa e, representará um forum para a identificação de inovações que se julgam exequíveis e efectivas, do ponto de vista dos principais intervenientes. innovations that are deemed feasible and effective from the stakeholders perceptive.

Os achados deste exercício foram sumarizados na base de um quadro analítico SWOT, que indica os pontos fortes e fracos, as oportunidades e ameaças para as areas de treinamento, supervisão, motivação e utilização da informação. A seguinte literatura orientou a análise: (i) “Tools for Development” Handbook – DFID”<sup>1</sup> and (ii) “Guideline for conducting stakeholder interviews - A Partnerships for Health Reform Publication”<sup>2</sup>. Outra literature usada no trabalho foi devidamente referenciada e os detalhes são apresentados em notas de rodapé – em lugar de uma lista bibliográfica.

---

<sup>1</sup> Department for International Development (DFID). 2003. *Tools for Development: A handbook for those engaged in development activity*.

<sup>2</sup> Schmeer, Kammi. 1999. *Guidelines for Conducting a Stakeholder Analysis*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.

A aprovação do Programa de Revitalização dos APEs pelo Ministério da Saúde (MISAU), em Março de 2010, é encarado pelos intervenientes no desenvolvimento do mesmo como um passo decisivo para o lançamento das bases para a sua implementação. Esta decisão é igualmente vista como finalizando um longo período de incertezas, envolvendo o MISAU e os seus parceiros no desenvolvimento do programa que, se seguiu à realização da Reunião Nacional sobre o Envolvimento Comunitário para a Saúde, que teve lugar em Junho de 2007 e, na qual - dentre outras - foi tomada a decisão de revitalizar o programa dos APEs. O MISAU e seus parceiros bilaterais e multilaterais e ONGs baseados na Cidade de Maputo têm estado envolvidos no desenvolvimento do programa e de aspectos específicos cruciais para a sua implementação tais como os instrumentos e guíões de Monitoria & Avaliação .

Os governos, instituições do MISAU e ONGs nacionais e internacionais de nível provincial e distrital não têm estado activamente envolvidos no desenvolvimento das diversas componentes do programa, mas têm sido consultadas sobre alguns aspectos específicos do mesmo. Os principais intervenientes entrevistados mostram apoio na planificação e implementação do programa. Contudo, o seu posicionamento relativamente à sustentabilidade do programa encontra-se dividido entre os que advogam que passos decisivos ainda devem ser tomados para assegurar a sustentabilidade do programa antes da sua implementação e os que, defendem que a implementação dos aspectos do programa que seriam exequíveis do momento, e garantir a sustentabilidade ao longo do tempo. Dados os instrumentos e guíões para as áreas de treinamento, supervisão, motivação e utilização de dados ainda estão em desenvolvimento e os diversos intervenientes entrevistados fazem parte deste processo de concepção, los mesmos preferiram não emitir a sua opinião sobre estes aspectos.

## 1.1 Contextualização

Após décadas de desencantamento associado às limitações e contrangimentos verificados na implementação de programas de saúde recorrendo à Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), ressurgiu o entusiasmo a nível internacional sobre o papel que estes trabalhadores podem desempenhar (i) na extensão do acesso aos cuidados de saúde primários e (ii) na melhoria das condições de saúde das populações, particularmente as de países em vias de desenvolvimento, como Moçambique.

O recurso aos ACSs em Moçambique remonta a 1978<sup>3</sup>, onde têm sido denominados, desde então, *Agentes Polivalentes Elementares (APEs)*<sup>4</sup>. Mas, o primeiro manual dos APEs foi publicado em 1977<sup>5</sup>, e os primeiros APEs foram treinados no mesmo ano, tendo operado no quadro de um programa nacional, conhecido como o Programa dos APEs. Em consequência da guerra que opôs o Governo Moçambicano à RENAMO (1976-1992), o programa enfrentou dificuldades nos princípios da década

---

<sup>3</sup> Em 1977, Moçambique já havia desenvolvido um manual de formação dos APEs na base do qual foram treinados os primeiros APEs em Chibuto, provincial de Gaza. De acordo com um dos participantes no desenvolvimento desse manual, a publicação foi o contributo de Moçambique para a Conferência Internacional sobre o Cuidados de Saúde Primários realizada em Alma-Ata, na ex-URSS, em 1978 (Cf. World Health Organization (WHO). 1978. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978).

<sup>4</sup> A mesma terminologia (APE) é usada noutros países lusófonos, como Angola e Cape Verde (cf. Ministério da Saúde (MISAU). 1994. *Manual de Agentes Polivalentes Elementares (APE's)*. Cidade de Maputo: MISAU; n.p.).

<sup>5</sup> Cf. Ministério da Saúde (MISAU). 1977. *Manual do Agente Polivalente Elementar*. Cidade de Maputo: MISAU



de 1980, que resultaram na sua interrupção oficial em 1989, na perspectiva de reabrir mais tarde, em novos moldes<sup>6</sup>. O programa foi revitalizado após o fim do conflito armado e, 1994 o Manual de Formação dos APEs foi revisto<sup>7</sup>. Contudo, esta e outras tentativas subsequentes de revitalização do programa não tiveram sucesso, devido a vários factores, sumarizados no Programa de Revitalização dos APEs<sup>8</sup>, como:

- As comunidades encararam os APEs como parte integrante do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em vez de parte das próprias comunidades;
- Os APEs concentravam-se mais em actividades curativas, em detrimento da promoção e prevenção de problemas de saúde – que haviam sido definidos como o principal foco do seu trabalho – e, alimentavam expectativas de integração no SNS; Deficiências no currículo e métodos e formação dos APEs;
- Deficiências no apoio e Monitoria & Avaliação das actividades do APEs, especificamente: deficient supervisão e apoio à nível nacional oferecido pelo SNS; problemas no apoio comunitário aos APEs; falta de incentivos para o APE e;
- Frustração dos APEs como programa, que em muitos casos resultou no abandono da actividade.

Apesar destes constrangimentos, alguns APEs continuaram activos nalgumas partes do país e, continuavam recebendo o ‘kit de medicamentos essenciais’. Os APEs operam num universo em que se encontram outros ACSs, que trabalham na condição de voluntariado, com assistência de ONGs. Mas estes ACSs trazem consigo dificuldades de coordenação das actividades de provisão de cuidados de saúde primários a nível comunitário e, agravam o sentimento de frustração dos APEs que, sentem-se ignorados e colocados num plano secundário pelas ONGs e as autoridades distritais de<sup>9</sup>. Este é o contexto mais global em que se insere a revitalização dos APEs.

O entusiasmo e compromisso actual do Governo Moçambicano - representado pelo MISAU – e dos seus parceiros remota ao início da década de 2000, quando a Estratégia de Envolvimento Comunitário para a Saúde foi<sup>10</sup>, e ganhou novo ímpeto com a realização da Reunião Nacional de Envolvimento

<sup>6</sup> Ali F, Mucache D, Scuccato R (1994). Avaliação do Programa dos APEs. MISAU/Cooperação Suíça, Moçambique: Maputo.

<sup>7</sup> Cf. Ali F, Mucache D, Scuccato R (1994). Avaliação do Programa dos APEs. MISAU/Cooperação Suíça, Moçambique: Maputo; Malaria Consortium 2009. *Global Health Proposal Application for project Integrated Case Management of Common Childhood Diseases: Mocambique and Uganda*. Kampala, p.3; MISAU. 2010. *Programa de Revitalização dos Agentes Polivalentes Elementares*. Cidade de Maputo: MISAU , pp.2-3.

<sup>8</sup> MISAU. 2010. *Programa de Revitalização dos Agentes Polivalentes Elementares*. Cidade de Maputo: MISAU, pp.2-3.

<sup>9</sup> MISAU. 2010. *Programa de Revitalização dos Agentes Polivalentes Elementares*. Cidade de Maputo: MISAU , p.3.

<sup>10</sup> Esta estratégia foi aprovada em 2004, e têm estado em revisão desde 2007 (cf. MISAU. 2007. *Estratégia de Envolvimento Comunitário*. Cidade de Maputo: MISAU).

Comunitário em Junho de 2007, na Cidade de<sup>11</sup>. A motivação para a actual revitalização dos APEs, conforme defende o MISAU está associada ao entendimento de que os APEs são um actor importante na promoção e prevenção de problemas de saúde a nível comunitário e, podem auxiliar na expansão da cobertura da rede sanitária em cerca de 20 por cento em Moçambique<sup>12</sup>.

O Manejo Integrado de Casos na Comunidade (MICC) das principais doenças na infância (malária, diarreias e infecções respiratórias) é encarada por diversos actores nacionais e internacionais como uma abordagem capaz de estender os cuidados de saúde primárias às comunidades (particularmente as comunidades rurais), especialmente em países em vias de desenvolvimento. Assim, a Malaria Consortium assegurou fundos para a implementação de um projecto de MICC, com recurso a ACSs, em Moçambique e no Uganda.

## 1.2 Objectivos do mapeamento

Este mapeamento foi conduzido com o objectivo de:

- Identificar os principais intervenientes no MICC das principais doenças na infância (malária, diarreias e infecções respiratórias), através da estratégia dos APEs, em Moçambique;
- Aprender sobre as principais oportunidades e desafios ao programa e;

Identificar soluções e alternativas actuais e planificadas com potencial para a melhoria do desempenho, retenção e motivação e utilização da informação gerada pelos APEs em Moçambique.

---

<sup>11</sup> Cf. MISAU. 2007. Discurso de abertura: Reunião Nacional de Envolvimento Comunitário. Maputo: MISAU and; MISAU 2007. Comunicado Final da Reunião Nacional de Envolvimento Comunitário. Maputo: MISAU. Esta reunião foi seguida por uma conferência internacional conjunta entre UNAIDS, UNICEF, World Bank and WHO International Conference on Community Health in the African Region, em Novembro de 2006, e Addis Ababa, Etiópia (cf. International Forum for Community Health in Africa. 2007. Joint UNAIDS, UNICEF, World Bank and WHO International Conference on Community Health in the African Region).

<sup>12</sup> Cf. MISAU. 2010. *Programa de Revitalização dos Agentes Polivalentes Elementares*. Cidade de Maputo: MISAU, p.4.

## CAPÍTULO DOIS: METODOLOGIA

O mapeamento foi conduzido junto de diversos intervenientes associados ao MISAU, ONGs nacionais e internacionais e parceiros bilaterais e multilaterais, da Cidade de Maputo ; políticos/governantes provinciais e distritais e funcionários dos services de saúde destes níveis administrativos e; outros informants com experiência, interesse ou envolvimento como programa dos APEs em todo o país.

Foram conduzidas entrevistas individuais com a maioria dos entrevistados seleccionados. Excepcionalmente foram realizadas duas entrevistas em grupo com informantes que solicitaram-nas devido à constrangimentos de tempo. O pesquisador conduziu, igualmente observações directas, através da participação numa reunião sobre o Programa de Revitalização dos APEs, realizada a 31 de Março de 2010, no MISAU, e conduziu outras observações no Depósito de Medicamentos da Província de Inhambane e nos SDSMAS de Massinga e Vilanculos. Os dados das entrevistas e das observações directas foram registados *verbatim* sempre que possível, nos cadernos de notas, para posterior análise – tendo-se omitido os nomes e as posições ocupadas pelos entrevistados, para garantir o anonimato dos entrevistados e a confidencialidade da informação fornecida.

Foram entrevistados 30 informantes, sendo 15 associados ao MISAU, nos níveis central, provincial e distrital. Três foram entrevistados para o nível nacional, quatro a nível provincial e os restantes oito a nível distrital. Foram igualmente entrevistados três membros dos governos provincial e dos dois distritos visitados. Doze entrevistados são funcionários de ONGs e parceiros bilaterais e multilaterais do MISAU, sendo 10 baseados na Cidade de Maputo e dois na Cidade de Inhambane. Finalmente, foram entrevistados dois informantes-chave, um na Cidade de Maputo e outro na Cidade de Inhambane. Estes foram seleccionados devido ao seu envolvimento passado e presente com o programa dos APEs, apesar de actualmente não se encontrarem em representação de qualquer instituição/organização envolvida no desenvolvimento do programa. No total, 25 entrevistados são intervenientes-chave, enquanto os restantes cinco são intervenientes primários ou secundários. A seguir apresento a lista de entrevistados por nível administrativo, instituição e posição ocupada:

Entrevistas a nível nacional (Cidade de Maputo):

- 3 funcionários do MISAU: 1 Director Nacional Adjunto; 1 Chefe de Departamento; 1 Coordenador de Programa dos APEs;
- 10 funcionários de 8 parceiros bilaterais e multilaterais e ONGs: Fundação Aga Khan Foundation; Embaixada da Irlanda, Malaria Consortium, Save the Children; Cooperação Suíça; USAID; OMS e, Banco Mundial; ,
- 1 informante-chave.

Entrevistas a nível provincial (Cidade de Inhambane): 1 representante do Governo Provincial: Secretário Permanente/Político Local

- 4 funcionários da DPS: 1 médica-chefe provincial, 3 chefes de departamento;

- 2 oficiais de ONG internacional;
- 1 informante-chave.

Entrevistas a nível distrital (Massinga and Vilanculos):

- 2 representantes do Governo Distrital: Secretários Permanentes/Políticos Locais;
- 7 funcionários dos SDSMAS: 1 director dos services; 1 médico-chefe distrital; 1 enfermeiro-chefe distrital; 2 chefes de departamento e; 1 chefe de centro de formação em saúde.

Devido à constrangimentos de tempo, alguns potenciais informantes previamente seleccionados não foram entrevistados, particularmente àqueles associados ao MISAU, a nível central, bem como outros informantes dos outros níveis administrativos. Apesar disso, 86 por cento dos informantes-chave identificados para as entrevistas foram entrevistados. A tabela 1 apresenta a lista de entrevistados, de acordo com características como o nome da organização a que o informante se encontra associado, sua posição na organização, seu estatuto de interno ou externo ao MISAU e, sua categoria de interveniente (chave, primário ou secundário). Por motivos éticos – assegurar o anonimato dos entrevistados e a confidencialidade da informação – em todas as citações de entrevistas os nomes e posição dos entrevistados foram omitidos. .

Alguns literatura e documentos secundários foram usados para suplementar a informação recolhida junto dos entrevistados. Estas fontes são relativamente limitadas à alguma literatura internacional, descrições do programa anterior e o actual dos APEs, bem como manuais dos APEs e minutos de reuniões. Materiais de formação e instrumentos de Monitoria & Avaliação encontram-se em fase de desenvolvimento, não estando por isso, acessíveis para consulta e/referência.

Assim, os dados usados como base para a elaboração deste document consistem primariamente (i) dos pontos de vista (opiniões e experiências) dos principais intervenientes entrevistados (informants), associados ao programa dos APEs e (ii) das notas das observações directas dos pesquisador. Os dados foram analisados usando um quadro SWOT, orientado para a interpretação dos achados do mapeamento em termos de pontos fortes e fracos e oportunidades e ameaças ao Programa dos APEs no geral e, com especial ênfase para as áreas de formação, supervisão, motivação e utilização da informação gerada pelos APEs.

## CAPÍTULO TRÊS: CARACTERÍSTICAS DOS PRINCIPAIS INTERVENIENTES

### 3.1. Esboço de Análise dos Principais Intervenientes

#### 3.1.1 Posicionamento dos principais intervenientes em relação ao programa

Nesta secção são apresentados dados sobre o posicionamento, conhecimento e importância dos principais intervenientes relativamente ao programa dos APEs e é esboçada a análise dos mesmos dados. Enquanto a maioria dos intervenientes entrevistados mostram apoio ao programa, o seu nível de conhecimento e a importância dos mesmos em relação ao programa variam conforme a sua localização em relação ao centro de tomada de decisões a respeito do programa – a Cidade de Maputo – e, sugere um centralização do processo de tomada de decisões nesta cidade.

O posicionamento dos principais intervenientes em relação ao programa é entendido, neste trabalho, em termos do grau de apoio ou oposição ao programa, ou mais especificamente: Apoiantes (A); Apoiantes Moderados (AM); Neutros (N); Opositor Moderado (OM) e; Opositor. Vinte e nove dos 30 intervenientes entrevistados mostraram apoio ao programa e, apenas um dos entrevistados assumiu-se como neutro – e não um opositor. Dado que este interveniente não está muito activo no desenvolvimento do programa e não se espera que tenha um papel igualmente activo durante a fase de implementação do programa, não nos parece estar em condições de mobilizar alianças ou o seu poder de modo a bloquear ou opor-se à implementação do programa.

Os entrevistados mostraram apoio ao programa, independentemente do seu grau de envolvimento no processo de tomada de decisões sobre o programa, a nível nacional, e independentemente do seu nível de conhecimento em relação ao programa. A tabela abaixo mostra o posicionamento dos intervenientes (entrevistados) em relação ao programa. Somente os apoiantes e os neutros são apresentados na tabela, dado que outras formas de posicionamento não foram expressas.

Tabela 1: Posicionamento dos Intervenientes em relação ao programa Stakeholder position in relation to the program		
	A: Apoiantes	N: Neutros
Intervenientes	Funcionários do MISAU: nível central	Funcionários de ONGs internacionais
	Funcionários do MISAU: nível provincial	
	Funcionários do MISAU: nível distrital	
	Funcionários de ONGs e parceiros do MISAU: nível central	
	Informantes-chave: nível central e provincial	
	Funcionários de ONGs internacionais: nível provincial	

### 3.1.2. Conhecimentos dos Principais Intervenientes em relação ao Programa

Foram observadas diferenças no nível de conhecimento e no envolvimento no processo de tomada de decisões a nível nacional, por parte dos intervenientes, baseadas na área geográfica (ou administrativa) – nível central, provincial e distrital. Todos os intervenientes de nível central que se encontram (à excepção de dois) envolvidos nas discussões e no desenvolvimento do programa mostram um nível elevado de conhecimento a respeito do programa. A maioria dos intervenientes de nível provincial mostram algum conhecimento ou conhecimento limitado, enquanto no nível distrital o conhecimento é bastante limitado ou inexistente. Uma excepção é o caso de um entrevistado de nível provincial cujo conhecimento a respeito do programa deriva de sua participação em fases anteriores do programa e que mantém contactos com os principais intervenientes baseados no nível central – apesar de não estar directamente envolvido no programa.

Esta constatação sugere a necessidade de disseminação de informação a respeito do programa tanto para o pessoal de saúde quanto para outros funcionários governamentais de nível provincial e, a necessidade de encontrar meios de promoção de envolvimento destes actores nas fases subsequentes do programa. Esta sugestão fundamenta-se no facto de a implementação bem sucedida deste programa depender, igualmente, deste actores provinciais, os quais, apesar do envolvimento e conhecimento limitados que têm sobre o programa mostrarem apoio ao mesmo. O seu apoio baseia-se na ideia partilhada de que o programa auxiliará no alcance de uma meta governamental que consiste na expansão da cobertura do SNS e no fornecimento de cuidados de saúde primários à nível das comunidades da sua província.

Nos dois distritos visitados o nível de conhecimento sobre o programa foi bastante limitado e, tal poderá estar associado ao limitado envolvimento dos actores distritais no processo decisório e no desenvolvimento dos instrumentos para a implementação do programa a nível nacional. Trata-se assim, de um programa aparentemente centralizado a nível do centro decisório nacional – a Cidade de Maputo. Dado que os distritos poderão ter um papel fundamental na gestão quotidiana do programa, o envolvimento dos actores deste nível, no processo decisório e noutros desenvolvimentos associados ao programa parece-se revestir-se de importância capital. Outra prioridade que parece razoável é a elevação do nível de conhecimento que os actores distritais têm a respeito do programa.

**Tabela 2: Nível de Conhecimento sobre o programa**

	<b>3: Alto</b>	<b>2: Algum</b>	<b>1. Limitado ou Nenhum</b>
<b>Intervenientes</b>	Funcionários do MISAU: nível central	Funcionários do MISAU: nível provincial	Políticos locais: nível provincial e distrital
	Funcionários de parceiros multilaterais e bilaterais e de ONGs internacionais: nível central	Funcionários de ONGs internacionais: nível provincial	Funcionários do MISAU: nível distrital
	Informantes-chave: nível central	Funcionários do MISAU: nível distrital	Informantes-chave: nível provincial I
	Funcionários de ONGs internacionais: nível provincial		

### 2.1.3 Importância dos Principais Intervenientes

A importância dos intervenientes é aqui definida na base do seu nível de participação nas discussões e no processo de tomada de decisão sobre o programa e a sua liderança – entendida como vontade expressa para dirigir acções a favor ou em oposição ao programa/política. A importância dos principais intervenientes poderia igualmente ser definida na base de um “índice de poder”, que mostraria o volume de recursos (financeiros, humanos e materiais) que os intervenientes detêm ou aos quais têm acesso e a capacidade de mobilizar tais recursos para influenciar a direcção a ser tomada pelo programa. Na base dos dados disponíveis até ao momento, não está claro que recursos se encontram disponíveis para o programa. Dado que tais recursos são importantes para o desenvolvimento das actividades do programa, incluindo a formação e a retenção dos recursos humanos, o “índice de poder” não pode ser analisado nesses termos.

Ao apresentar a matriz de importância dos intervenientes, alguns foram agrupados em organizações. Tal foi feito num esforço de garantir o anonimato dos intervenientes e, igualmente, porque a liderança e o envolvimento que os intervenientes demonstram no processo faz sentido no contexto da sua filiação em instituições/organizações e não na sua condição de indivíduos. Nalguns casos, entretanto, não foi possível agrupar os intervenientes na organizações.

Na tabela abaixo os intervenientes encontram-se organizados em três grupos que reflectem a sua importância actual no desenvolvimento do programa. A sua importância sendo definida na base de sua liderança e do seu nível de envolvimento no processo de tomada de decisão e nas discussões sobre o programa a nível nacional. Os intervenientes que não mostraram capital de liderança não foram incluídos nesta matriz.

O Grupo 1 inclui intervenientes com alto nível de liderança e de envolvimento no processo decisório e nas discussões sobre o programa a nível nacional. Relativamente à liderança e envolvimento os intervenientes exteriores ao MISAU recordaram que ainda que eles participem do processo de discussão sobre o programa a nível nacional, a liderança do processo deve ser prerrogativa do MISAU que deve igualmente gozar da atribuição de tomada de decisão sobre o programa. O processo de decisão é aqui entendido de forma muito lata – incluindo todo o processo de consulta, discussão e tomada de decisão. Neste grupo encontramos intervenientes de nível central – MISAU, parceiros e informants-chave.

O Grupo 2 inclui intervenientes com capital de liderança mas cujo envolvimento no processo decisório a nível nacional é moderado ou até esporádico. Aqui incluem-se os profissionais de saúde de nível provincial – da DPS.

Finalmente, no Grupo 3 encontram-se os intervenientes com capital de liderança, mas pouco ou nenhum envolvimento no processo decisório a nível nacional a respeito do programa. Estes actores são sobretudo os funcionários da saúde de nível distrital, mas também os funcionários do governo a nível provincial e distrital e o informante-chave de nível provincial.

A composição dos grupos e suas características na matriz de importância sugerem uma centralização das discussões e do processo de tomada de decisão sobre o programa, aparentemente baseado numa abordagem *top-down* do desenvolvimento do programa e dos seus instrumentos de implementação e controle. Esta tendência é igualmente evidente na análise do conhecimento dos intervenientes a respeito do programa – um conhecimento baseado mais no acesso limitado à informação que na simples falta de interesse e apoio ao programa.

<b>Tabela 3: Matrix de Importância dos Intervenientes</b>			
	<b>Grupo 1: Liderança &amp; Envolvimento altos</b>	<b>Grupo 2: Liderança &amp; Envolvimento moderados</b>	<b>Grupo 3: Liderança &amp; Envolvimento limitado ou inexistente</b>
<b>Intervenientes</b>	MISAU: nível central	MISAU: nível provincial	MISAU: nível distrital
	Informante-chave		Governo Provincial/Político local
	Banco Mundial		Governo Distrital/Político local
	Governo Americano		Informante-chave: nível provincial
	Save the Children		
	Cooperação Suíça		
	OMS		
	UNICEF <sup>13</sup>		
	Malaria Consortium		
	Embaixada da Irlanda		

<sup>13</sup> Não foi possível entrevistar o representantes do UNICEF identificado para esta pesquisa. Contudo, alguma informação sobre a organização e o seu posicionamento a respeito do programa foi recolhida numa breve conversa com tal representante, na reunião de 31 de Março realizada no MISAU, e junto de outros intervenientes entrevistados.



## **CAPÍTULO QUATRO: PONTOS DE VISTA DOS PRINCIPAIS INTERVENIENTES EM RELAÇÃO O PROGRAMA DOS APEs**

### **4.1 Pontos de vista dos Principais Intervenientes em relação à estratégia dos APEs**

Os principais intervenientes no desenvolvimento do programa dos APEs mostram disposição para apoiar o programa, vontade de assistir no desenvolvimento dos instrumentos para a fase de implementação e, disponibilidade para mobilizar ou alocar recursos para a implementação do programa. Os intervenientes partilham a opinião geral de que o programa é apropriado para abordar a necessidade de estender a cobertura do SNS e oferecer cuidados de saúde primários a mais moçambicanos, particularmente às comunidades rurais, conforme estabelecido no documento programático (cf. MISAU 2010: 4). Enquanto alguns intervenientes mostram-se otimistas relativamente ao sucesso do programa, outros mostram reserva quanto à sustentabilidade do mesmo.

Os intervenientes mais otimistas argumentam que a estratégia dos APEs “pode ser uma história de sucesso”, tal como foi durante alguns anos após a sua primeira implementação, no país, no final da década de 1970. Eles defendem que foi um dos mais bem sucedidos implementados pelo MISAU e, seu insucesso deveu-se à circunstâncias fora do controlo do ministério. Tais circunstâncias incluem o conflito armado que após o Governo Moçambicano à RENAMO, durante 16 anos (1976-1992) e, as mudanças de uma orientação das políticas economic-sociais de uma inspiração socialista e centralizadora para uma abordagem liberal, que tornou mais difícil para o MISAU manter o controlo sobre as intervenções de diferentes actores no sector da saúde em Moçambique.

Os pontos citados pelos intervenientes mais cépticos para justificar o seu posicionamento incluem o que os mesmos percebem como sendo uma falta de clareza do MISAU relativamente à abordagem a seguir na implementação da estratégia dos APEs; a disponibilidade de recursos humanos, financeiros e logísticos reduzidos para a implementação e gestão do programa; falta de envolvimento de actores distritais e comunitários no processo de planificação e; a possibilidade de centralização da implementação do programa no nível central. Reservas adicionais incluem o que os mesmos entendem como sendo falta de clareza relativamente a (i) disponibilidade actual de financiamento para o programa; (ii) o papel das ONGs implementadoras e dos actores de nível provincial, distrital e comunitários que poderão desempenhar um papel crucial durante a fase de implementação do programa.

Apesar destes posicionamentos diferentes os intervenientes mostram-se comprometidos com o desenvolvimento de ferramentas e condições para a implementação do programa e dispostos a implementá-lo logo que tal seja possível. No momento, o MISAU as ONGs internacionais e os parceiros multilaterais e bilaterais do MISAU a nível central, encontram-se empenhados para garantir a sustentabilidade do programa ora aprovado. Contudo, o envolvimento de actores do sector privado bem como de outros ministérios sem visibilidade. Actores de nível provincial, particularmente da DPS encontram-se mais envolvidos que actores de nível distrital, mas encaram-se como “recipientes de orientações de guiões de nível central”. Actores governamentais e não governamentais de nível distrital não mostraram qualquer envolvimento nem conhecimento significativo a respeito do programa.

Os intervenientes externos ao MISAU clarificaram que não fazem parte do processo de tomada de decisão em sentido restrito, dado que esta é uma prerrogativa do MISAU. Eles encaram o seu papel como a participação no processo em sentido lato, que incluir a participação nas discussões tendo em

vista assistir o MISAU no desenvolvimento do programa e na concepções dos instrumentos de implementação (assistência técnica). Nesta perspectiva os parceiros participam nas reuniões regulares dos grupos de discussão que trabalham em aspectos técnicos particulares do programa. Os parceiros mostram-se, adicionalmente, comprometidos em continuar fornecendo assistência técnica durante a implementação do programa bem como financiar componentes desta fase.

## **4.2 Oportunidades e Ameaças Potenciais à Sustentabilidade do Programa**

### *Oportunidades para a sustentabilidade do programa*

A principal oportunidade mencionada pelos principais intervenientes é a vontade política demonstrada pelo MISAU e dos seus parceiros para a implementação do programa. Outros intervenientes mencionam a longa história dos APEs em Moçambique como outra oportunidade a ser encarada como podendo propiciar o sucesso do programa.

Os intervenientes apresentam a vontade política do MISAU e dos seus parceiros na implementação do programa num quadro cronológico. Remontam esta vontade política à realização da Reunião Nacional sobre o Envolvimento Comunitários para a Saúde, realizada em 2007, iniciou o processo de revisão da qual a Estratégia de Envolvimento Comunitário para a Saúde de 2004 e, foi tomada a decisão de revitalizar o programa dos APEs. Esta reunião foi seguida por outras reuniões e esforços empreendidos pelo MISAU e seus parceiros que resultaram no desenvolvimento e aprovação do Programa de Revitalização dos APEs em Março de 2010. A aprovação do programa e a decisão de conceder um subsídio monetário aos APEs são encarados como sinais-chave do compromisso do MISAU com o sucesso do programa.

Os principais intervenientes recordam igualmente o compromisso e vontade políticas demonstrados pelos parceiros do MISAU relativamente ao programa. Um exemplo citando inclui o financiamento disponibilizado pelo Governo Americano, através da USAID, para a condução de uma consultoria que resultou no desenvolvimento de um draft do Programa de Revitalização dos APEs e do draft do Manual de Formação dos mesmos agentes. Outros exemplos incluem a participação dos parceiros nos grupos técnicos de trabalho que discutem e desenvolvem instrumentos para a implementação do programa. Os parceiros do MISAU têm igualmente mostrado compromisso em oferecerem assistência técnica e financeira para a fase de implementação do programa.

Outras oportunidades mencionadas pelos principais intervenientes no programa incluem a longa história do programa dos APEs em Moçambique – que remonta a finais da década de 1970 -, a cobertura limitada da rede sanitária pública e, a necessidade daí decorrente de providenciar cuidados de saúde primários às comunidades sem acesso a estes cuidados. Estas oportunidades mencionadas foram associadas à necessidade expressa pelo MISAU (cf. MISAU 2010:4), parceiros e comunidades de ver a cobertura da rede sanitária pública alargada e, melhorar os indicadores do país de modo a atingir as Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDMs) associadas à saúde. Contudo, este optimismo sobre o potencial de sucesso do programa foi associado à algumas reservas, expressas sob a forma de barreiras e ameaças ao programa – que serão descritas de seguida.

### *Barreiras ou ameaças previstas ou experimentadas relativamente ao programa dos APEs*

As barreiras ou ameaças mencionadas pelos diferentes entrevistados estão associadas à sustentabilidade financeira do programa, limitações institucionais do MISAU -particularmente relativas à deficient planificação - e, participação comunitária na selecção dos APES.

Muitos entrevistados expressaram reservas relativamente à possibilidade do MISAU assegurar a sustentabilidade financeira do programa a médio e longo prazo, ou sugerem que não estão convictos da possibilidade de garantia de sustentabilidade financeira de um programa financeiramente tão exigent. Adicionalmente, recordam que ainda não estão disponíveis fundos para o arranque do programa e as contribuições futuras dos parceiros do ministério não estão ainda clarificadas em termos do volume de financiamento, que areas geográficas e components do programa serão cobertas port al financiamento. Em mais que uma ocasião, outros intervenientes propõem uma saída para estas reservas que consistiria em prosseguir com a decisão de implementar o programa e mobilizar os recursos para tal actividade. Conforme advoga um dos entrevistados:

Dado haver um acordo geral sobre a importância do programa todos deveriam apoiá-lo [...] deveríamos avaliar o programa não pelos seus custos financeiros, mas pelos possíveis ganhos em termos de indicadores que a sua implementação traria<sup>14</sup>.

De acordo com este interveniente, a questão da [in]sustentabilidade financeira não é característica exclusiva deste programa, mas aplicável a muitos outros programas e projectos do Governo Moçambicano, incluindo o Orçamento Geral do Estado (OGE) – que é altamente financiado por parceiros internacionais. Este interveniente argumenta, em conclusão que, a sustentabilidade financeira do programa é uma discussão a longo prazo sobre a dependência de Moçambique relativamente aos doadores. Esta observação parece, contudo, ainda não ter feito eco entre outros intervenientes no processo.

Diversos intervenientes defendem a necessidade do MISAU assumir a liderança na garantir de financiamento sustentável para o programa. Sugerem que tal possa ser feito mediante um compromisso do ministério em passar a cobrir as despesas do programa a partir de determinado momento após o início da implementação do programa e; esta atitude encorajaria os parceiros do ministério a alocarem fundos ao programa. Os intervenientes defendem que uma maneira de tornar esta proposta exequível seria, segundo os entrevistados, mediante o estabelecimento por parte do ministério de uma percentagem da contribuição dos parceiros aos Fundo Comum do MISAU, que seria necessária para o financiamento do programa. Outra opção sugerida consistiria, segundo os entrevistados em o ministério iniciar negociações com outros ministérios - tais como o da Finanças e da Função Pública – para assegurar que os fundos necessários para financiar o programa seja inscritos no OGE.

Outros intervenientes defendem que os parceiros do ministério deveriam clarificar o contributo financeiro que poderão dar ao programa, especificando as componentes do programa e as areas geográficas que poderiam cobrir. Nesta perspectiva, na reunião havida a 31 de Março, no MISAU, foi circulada uma planilha entre os parceiros para que eles pudessem apresentar esta informação até 20 de Abril de 2010.

O Segundo conjunto de barreiras ou ameaças percebidas para o programa é conceptualizado como limitações institucionais do MISAU. Segundo alguns entrevistados o ministério têm recursos humanos

---

<sup>14</sup> Entrevista com informante, Abril 13 2010, Cidade de Maputo.

reduzidos e com capacidade técnica limitada para a implementação do programa e; infra-estruturas limitadas para a sustentação do programa, particularmente nos níveis distrital e comunitário.

O terceiro grupo de barreiras ou ameaças ao programa, igualmente interno ao MISAU, situa-se a nível das limitações no processo de planificação do programa. Os intervenientes argumentam que apesar da história relativamente longa do programa dos APEs em Moçambique, diversos intervenientes que fizeram parte desse processo não têm estado envolvidos nos grupos técnicos de trabalho que desenvolvem instrumentos e aspectos específicos para a implementação do<sup>15</sup>. Adicionalmente, argumentam que aparentemente o desenvolvimento do programa não assenta em informação consistente sobre a situação real dos APEs no terreno. Finalmente, a abordagem do ministério relativamente ao programa é encarada como fragmentada, dado não transparecer uma visão unificada no ministério sobre, por exemplo, o que se espera que seja o papel das ONGs na implementação do programa. A alocação de um subsídio monetário aos APEs é igualmente encarada como devendo ser baseada em considerações sobre o impacto que o subsídio poderá ter (i) nas comunidades onde o APE tem realizado o seu trabalho na condição de voluntário e (ii) como poderão reagir outros ACSs, que aparentemente continuarão parte do contexto de provisão de serviços de saúde a nível comunitário, e na base de voluntariado.

O quarto conjunto de barreiras e ameaças ao programa encontra-se associado à participação das comunidades locais na selecção de candidatas a APEs. Segundo os entrevistados, num passado remoto e recentemente, a selecção destes candidatos era feita pelos líderes locais, em lugar de incluir um fórum comunitário mais vasto. Como resultado o processo de selecção era não somente não-participativo quanto não-transparente. Efectivamente, os líderes comunitários frequentemente seleccionaram candidatas pertencentes à sua rede de parentesco ou de outra forma próximos a si. Conforme um dos entrevistados explicou o contexto que poderia esclarecer esta atitude na selecção é: The fourth set of barriers or threats to the programme is as associated with the participation of local communities in the selection of APEs. According to stakeholders, in the remote as well as recent past, the selection of APEs within communities was done by community leaders instead of a wider community forum. As a result the selection process was not only non-participative as it was not transparent. In fact, community leaders often tended to select relatives and other people closely related to them. As an interview explained, the rationale for this biased selection was that

Não havia emprego naqueles dias e o APE tinha subsídio. Então, o líder comunitário não fazia a reunião comunitária. Ele seleccionava os seus familiares<sup>16</sup>.

#### *Natureza de envolvimento esperado na busca de soluções para as barreiras e ameaças identificadas*

Os principais intervenientes mostraram uma atitude proactiva na busca de soluções para ultrapassar as barreiras identificadas por si, e que poderiam dificultar a implementação do programa a nível nacional. A natureza do seu envolvimento na busca de soluções é associada aos recursos que os intervenientes

<sup>15</sup> Entrevista com informante, Abril 9 2010, Cidade de Maputo. In the meeting on the APE program held on Março 31 a high level official of the Ministry of Health, urged the working groups to use the rich past experience of the implementation of the APE program in the country to improve the current program (notes from direct observation, Março 31, Cidade de Maputo).

<sup>16</sup> Entrevista com informante, Março 4 2010, Inhambane.

detêm ou têm acesso (recursos humanos, e financeiros, por exemplo), liderança para mobilizar ou promover iniciativas a favor do programa, mobilizar alianças e recursos, capacidade de lobby e, a sua posição como fazedores de política, instituições financiadoras ou implementadoras, etc..

Assim, as ONGs esperam fazer apelo à sua experiência de implementação de projectos no terreno para conduzir a advocacia a favor do programa, nível comunitário, recorrer a alianças com outras ONGs ou Organizações de Base Comunitária (OBCs) tendo em vista reforçar uma posição comum relativamente ao programa; socorrer-se de assistência técnica de peritos internacionais da sua organização, que trabalham na área do MICC; recurso a lobby, angariação de fundos para implementação de componentes particulares do programa e; treinamento de pessoal para a implementação de áreas particulares do programa.

Funcionários do governo central, provincial e distritais esperam apelar à sua posição de fazedores de políticas e gestores públicos para influenciar e melhorar a capacidade das comunidades locais em sustentar o programa; influenciar as ONGs e outros parceiros no sentido de assistirem técnica, logística e financeiramente o programa e; garantir a sustentabilidade financeira e técnica do programa a médio e longo prazo. Especificamente, esperam que a sustentabilidade do programa possa ser garantida mediante a cobertura de alguns aspectos do programa com fundos do OGE, e oferecendo treinamento aos gestores do programa nos níveis central, provincial e distrital.

Os intervenientes mais orientados para o financiamento esperam recorrer à sua capacidade de angariação de fundos para contratar assistência técnica e financiar alguns aspectos o programa na sua integridade nos níveis central, provincial e distrital. Conforme um dos entrevistados afirmou:

Não nos envolvemos directamente na implementação e não financiamos o ministério directamente. Podemos contratar serviços de consultoria, especialistas para darem assistência técnica e, podemos financiar ONGs implementadoras que irão implementar o programa em duas províncias<sup>17</sup>.

#### **4.3 Prioridades para a Melhoria do Programa**

Na base das oportunidades e dos desafios para a sustentabilidade do programa, identificados pelos entrevistados, estes definem algumas prioridades para o programa, situadas nas áreas de liderança do processo; coordenação e implementação do programa e, mais especificamente orientadas para (i) formação e capacitação continua dos APEs; (ii) motivação dos APEs; (iii) supervisão; (iv) geração e utilização de dados e; (v) gestão de medicamentos.

Os intervenientes defendem que o MISAU deveria liderar o processo, mediante advocacia para aceitação do programa e sua importância perante outros ministérios e parceiros; clarificar a sua posição relativamente à abordagem a ser seguida no programa e assegurar que o plano adoptado seja seguido durante a implementação do programa.

Os intervenientes argumentam ainda que a fase de planificação do programa deveria iniciar pelo mapeamento dos distritos ou comunidades locais onde os APEs poderão ser alocados. Defendem adicionalmente que os papéis de todos os intervenientes no programa deveriam ser esclarecidos. Tal include a clarificação dos papéis do Governo Moçambicano e das instituições governamentais e das

---

<sup>17</sup> Entrevista com informante, Abril 13 2010, Cidade de Maputo.

ONGs internacionais e outros parceiros. Especificamente, os entrevistados pensam que enquanto as entidades governamentais de nível central se ocupariam de questões mais estratégicas como a definição de guiões para o programa e a Monitoria & Avaliação do mesmo, a gestão rotineira do programa seria da responsabilidade dos distritos e das comunidades locais, com assistência técnica e supervisão do nível provincial.

O envolvimento de actores não-estatais e de outros ministérios no programa, bem como a coordenação entre os APEs e outros ACSs e os praticantes da medicina tradicional são igualmente encarados como aspectos-chave para o sucesso do programa.

Os entrevistados apontaram igualmente para a necessidade de definir claramente os Termos de Referência (TdR) dos APEs e, fornecer-lhes formação técnica em aspectos clinic, mobilização comunitária, prevenção de problemas de saúde e dinâmicas e relações comunitárias. Esta formação deveria ser seguida por uma formação-no-trabalho e por uma supervisão regular e efectiva, acompanhada por treinos de refrescamento, como forma de garantir altos níveis de desempenho.

### **Treinamento e soluções propostas com potencial para melhoria**

A formação é o aspecto descrito em maior detalhe no Programa de Revitalização dos APEs. Porém, dados que a descrição da formação não consta dos objectivos deste relatório, esta componente será apresentada de forma muito sucinta.

O programa prevê que após a formação dos APEs os instrumentos e os materiais de formação serão desenvolvidos e pré-testados e, os candidatos a APEs serão treinados. Prevê-se uma formação (treinamento) em cascata que de forma muito sucinta consiste no seguinte: formadores nacionais ou regionais treinarão formadores provinciais, que treinarão os formadores distritais, que serão responsáveis pelo treinamento dos APEs. Espera-se que a formação dote os formadores de conhecimentos que capacitem-nos para a supervisão e o apoio aos APE durante as suas<sup>18</sup>. A formação dos APEs será antecedida por um processo de selecção de candidatos, que tal como no passado, espera-se que decorra a nível comunitário, sendo facilitador por pessoal dos serviços de saúde de nível provincial e distrital. Novamente, seguindo a prática do passado, recomenda-se que a selecção seja feita numa reunião comunitária, na qual podem participar todos os membros da comunidade em causa, que deverão antes receber explicações sobre o papel que o APE desempenhará na<sup>19</sup>.

De seguida, os critérios de selecção de candidatos a APE deverão ser explicados, destacando-se os seguintes elementos do perfil do APE:

- Todas as mulheres e todos os homens podem candidatar-se a APE, tendo as mulheres um tratamento especial;
- Aos candidatos deverão ser fluentes na língua portuguesa – saber ler, escrever e falar – terem conhecimentos básicos de aritmética.

Os facilitadores do encontro deverão destacar as qualidades de um APE, nomeadamente: ser respeitado na comunidade; com envolvimento provado nas actividades comunitárias e; vontade expressa de se

<sup>18</sup> MISAU. 2010. *Programa de Revitalização dos Agentes Polivalentes Elementares*. Cidade de Maputo: MISAU, p.13-14.

<sup>19</sup> Idem, p.4.

tornar APE e disponibilidade para servir a comunidade após a sua formação como APE. Após a selecção dos candidatos estes deverão participar do curso de formação a ter lugar num local a seleccionar no distrito em que a comunidade se encontra inserida<sup>20</sup>.

O APE será treinado para trabalhar na sua comunidade de origem e será capaz de contribuir para a melhoria da situação de saúde na mesma comunidade, mediante actividades de promoção de saúde e de prevenção de problemas de saúde; oferta de primeiros socorros e pequenos tratamentos limitados ao manejo das principais doenças na infância, nomeadamente a malária, as diarreias e as infecções respiratórias e; servirá de elo de ligação entre a comunidade e as autoridades sanitárias de nível distrital<sup>21</sup>.

A formação dos APEs está planificada para durar 18 semanas, sendo as primeiras 16 dedicadas à aulas teóricas e práticas e as duas últimas para a revisão da formação e avaliação dos formandos. Para cada bloco/parte da formação (à excepção da revisão e da avaliação) duas semanas serão dedicadas à aulas teóricas e duas às práticas. A formação será fornecida por pessoal de saúde, com experiência pedagógica, com habilitações mínimas de 12<sup>a</sup>. Classe ou equivalente e, após serem submetidos à formação específica sobre os assuntos a leccionar – no âmbito da filosofia de formação em cascata. Em cada distrito, a coordenação da formação dos APEs estará a cargo de um Director da Formação dos<sup>22</sup>.

Os líderes comunitários e pessoal de saúde das unidades sanitárias de referência das comunidades em que os APEs serão alocados estarão envolvidos na supervisão das práticas de campo a que os APEs serão submetidos durante a formação. Esta abordagem visa capacitar este pessoal na supervisão dos APEs quando estes estiverem em serviço nas comunidades<sup>23</sup>. Após a formação, os APEs serão submetidos a um estágio na unidade sanitária de<sup>24</sup>, antes da sua apresentação à comunidade, num encontro público<sup>25</sup>.

Os principais intervenientes encontram-se actualmente envolvidos e estarão envolvidos futuramente no desenvolvimento do programa e na melhoria da estratégia de formação. O seu envolvimento inclui o desenho de guiões e instrumentos de formação, o currículo, materiais e agenda de formação, bem como a busca de financiamento para a actividade. Até ao momento em que o relatório foi redigido havia sido tomada a decisão de iniciar-se a formação de formadores a nível nacional ou regional e mais tarde prosseguir-se para os outros níveis da cascata. Alguns parceiros já garantiram fundos para esta actividade, mas ainda está por esclarecer que volume de fundos estão disponíveis e para que áreas geográficas. Como parte da preparação da formação, equipas constituídas por funcionários do MISAU e de alguns parceiros envolvidos no desenvolvimento do programa deslocaram-se à alguns distritos

---

<sup>20</sup> Ibidem , p.5.

<sup>21</sup> Ibidem.

<sup>22</sup> MISAU. 2010. *Programa de Revitalização dos Agentes Polivalentes Elementares*. Cidade de Maputo: MISAU , pp. 6-9.

<sup>23</sup> Idem, p.10

<sup>24</sup> Ibidem.

<sup>25</sup> Idem, p.8.

das províncias de Inhambane e Nampula visando avaliar os recursos e condições para a formação e acomodação dos participantes, localmente existentes. A um relatório das condições existentes nas diferentes províncias e distritos do país ainda está por ser elaborado.

O ponto de vista dos entrevistados relativamente à estratégia de formação varia da precaução à alguma reserva a respeito da sua eficácia. A precaução está associada ao facto desta estratégia estar ainda em desenvolvimento, sendo por isso prematuro comentar a respeito. As reservas expressas estão relacionadas com a constatação por parte dos entrevistados de que a estratégia de formação precisa de ser ainda submetida à pretestagem antes da sua implementação, algumas melhorias ainda deverão ser feitas de forma a ajustar a estratégia e os conteúdos ao nível de educação dos candidatos a APEs. Os entrevistados defendem igualmente que os materiais de formação ainda precisam ser melhorados dado que a informação é ainda dominada por muito texto, é complexa e substancialmente clínica. A tabela abaixo sumariza as sugestões dos entrevistados para a melhoria da estratégia e pacote de informação.

<b>Estratégia de formação</b>	<b>Pacote de formação</b>
Pré-testagem antes da implementação	ajustar ao nível de educação dos APEs
Aumentar exercícios práticos	Pré-testagem antes da implementação
Melhorar habilidades de comunicação dos APEs	Reduzir texto e acrescentar imagem
	incluir pacote neo-natal
	reduzir conteúdos clínicos

#### **Prioridades e propostas de mudança para melhorar a motivação dos APEs**

Os entrevistados associam a motivação dos APEs ao processo de selecção, regularidade e natureza da supervisão e o tipo de incentivos oferecidos ao APE. Os entrevistados recordaram a necessidade de assegurar a transparência no processo de selecção de candidatos e APEs a nível comunitário como um passo decisivo para a garantia da retenção dos APEs, dado que no passado candidatos que não pertenciam à comunidade e não tinham qualidade para a tarefa foram seleccionados para a actividade, mas orientados pela expectativa de beneficiar de subsídio, mas não se encontravam disponíveis para o trabalho, particularmente quando não houvesse subsídios ou outros incentivos monetários. A atribuição do subsídio monetário aos APEs divide a opinião dos entrevistados, entre os que encaram esta prática como sendo benéfica e os que defendem que o seu impacto dependerá da maneira como o mesmo será gerido.

A novidade na estratégia de ,motivação dos APEs é a decisão do MISAU em atribuir um subsídio monetário mensal aos APEs. Outros incentivos previstos são não-monetários e incluem a atribuição de biciletas, uniforme, crachá, etc. A estes elementos de estratégia de motivação os entrevistados acrescentam:

- A necessidade de uma supervisão regular e efectiva, orientada mais para a assistência técnica e capacitação, em lugar de uma abordagem de policiamento ou inspecção;
- Treinos de refrescamento com periodicidade, no mínimo, anual; r
- Dar aos APEs seus parentes prioridade no acesso a services públicos, especialmente os de saúde, em casos de necessidade;
- Promover a participação dos APEs em oportunidade de trabalho remuneradas na área de saúde, tais como as campanhas de mobilização comunitária e;



- Dar aos APes que mostrem melhor desempenho a oportunidade de se candidatarem para vagas que lhes permitam fazer parte do quadro de pessoal do SNS.

Conforme descrevo na caixa abaixo, algumas das estratégias propostas estão sendo postas em prática nos distritos de Massinga e Vilanculos, na provincial de Inhambane.

### **Iniciativas para a motivação dos APEs em Massinga e Vilanculos**

Em Massiinga um dos entrevistados notou que os APEs naquele distritos não tinham bicicletas nem beneficiavam de um subsídio monetário. Contudo, os SDSMAS encontraram alternativas para manter a motivação dos APEs. Sabe-se que os APEs cobram quantias simbólicas pelas consultas ou pelos medicamentos que dão aos membros das comunidades que recorrem a eles. Mas, as autoridades de saúde locais não interferem com isso. Todos os meses os APEs deslocam-se aos SDSMAS para apresentar o seu relatório mensal de actividades e na base do mesmo recebem o “kit c”, nessas ocasiões, sempre que o distrito tenha capacidade procura dar-lhes alguma quantia para o pagamento de transporte de regresso às comunidades onde trabalham.

Este entrevistado recordou que o Administrador Distrital tem ajudado na motivação dos APEs, dado que sempre que surge um oportunidade ele elogia publicamente os APEs com melhor desempenho no distrito, e de acordo com o entrevistado, os APEs sentem-se altamente motivados com este tratamento.

Outro esforço interessante para manter a motivação dos APEs foi narrado em Vilanculos. De acordo com o entrevistado, os SDSMAS receberam bicicletas para a campanha de pulverização que, entretanto não foram usadas para tal propósito, dado que a maioria das vias de acesso terrestres do distrito são demasiado arenosas. Então os serviços distritais solicitaram autorização junto da DPS para atribuição de de parte dessas bicicletas aos sete APEs activos no distrito. Tendo recebido essa autorização, os serviços distritais atribuíram as bicicletas aos APEs, que sentiram-se estimulados pelo gesto.

Apesar da maioria dos entrevistados apoiarem a atribuição de subsídios monetários aos APEs, as suas opiniões particulares variam da precaução ao apoio aberto a essa iniciativa. Os entrevistados que apoiam abertamente esta iniciativa recordam que quando os APEs foram criados pela primeira vez em Moçambique, esperava-se que trabalhassem na condição de voluntários, e durante uma porção do seu tempo, diariamente. Contudo, a realidade no terreno mostrou que tornaram-se trabalhadores a tempo inteiro, não restando tempo para o desenvolvimento de outras actividades de rendimento. Adicionalmente, estes entrevistados argumentam que os APEs iniciaram o seu trabalho num contexto de euforia pela independência, em que o partido que formava o governo tinha grande capacidade de mobilização das massas, e o voluntarismo era uma atitude quase natural. Contudo, argumentam, o contexto moçambicano mudou e o envolvimento num actividade de rendimento tornou-se tão premente que o voluntarismo torna-se insustentável. Daí que, em defesa da atribuição do subsídio monetário aos APEs um entrevistado afirma que:

Pagar aos APEs é logisticamente apropriado, sustentável e justo e; ajuda a garantir o controle [de quem paga] sobre o APE<sup>26</sup>”.

Outros entrevistados recordam que antes da decisão sobre a atribuição de um subsídio monetário aos APEs, o MISAU deveria assegurar que uma vez iniciado o processo este continuará no future. Outra abordagem consistiria em os parceiros assegurarem fundos para a atribuição do subsídio durante alguns anos e, depois esta responsabilidade passar para o MISAU. Esta chamada de atenção surge da

<sup>26</sup> Interview with a secondary stakeholder, 25 Março 2010, Cidade de Maputo.

constatação de que no passado a falta de continuidade na atribuição do subsídio foi identificada como uma das razões para o baixo desempenho dos APEs, cobranças pelas consultas e medicamentos e, até o abandono da actividade.

Finalmente, os entrevistados notam que a atribuição de um subsídio monetário aos APEs deveria tomar em conta o possível impacto nas comunidades onde os APEs têm trabalhado há varios anos sem este incentivo. Por um lado os entrevistados questionam-se em que medida as comunidades continuariam a encarar e aceitar os APEs como membros da sua comunidade uma vez passem a auferir um subsídio; ou poderiam começar a tratá-los como funcionários de saúde exteriores à comunidade. Por outro lado, os entrevistados vêem o potencial para conflitos sociais. Especificamente, argumentam que dado que os APEs serão atribuídos um subsídio, mas irão trabalhar num contexto comunitário em que outros ACSs trabalham na condição de voluntariado (e outros APEs trabalharam tantos anos na mesma condição) qual será a reacção dos ACSs e dos antigos APEs? Não recorrerão a atitudes de sabotagem do trabalho dos APEs, a serem treinados no âmbito do programa de revitalização?

### **Dificuldades, oportunidades e soluções propostas a nível da supervisão**

A descrição da estratégia de supervisão no Programa de Revitalização dos APEs não se encontra numa secção específica do documento, mas está distribuída pelo documento. É descrita *en passant* na secção sobre a formação... Pode-se depreender das descrições que a supervisão será conduzida desde o nível comunitário ao nacional, por líderes comunitários no nível comunitário e pelo pessoal de saúde das unidades sanitárias periféricas, dos SDSMAS, DPSs e pessoal do MISAU a nível central. O plano operacional fornece, igualmente alguns detalhes a respeito da supervisão, especialmente os fundos previstos para esta actividade. Uma razão importante para a descrição limitada e pouco explícita da supervisão pode estar relacionada com facto dos instrumentos e guiões de supervisão ainda não estarem finalizados.

As opiniões a respeito da supervisão variam entre os que defendem não haver supervisão e os que defendem haver alguma supervisão irregular e esporádica, conduzida por pessoal de saúde de nível provincial e funcionários de ONGs implementadoras, enquanto os funcionários dos SDSMAS não conduzem qualquer supervisão por iniciativa própria ou a conduzem como parte das equipas provinciais ou durante as visitas às unidades sanitárias periféricas usando recursos providenciados pelas ONGs. A conclusão geral a que os entrevistados chegam é: não há supervisão distrital”, e quando ela existe não é eficaz”.

Enquanto alguns entrevistados argumentam que o distrito tem recursos humanos suficientes para conduzir a supervisão, outros defendem que o distrito não tem recursos humanos, logísticos, nem capacidade técnica para conduzir supervisões. Assim, argumentam que as autoridades de saúde distritais deveriam ser capacitadas e apoiadas para a condução de supervisão efectiva.

Alguns intervenientes mostram-se dispostos a experimentar inovações, que incluiriam a criação de um Sistema Comunitário de Informação em Saúde (SCIS) particular para os APEs e de um sistema que garantiria a recolha e análise de dados pelo APE, comunidades locais, unidades sanitárias periféricas e autoridades distritais de saúde; bem como garantir o *feedback* da informação ao APE. A esse respeito uma ONG está a experimentar a seguinte estratégia de supervisão:

Os APEs não estão sendo supervisionados no momento. Gostariamos de fortalecer a supervisão do APE mediante o envolvimento de pessoal das unidades sanitárias periféricas, na

supervisão. Este pessoal terá um guião de supervisão. Desenvolvemos uma estratégia de supervisão no âmbito de um projecto no qual a DPS não conduz a supervisão, mas esta é conduzida pelo médico-chefe distrital, um técnico de laboratório e um enfermeiro de [Saúde Materno-Infantil] SMI. Estas supervisões são regiões no sentido em que dividimos a província em três regiões: norte, centro e sul e; o pessoal de cada distrito visita outros distritos na mesma região, mas não o seu próprio distrito – para evitar conflitos de interesse<sup>27</sup>

Os intervenientes advogam algumas mudanças para melhorar a supervisão dos APEs. Defendem que a supervisão deveria ser conduzida por pessoal de saúde distital e das unidades sanitárias periféricas – próximas das comunidades em que os APEs trabalham, pois, segundo eles, os distritos possuem recursos humanos e capacidade técnica suficientes, mas não têm recursos financeiros e logísticos que assegurem a condução de supervisões regulares. Por outro lado, argumentam que a descentralização da supervisão para o nível distrital faz sentido no contexto de uma abordagem do governo que descentraliza a gestão de governação e desenvolvimento local para o nível distrital, promovendo assim a autonomia distrital.

Os entrevistados defendem igualmente a mudança na atitude de supervisão, de uma abordagem orientada para a inspecção ou policiamento, para outra, orientada para o suporte técnico, formação-no-trabalho e motivação. Destacam que para tornar a supervisão efectiva o papel dos intervenientes e actores aos diferentes níveis deve ser clarificado, bem como os guiões – que deveriam esclarecer inequivocamente o que deveria ser feito durante as supervisões, documentar os achados na supervisão, propôr recomendações e os aspectos a serem avaliados na supervisão subsequente. Nesta perspectiva um entrevistado defendeu que no final de uma missão de supervisão:

Os supervisors deveriam submeter um relatório de supervisão aos seus superiores hierárquicos, para aprovação e, nos quais transparecesse o trabalho realizado, os problemas ou constrangimento identificados e as soluções encontradas ou sugeridas<sup>28</sup>.

Stakeholders espouse the view that supervision could be mainly conducted by local community, and district health personnel, and nearest healthcare facility personnel should be kept informed about APE activities. To be effective, stakeholders reminded, supervision should have clear guidelines and tools, and should be conducted on a regular basis. Regular supervision should aim at helping the APE improve their work, instead of being inspection-like activities. Os entrevistados argumentam que uma abordagem de supervisão que seja efectiva ajuda a melhorar o desempenho dos supervisandos e aumenta as possibilidades de motivação e retenção, podendo ser associados à atribuição de incentivos monetários ou mais simbólicos, sendo o subsídio monetário encarado por alguns entrevistados como um aspecto-chave, pois

uma camiseta, um crachá não fazem parte do kit de motivação. Fazem parte do kit de trabalho. A base da motivação é o subsídio. Os outros factores são adicionais<sup>29</sup>.

---

<sup>27</sup> Entrevista com informante from International NGO, 22 Março 2010, Cidade de Maputo.

<sup>28</sup> Entrevista com informante, 13 2010, Cidade de Maputo.

<sup>29</sup> Entrevista com informante, Abril 20 2010, Cidade de Maputo.

### Uso de dados gerados pelos APEs e distribuição de medicamentos: o lugar das inovações

Os instrumentos de recolha de dados estão sendo desenvolvidos, entretanto a opinião dos entrevistados a respeito dos mesmos é que deveriam ser o mais simples e de fácil uso para garantir que a informação recolhida possa ser usada pelo SIS. Os entrevistados recomendam que, como parte da estratégia de motivação deveria haver *feedback* da informação recolhida e enviada pelos APEs aos SDSMAS. Alguns entrevistados sugerem que algumas inovações para a melhoria da recolha de dados e do uso dos mesmos são necessários, enquanto outros argumentam que o que o sistema precisa é de instrumentos simples, claros e de fácil manejo que sejam pertinentes para o SNS. O argumento é, que, mais importante que a inovação, no momento, é a envidar esforços para a utilização da informação recolhida.

Os entrevistados partilham a opinião de que os dados gerados pelos APEs são usadas para o propósito exclusivo de apresentação junto das autoridades de saúde distritais tendo em vista a renovação do “kit c”. Esta informação é depois arquivada no distrito e uma cópia enviada à província, onde, não há evidências se a mesma é usada para análises ou quaisquer outros propósitos de saúde pública. Os dados recolhidos pelos APEs são registados em fichas, mas não raras vezes as mesmas não existem e os SDSMAS recorrem a outras alternativas locais para garantir que os dados sejam registados. Face a este context alguns entrevistados advogam o recurso a algumas inovações como:

- Uso de telemóveis para o envio de alguns dados;
- Recurso a informação pictográfica para a descrição de algumas doenças, como a pneumonia;
- Criação de um SCIS e incorporá-lo no SIS e;
- Treinamento dos APEs na análise da informação por eles recolhida, que auxiliaria na tomada de decisões no terreno.

Outros entrevistados são mais conservadores a respeito das inovações. Argumentam que o que o sistema precisa não é de inovações, mas instrumentos de recolha de dados e de apresentação de relatórios simples, claros que os APEs possam perceber e manejar e, que o SNS possa usar para análise da situação de saúde nas comunidades e tomada de decisão. Argumentam que a nível das sedes distritais pode-se aproveitar a disponibilidade de computadores para, com recurso a pacotes informáticos, analisar a informação reportada pelos APEs..

Conforme os entrevistados asseveraram em diversas ocasiões, e observações directas junto dos SDSMAS ajudaram a compreender, efectivamente, os dados apresentados mensalmente pelos APEs, parecem servir o único propósito da renovação do Kit APE (kit c). Assim, no final ou início de cada mês, o APE dirige-se aos SDSMAS para apresentar o relatório e levantar o kit e, por enquanto não recebem qualquer subsídio monetário – pelo menos de forma institucionalizada. Dado que, no geral os APEs residem e trabalham em áreas relativamente distantes das sedes distritais (onde se localizam os SDSMAS) usam os seguintes meios para chegar ao distrito.

Alguns cobram quantias simbólicas pelas consultas ou medicamentos que fornecem aos pacientes que recorrem a eles nas comunidades – uma prática que muitos entrevistados encaram como compreensível para si, mas igualmente para as comunidades – e estas quantias são usadas para custear as despesas de transporte para o distrito e de regresso à comunidade.

Outro exemplo, reportado em Massinga, é a prática dos SDSMAS locais, sempre que possível alocarem mensalmente um montante aos APEs que lhes permita cobrirem as despesas do transporte de regress às suas comunidades, sempre que se deslocam ao distrito para a apresentação do relatório e o levantamento do kit. Contudo, conforme entrevistados em Massinga reportaram, algumas vezes as autoridades distritais não dispõem de fundos para assistir os APEs e estes são obrigados a buscar alternativas individualmente<sup>30</sup>.

Conforme os entrevistados explicaram, a distribuição do kit segue o seguinte circuito. Os kits são enviados trimestralmente das Centrais de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM) localizadas na Cidade de Maputo (Sul), Beira (Centro) e Nampula (Norte), para os depósitos provinciais de medicamentos das províncias de cada região. Os depósitos provinciais enviam os kits às autoridades distritais de saúde mensalmente, e os APEs recolhem os kits mensalmente.

A maioria dos entrevistados classifica o sistema de distribuição de medicamentos como adequado e eficaz. Contudo, apontam limitações num sistema de distribuição de kits aos APEs baseado em relatórios cuja fiabilidade não é avaliada.

Os entrevistados acrescentam que, enquanto o SNS garante que os APEs recebam os kits regularmente, falta um controle sobre o volume de medicamentos realmente usados pelos APEs; quais medicamentos tendem a esgotar-se antes do período normal de reabastecimento (uma vez ao mês) e quais não são muito usados ou são usados em quantidades bastante reduzidas. Os entrevistados associam estas deficiências na gestão dos medicamentos à gestão manual dos stocks de medicamentos nos níveis provincial e distrital e às deficiências na supervisão (apontadas ao longo do relatório). Para superar estes constrangimentos os entrevistados sugerem a informatização do sistema de gestão de stocks de medicamentos.

Entretanto, há esforços de parceiros do MISAU e das autoridades distritais de saúde para melhorar a gestão de stocks de medicamentos. Por exemplo, um dos parceiros do MISAU forneceu computadores e respectivos pacotes informáticos de gestão de stocks às autoridades distritais da província em que opera. Nos SDSMAS dos dois distritos visitados notei haver um esforço de monitoria do volume de medicamentos mais usados pelos APEs, o que resulta na redução (a cada reabastecimento) da quantidade de medicamentos menos usados. Contudo, a constatação da ruptura de stocks dos medicamentos mais usados, antes do final de cada mês, não é acompanhada pelo reabastecimento em tempo útil.

---

<sup>30</sup> Entrevista com informante, Abril 6 2010, Massinga District.

## CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

### conclusões

Este relatório apresenta os resultados do mapeamento dos principais intervenientes no MICC das principais doenças na infância através da estratégia dos APEs em Moçambique. O mapeamento foi conduzido entre Março e Abril do corrente ano, na Cidade de Maputo, Inhambane e nos distritos de Massinga e Vilanculos, da província de Inhambane, no sul de Moçambique.

O programa dos APEs foi implementado pela primeira vez em finais da década de 1970 em Moçambique, mas no decurso da sua implementação enfrentou constrangimentos que influenciaram na sua interrupção oficial. Em momentos subsequentes houve tentativas de revitalização do programa, mas sem sucesso. Na esteira do entusiasmo que se seguiu à realização da Reunião Nacional sobre o Envolvimento Comunitário para a Saúde, realizada em Junho de 2007, foram desenvolvidas demarches que culminaram no desenvolvimento e aprovação do Programa de Revitalização dos APEs em Março de 2010. Actualmente, está em curso a criação de condições para a implementação do programa.

Os APEs são encarados como um actor-chave a nível da comunidade na expansão da cobertura sanitária e dos cuidados de saúde primários para as comunidades locais em Moçambique. Dado os conteúdos que constam do currículo de formação proposto para estes agentes, os mesmos são actores importantes no MICC para as principais doenças na infância, uma área de intervenção na qual a Malaria Consortium estará activamente envolvida através do projecto INSCALE.

Este exercício de mapeamento visou identificar os principais intervenientes no MICC das principais doenças na infância, através da estratégia dos APEs em Moçambique e; aprender sobre as principais oportunidades e ameaças ao programa bem como as actuais soluções e alternativas planificadas com potencial para a melhoria do desempenho, retenção e motivação e, utilização da informação dos APEs.

A recolha de dados foi realizada com recurso `a entrevistas individuais e de grupo, e foi usada literatura para suplementar a informação recolhida. Foi usada a abordagem do *stakeholder analysis* na priorização dos principais intervenientes no programa dos APEs e no MICC e na análise de alguns dados sobre os principais intervenientes. Foi usada a ferramenta SWOT para a análise dos pontos de vista apresentados pelos entrevistados, orientada para a organização dos dados em termos de pontos fortes e fracos, oportunidades e desafios/ameaças ao programa, com especial ênfase para as áreas de formação, supervisão, motivação e uso de dados. \

Foram entrevistados 30 informantes identificados, nas Cidade de Maputo e Inhambane e nos distritos de Massinga e Vilanculos, da provincial de Inhambane, os quais detêm diferentes posições no MISAU, DPS, SDSMAS, parceiros bilaterais e multilaterais do MISAU, ONGs internacionais e governos provincial de Inhambane e dos dois distritos visitados, bem como informants-chave sem qualquer filiação às instituições acima mencionadas, mas seleccionados na base da sua experiência e envolvimento com o programa dos APEs e o MICC no passado e actualmemnte.

Os dados recolhidos sugerem que os principais intervenientes apoiam o programa, independentemente do seu nível de envolvimento no processo de tomada de decisão a nível nacional a respeito do programa e do nível de conhecimento a respeito do programa. Os dados sugerem ainda a centralização das discussões e do processo de tomada de decisão a nível nacional, sobre o programa, na Cidade de

Maputo, o qual aparentemente se baseia numa abordagem *top-down* ao desenvolvimento do programa e do instrumentos para a implementação do mesmo. Esta centralização é igualmente evidente na análise da informação sobre o nível de conhecimento que os principais intervenientes têm a respeito do programa. Os intervenientes de nível central mostram maior nível de conhecimento que os de nível provincial e estes em relação ao nível do distrito. A análise sugere que o nível de conhecimento baseia-se mais no acesso à informação que no interesse em apoiar o programa.

Os principais intervenientes mostram compromisso no desenvolvimento dos instrumentos de implementação do programa, na alocação e mobilização de recursos e partilham o ponto de vista de que o programa seja crucial para abordar a necessidade de estender os cuidados de saúde primários a mais moçambicanos, especialmente das “comunidades rurais”. Contudo, alguns argumentam que a sustentabilidade (especialmente financeira) do programa deveria ser assegurada antes do início da implementação do programa.

Intervenientes optimistas argumentam que o programa tem oportunidades de se tornar um sucesso, dada a vontade política e o compromisso expressos pelo MISAU e seus parceiros e, a longa história do programa dos APEs em Moçambique – que cria condições para que se possa evitar a repetição dos erros do passado.

Os intervenientes mais cépticos mostram reservas a respeito da sustentabilidade do programa, dados que os fundos para a sua implementação ainda não foram assegurados e, o MISAU ainda precisa de garantir recursos humanos, há necessidade de descentralização da gestão do programa para o nível distrital e, ainda está por esclarecer o papel o papel dos diversos actores no programa - como comunidades locais e outros ministérios.

Tendo em vista ultrapassar os constrangimentos identificados, os entrevistados defendem que as acções deverão concentrar-se em assegurar que o MISAU assuma a liderança do processo, o papel dos diferentes actores nos diversos níveis seja clarificado e; as ferramentas e guiões para a implementação sejam finalizados.

Os entrevistados mostraram dificuldades em avançar o seu ponto de vista relativamente à formação, motivação, supervisão e colheita e uso de dados, na medida em que os instrumentos para estas componentes estão em desenvolvimento, e a maioria dos entrevistados fazem parte do processo de concepção dos mesmos. Ainda assim, partilharam algumas ideias e experiências sobre estas componentes.

A opinião geral dos entrevistados a respeito da estratégia e dos materiais de formação é que os mesmos ainda carecem de pré-testagem antes da sua implementação e que se deveria procurar um equilíbrio entre conteúdos clínicos e de dinâmicas comunitárias durante a formação, devendo os mesmos conteúdos ser ajustados ao nível de educação dos formandos.

Os entrevistados associam a motivação e a retenção dos APEs ao processo de selecção dos APEs, qualidade e regularidade da supervisão; regularidade dos incentivos e o equilíbrio entre incentivos monetários e não-monetários. Enquanto alguns entrevistados defendem a atribuição do subsídio monetário aos APEs, outros argumentam que esta questão deve ser considerada no contexto da possível reacção das comunidades locais e dos ACSs e actuais APEs que têm vindo a trabalhar na condição de voluntariado. Foram apontadas algumas estratégias de motivação experimentadas pelos distritos visitados, como alternativas com potencial para melhorar a motivação dos APEs. .



A opinião geral dos entrevistados a respeito da supervisão resume-se à sua inexistência nalguns distritos e comunidades ou na sua falta de efectividade. Os entrevistados especificam a supervisão tende a ser irregular e inefectiva, e apontam soluções e alternativas que incluem a alocação de recursos financeiros e logísticos para que o mesmo possa conduzir supervisões, encaradas mais como de apoio, motivação e formação-no-trabalho, contrariamente a uma abordagem de inspecção ou policiamento. Os entrevistados vêem o papel das autoridades de nível provincial como sendo mais de assistência técnica e monitoria do processo, enquanto o nível central se encarregaria de aspectos mais estratégicos e de Monitoria & Avaliação nacional da implementação do processo.

Enquanto os instrumentos de colheita de dados estão em desenvolvimento, a opinião geral dos entrevistados a respeito das inovações divide-se entre os que as encaram como sendo necessárias e os que pensam que mais do que inovações é necessário conceber instrumentos claros, simples, de fácil manejo e capazes de propiciar a recolha e o reporte de informação pertinente (capaz de ser usada) para o SNS. A nível dos distritos e das províncias, argumentam que os computadores e pacotes informáticos podem ser usados para a análise da informação gerada pelos APEs.

Actualmente, os dados recolhidos pelos APEs são usados quase exclusivamente pelas autoridades sanitárias de nível distrital para o fim de renovação do kit aos APEs. Os entrevistados notaram que de forma geral o sistema de distribuição do kit é adequado e funcional, contudo os kits deveriam ser atribuídos na base de informação fiável sobre o uso dos medicamentos no terreno – informação que actualmente não existe. A gestão de stocks de medicamentos é igualmente deficient (e manjual), e os entrevistados argumentam que a gestão manual deveria ser substituída pela informatizada, usando como oportunidade a disponibilidade de computadores a nível das capitais distritais.

## **Recomendações**

Face às constatações da pesquisa seria de recomendar acções a diferentes níveis e áreas:

- Primeiro, o processo de tomada de decisão a nível nacional poderia beneficiar do envolvimento activo de actores de nível provincial, distrital e das comunidades, bem como de outros actores de nível central com interesse e experiência no programa dos APEs, no MICC, como a sociedade civil e as ONGs moçambicanas;
- Seria de recomendar a adopção de estratégias de advocacia e comunicação tendentes a elevar o nível de conhecimento sobre o programa junto dos intervenientes e outros interessados, bem como mobilizar o apoio de outros ministérios com experiência em programas de envolvimento comunitário e que apoiariam na apresentação deste programa como um programa do governo (ainda que orientado para a saúde);
- O papel de actores governamentais, estatais e não estatais de nível central até ao comunitário precisa ser claramente definido;
- Guiões de Monitoria & Avaliação e outros instrumentos essenciais para a implementação e gestão do programa precisam ser finalizados, incluindo as áreas de treinamento, supervisão, retenção e motivação e colheita e utilização de dados gerados pelos APEs;

- As experiências passadas de implementação do programa em Moçambique bem como em países com contextos sócio-económicos, culturais e históricos próximos ao nosso podem servir de referenciais na implementação, gestão e avaliação do programa em Moçambique.