

Expandindo a quimioprevenção sazonal da malária a novas áreas geográficas

Lições de Moçambique

Índice

- 2** Introdução
- 2** Sobre a QSM
- 2** A liderança de Malaria Consortium
- 2** O contexto da malária em Moçambique
- 3** Dos estudos à expansão
- 3** A adaptação da QSM ao contexto local (2020)
- 5** O estabelecimento e o aperfeiçoamento da implementação da QSM (2020-2022)
- 7** A adaptação à escala (2023)
- 8** Reflexões sobre a execução da QSM em larga escala
- 11** Recomendações
- 12** Próximos passos
- 14** Referências



Cuidadora administra medicamentos da QSM à filha na província de Nampula, Moçambique

Introdução

Desde que foi recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2012, a quimioprevenção sazonal da malária (QSM) tornou-se uma pedra basilar da prevenção da malária em zonas da África Subsaariana que se deparam com transmissão da malária altamente sazonal. Tendo sido primeiramente implementada na região do Sahel da África Ocidental e Central, a QSM revelou-se eficaz na prevenção da infeção por malária em crianças pequenas e, agora, a sua adoção é recomendada em outras zonas em África em que a malária é endémica, a morbilidade e a mortalidade são elevadas e a transmissão da malária é sazonal.

Moçambique foi o primeiro país fora da região do Sahel a expandir com sucesso a QSM. Neste documento de aprendizagem, descrevemos as lições decorrentes da aplicação em larga escala da QSM em Moçambique e apresentamos recomendações para iniciativas similares em contextos equiparáveis.

Sobre a QSM

A QSM é uma intervenção de base comunitária que implica a administração de doses intermitentes de medicamentos antimaláricos a populações suscetíveis durante o pico das épocas de transmissão. O objetivo é manter as concentrações dos fármacos no sangue a fim de prevenir casos de malária.

Inicialmente, a OMS recomendou a expansão da QSM tendo como público-alvo as crianças dos três aos 59 meses de idade na região do Sahel da África Ocidental e Central em 2012.^[1] Hoje em dia, a utilização da QSM como uma estratégia de prevenção da malária é norteadas pelas Diretrizes Consolidadas para a Malária da OMS, que salientam a necessidade dos países em que a malária é endémica adaptarem as estratégias relativas à malária ao contexto e à epidemiologia locais.^[2] As diretrizes já não impõem restrições geográficas à QSM.

A liderança de Malaria Consortium

Malaria Consortium é especialista em chegar às comunidades com acesso limitado a serviços de saúde e às pessoas com mais risco de exposição à doença, incluindo crianças menores de cinco anos.

Aproveitando a experiência organizacional decorrente da implementação de intervenções de saúde bem sucedidas, conseguimos alargar o nosso alcance a fim de cobrir novas áreas geográficas e populações.

Malaria Consortium está na linha da frente da implementação da QSM. Em conjunto com outros parceiros, demonstrámos que é possível implementar a QSM em larga escala, de forma segura, eficaz e adaptada a diferentes contextos. As avaliações de vários países do projeto "Alcançar a Expansão Catalítica da QSM no Sahel" (ACCESS-QSM), que foi liderado para Malaria Consortium, mostraram que a QSM foi eficaz na prevenção da morbilidade e mortalidade por malária, com poucos relatos de reações adversas graves. As campanhas da QSM são implementadas sob a liderança dos programas nacionais para o controlo da malária e através dos sistemas de saúde dos países.

Em 2024, as atividades de QSM de Malaria Consortium chegaram a cerca de 24 milhões de crianças em sete países da África Subsaariana: Burkina Faso, Chade, Moçambique, Nigéria, Sudão do Sul, Togo e Uganda. Graças ao nosso compromisso para com estudos rigorosos, procurámos delinear o futuro da QSM avaliando a sua utilidade em novas áreas geográficas, entre as quais, Moçambique.

O contexto da malária em Moçambique

Em Moçambique, a malária continua a ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade, com 9,3 milhões de casos e 11.940 mortes por malária em 2023.^[3] A taxa de mortalidade das crianças com menos de cinco anos é elevada (69,6 mortes por 1000 nados-vivos), provavelmente devido ao elevado risco de malária em todo o país, combinado com o declínio da cobertura da vacinação contra doenças infantis evitáveis.^[4] Moçambique continua a ser um dos cinco países que mais contribuem para o fardo global da malária.^[3] Moçambique é também um dos países que pretende acelerar os progressos contra a doença no âmbito da iniciativa “High Burden to High Impact”.

O Plano Estratégico 2017–2022 do Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM) centrou-se na redução do fardo em zonas altamente endémicas, com uma avaliação intercalar que recomendava a QSM como estratégia de controlo da malária para acelerar o impacto nos locais com o maior fardo.^[5] O Plano Estratégico Nacional atualizado para 2023–2030 recomenda a continuação e a expansão da QSM para o controlo da malária, a fim de alcançar o objetivo do país de garantir que 85 por cento da população-alvo beneficie de, pelo menos, uma estratégia de prevenção atempada (controlo de vetores, quimioprevenção e/ou vacinação) até 2030.^[6]

A transmissão da malária varia no país e pode ser bastante sazonal em algumas zonas, com o pico dos casos de malária a ocorrer, em geral, cerca de seis a 10 semanas após o início da precipitação. Normalmente, os meses mais quentes e húmidos são entre novembro/dezembro e fevereiro, com o pico subsequente da prevalência da malária a ocorrer entre janeiro e março/abril.^[7,8]



Distribuidores comunitários dão a uma cuidadora medicamentos da QSM para a sua criança na província de Nampula, Moçambique

Dos estudos à expansão

Entre 2020 e 2022, Malaria Consortium e o PNCM realizaram um estudo de implementação híbrido em quatro distritos da província de Nampula — selecionados pelo seu elevado fardo de casos de malária e transmissão sazonal da malária — em resposta à inclusão da QSM no Plano Estratégico de Controlo da Malária. A administração da QSM envolveu quatro regimes de sulfadoxina–pirimetamina (SP) e amodiaquina (AQ), conhecidos como SPAQ, administrados em ciclos de 28 dias durante cada época anual de alta transmissão. No total, 120.000 crianças menores de cinco anos receberam QSM durante este período. Apesar dos elevados níveis de resistência à SP observados, o estudo concluiu que a QSM na província de Nampula era viável, aceitável e eficaz na prevenção de casos de malária em crianças com menos de cinco anos durante a época de alta transmissão.^[9] Após a conclusão bem sucedida do estudo, o Ministério da Saúde de Moçambique decidiu expandir a QSM a todos os 23 distritos da província de Nampula em 2023, chegando a cerca de 1,3 milhões de crianças.

A adaptação da QSM ao contexto local (2020)

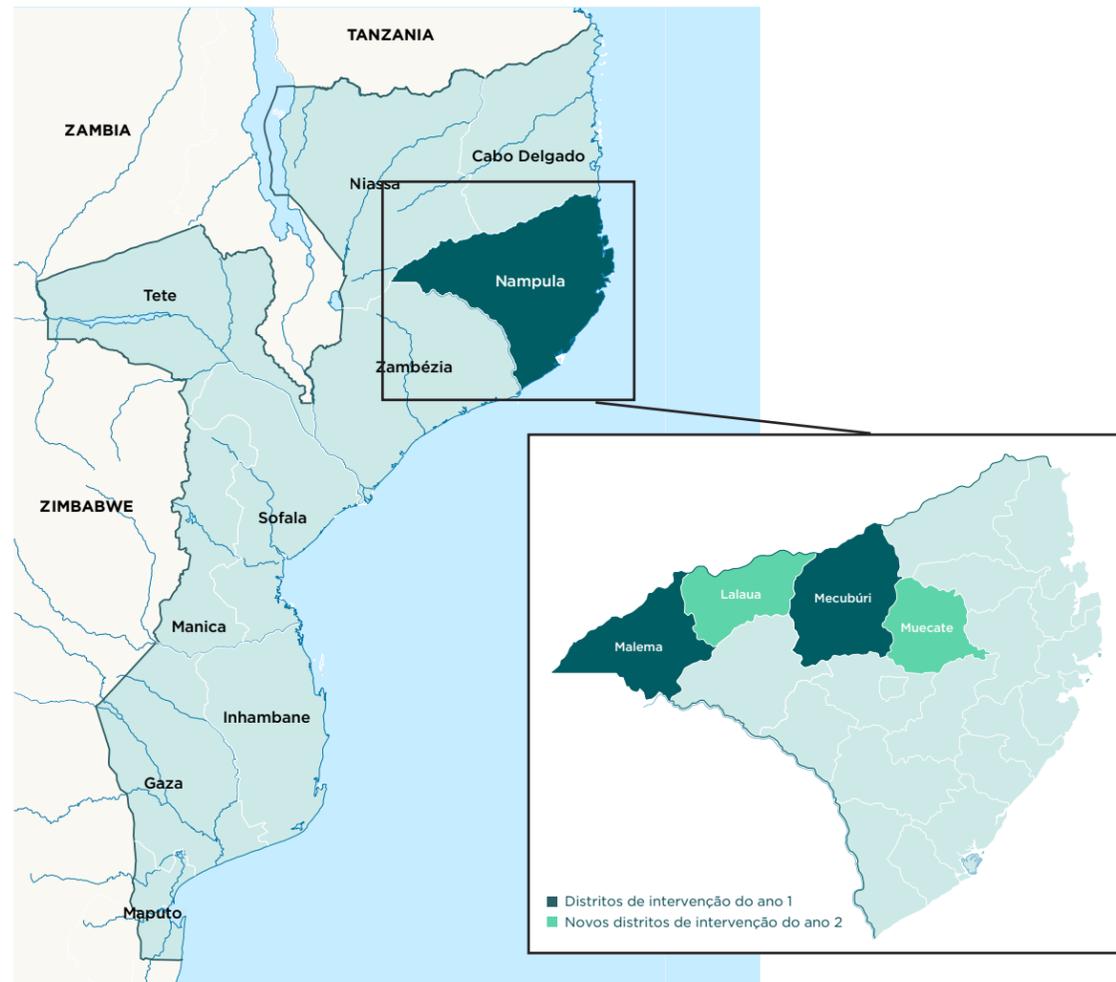
A introdução da QSM em Moçambique obrigou a várias adaptações dos protocolos e ferramentas usados em países do Sahel, aproveitando os ensinamentos desses países e ajustando a intervenção ao contexto da província de Nampula:

- **Adaptação da linguagem e dos materiais de formação:** Os materiais de formação, os formulários e as ferramentas da QSM foram traduzidos de inglês para português a fim de garantir a acessibilidade dos profissionais de saúde locais e membros da comunidade.
- **Cumprimento das normas relativas à COVID-19:** A introdução da QSM em Moçambique coincidiu com o início da

pandemia da COVID-19. As reuniões e as sessões de formação presenciais foram adaptadas para assegurar o cumprimento das diretrizes nacionais em matéria de prevenção da COVID-19, assim possibilitando que as atividades de QSM pudessem continuar em segurança.^[10]

- **Gestão dos rumores e desinformação no seio da comunidade:** Em cada comunidade foi designado um líder comunitário responsável pela gestão dos rumores negativos relacionados com a campanha, para reforçar a confiança e contrariar a desinformação sobre a QSM.
- **Reforço da monitorização e recolha de dados:** Foi introduzida uma monitorização diária das atividades de implementação, envolvendo a análise de dados administrativos, para que as abordagens pudessem ser ajustadas em tempo real, conforme necessário.
- **Digitalização dos dados:** Foi desenvolvida uma base de dados eletrónica para permitir o registo diário de dados, assim melhorando a eficiência em termos de gestão e reporte de dados.
- **Modelo de supervisão modificado:** Os supervisores utilizaram motos para ir ao encontro dos distribuidores comunitários nas suas comunidades, dando orientações e distribuindo medicamentos diretamente aos mesmos, em vez de obrigar os distribuidores comunitários a deslocarem-se a um ponto de encontro fixo.
- **Estratégia de envolvimento localizada:** O envolvimento comunitário passou dos métodos tradicionais (por exemplo, utilização de megafones) para uma abordagem porta a porta, liderada por um “líder-guia” em cada comunidade. Esta abordagem promoveu as interações pessoais e uma comunicação mais direta.

Estabelecimento e aperfeiçoamento da implementação da QSM (2021-2022)



O primeiro ano da implementação da QSM em Moçambique serviu como piloto para estabelecer o modelo de execução da QSM em Nampula, dar formação aos distribuidores comunitários e sensibilizar a comunidade para a QSM, lançando as bases para uma possível expansão.

No segundo ano, o modelo de execução da QSM foi aperfeiçoado com base nas lições do ano anterior, melhorando a eficiência da distribuição e reforçando a confiança da comunidade para apoiar uma implementação em maior escala. Nesta fase, introduziram-se melhorias ao nível da infraestrutura de saúde comunitária e do planeamento logístico.

As atividades da QSM foram sincronizadas com as operações das unidades de saúde locais a fim de assegurar uma melhor cobertura e acessibilidade. Prosseguiu o envolvimento intensivo da comunidade, incluindo avaliações formativas para aferir os conhecimentos, atitudes e práticas da comunidade. A monitorização em tempo real ajudou a identificar e a resolver com prontidão os desafios operacionais. Os resultados foram encorajadores, com uma elevada cobertura das famílias e crianças elegíveis nas zonas de estudo, comparável à cobertura da QSM normalmente registada em contextos da África Ocidental, onde a QSM é implementada há vários anos.^[11]



Distribuidora comunitária prepara a medicação da QSM para administração

A adaptação à escala (2023)

Tendo em vista a preparação para a expansão da implementação da QSM na província de Nampula, Moçambique organizou uma visita de troca de experiências com a Nigéria, um país que tem mais de 10 anos de experiência em matéria de implementação de campanhas da QSM em larga escala. Este intercâmbio foi registado num documento de aprendizagem.^[12] A Nigéria é o país com o maior número de crianças abrangidas pela QSM e a QSM foi integrada na estratégia nacional de combate à malária. Malaria Consortium tem uma relação com o Programa Nacional para a Eliminação da Malária (PNEM) na Nigéria, que conduz a implementação da QSM no país. A visita tinha como objetivo aprender com os êxitos e os desafios do programa da QSM da Nigéria e adaptar essas lições ao contexto moçambicano. Além disso, a equipa procurou compreender de que forma a Nigéria integrou a QSM no sistema nacional de saúde a fim de gerar eficiências de escala sustentáveis.

Após a troca de experiências com a Nigéria, foram efetuadas as seguintes modificações para melhorar a expansão prevista da QSM na província de Nampula:

- **Grupo técnico da QSM a nível provincial:** Foi criado um grupo técnico provincial para prestar aconselhamento específico e coordenar as atividades da QSM, assim contribuindo para uma melhor implementação na região.
- **Memorando de entendimento:** O Ministério da Saúde de Moçambique e Malaria Consortium estabeleceram um acordo formal que define claramente os papéis e as responsabilidades de ambos, com vista a simplificar o apoio operacional e a clarificar as expectativas.
- **Ajustamento das funções do pessoal:** As funções do pessoal de Malaria Consortium foram ajustadas para dar prioridade à gestão dos aspetos logísticos e financeiros, permitindo uma utilização mais eficiente dos recursos. As autoridades de saúde a nível distrital passaram a ser responsáveis pela prestação de apoio direto no terreno.
- **Otimização dos dias de distribuição:** A distribuição da SPAQ foi reprogramada para começar às quintas-feiras e terminar aos domingos, maximizando a probabilidade de

as cuidadoras estarem em casa para garantir que as crianças recebiam as suas doses.

- **Maior visibilidade dos implementadores:** Os distribuidores comunitários receberam coletes em vez de t-shirts a fim de aumentar a sua visibilidade e facilitar-lhes o acesso às famílias.
- **Apoio remoto para distritos com riscos de segurança:** Nas zonas com riscos de segurança, Malaria Consortium prestou apoio logístico remoto, ao passo que ao PNEM coube a gestão das operações no terreno.
- **Reuniões diárias à distância:** O PNEM conduziu reuniões diárias à distância com os representantes distritais e provinciais a fim de avaliar os progressos e resolver os problemas prontamente.
- **Introdução de inquéritos de fim de ciclo regulares:** Foram realizados inquéritos de fim de ciclo específicos para avaliar o desempenho do programa e identificar áreas de melhoria a fim de reforçar a implementação nos ciclos subsequentes. No final de cada ciclo, discutem-se os resultados e elabora-se um plano de ação para cada zona de saúde para ajudar a melhorar o ciclo seguinte.

Cuidadores administram a medicação da QSM à filha, província de Nampula, Moçambique



“Há dois anos que a QSM é implementada em Nacala. Gostaríamos de expressar o nosso agradecimento pela oportunidade de termos este programa no nosso distrito. Olhando para as atividades realizadas até ao momento, podemos dizer que reduziram em 29 por cento os casos de malária no nosso distrito no grupo etário dos três aos 59 meses, em 2023.

A redução do número de crianças hospitalizadas com malária neste grupo etário é, para nós, uma boa estratégia que contribui para a proteção das crianças contra a malária e que deve continuar a ser aplicada.”

Dra. Janete Chau, Diretora de Saúde Distrital de Nacala Porto, Nampula

Reflexões sobre a execução da QSM em larga escala

No final da primeira campanha da QSM implementada em larga escala — que chegou a 1,3 milhões de crianças em todos os 23 distritos da província de Nampula — Malaria Consortium registou algumas lições principais que poderão servir de base à eventual expansão futura do programa da QSM para outras partes do país.

Para documentar as lições, foram revistas as orientações — incluindo o “Field Guide for QSM” da OMS e o quadro de normas de qualidade de Malaria Consortium para a QSM — e comparadas com os relatórios descritivos de cada fase.^[13] Isto proporcionou uma base de referência para avaliar as práticas atuais em relação às diretrizes estabelecidas. O processo de aprendizagem também contemplou análises das reuniões regulares que tiveram lugar durante as campanhas, assim como das sessões de reflexão realizadas aos níveis distrital e provincial com todas as partes interessadas, incluindo distribuidores comunitários, supervisores, representante das unidades de saúde distritais, líderes comunitários e representantes governamentais. Em conjunto, estes métodos possibilitaram uma avaliação completa das estratégias de implementação, assinalando os êxitos e os desafios, e servindo de base a melhorias para futuras rondas da QSM.

O processo de aprendizagem resultou na identificação de nove principais categorias de aprendizagem:

1. Planeamento e enumeração:

- **Planeamento da campanha:** O início do planeamento da campanha a nível distrital permitiu tomar decisões que refletiam as necessidades locais específicas, resultando numa alocação dos recursos mais correta e numa coordenação logística mais eficaz.
- **Cálculo da população-alvo:** A conjugação de diferentes fontes de dados, como os dados dos censos e os registos históricos de campanhas similares, revelou ser a abordagem mais correta para calcular a população-alvo, reduzindo o risco de subestimação ou sobrestimação dos recursos. Contudo, as discrepâncias nas projeções baseadas nos dados dos censos apresentaram

desafios porque, muitas vezes, subestimavam a população o que obrigou a ajustamentos constantes.

- **Gestão do risco:** A aplicação de um quadro de gestão do risco ajudou a identificar e a atenuar os riscos internos e externos, como a sobreposição das campanhas de saúde, que poderiam ter perturbado a implementação da QSM.

2. Gestão das compras e aprovisionamento

- **Integração da distribuição do SPAQ nos sistemas de saúde:** A incorporação da distribuição do SPAQ na cadeia de abastecimento do sistema de saúde reduziu os custos de implementação e assegurou a disponibilidade atempada dos recursos nas unidades de saúde. Contudo, alguns atrasos burocráticos no que toca a importação dos medicamentos ameaçaram o início a tempo e horas da ronda da QSM.
- **Gestão de stocks:** A coordenação com outros países que implementam a QSM revelou-se fundamental para gerir as ruturas de stock através da partilha de recursos. Por exemplo, durante a ronda de 2022/23, quando o programa da QSM em Moçambique teve uma rutura de stock da SPAQ para crianças dos três aos 11 meses de idade, a Nigéria prestou apoio prontamente para assegurar a continuação dos ciclos restantes. A formação pormenorizada sobre o cálculo da dosagem da SPAQ com base na idade ajudou a minimizar os erros de distribuição; no entanto, a dosagem incorreta por parte de alguns implementadores levou a faltas de stock, o que sublinha a necessidade de formação sobre como determinar a idade da criança para que seja administrada a dosagem correta.

3. Envolvimento comunitário

- **Estratégias de envolvimento baseadas em dados:** Graças à incorporação de resultados de avaliações formativas foi possível ajustar a estratégia de envolvimento comunitário às atitudes e preocupações locais, o que resultou numa maior aceitação por parte da comunidade. Esta abordagem lançou as

Distribuidor comunitário na província de Nampula em Moçambique



bases para um envolvimento sustentado e a construção de laços mais fortes com os líderes locais.

- **Utilização de líderes-guia para as atividades de envolvimento porta-a-porta:** A designação de líderes locais para acompanhar os distribuidores comunitários durante a distribuição porta-a-porta fomentou a confiança e melhorou o acesso, sobretudo em zonas sensíveis do ponto de vista cultural ou político. Contudo, devido a critérios de seleção inconsistentes alguns líderes-guia não tinham capacidade física para participar na distribuição porta-a-porta, o que afetou a motivação e o desempenho em alguns casos.

“Estamos satisfeitos com esta campanha. Desde que a nossa filha começou a tomar este medicamento em 2022–2023, não foi infetada com malária. Está protegida. Recomendamos vivamente que outras famílias adiram a esta estratégia. Não se vão arrepender.”

Cuidadora, Ilha de Moçambique, província de Nampula

4. Formação e capacitação

- **Modelo de formação em cascata:** O modelo de formação em cascata — no qual os formadores eram formados para transmitir conhecimentos aos implementadores — preparou efetivamente mais de 14.000 implementadores para a distribuição da QSM, mantendo uma boa cobertura não obstante a rotatividade do pessoal. Contudo, a seleção dos formadores pura e simplesmente baseada nas pontuações dos testes posteriores à formação de formadores limitou a qualidade da formação em algumas zonas, uma vez que as pontuações dos testes de conhecimentos práticos não foram devidamente tidas em conta.

“Sou distribuidora comunitária da QSM na comunidade de Jembesse na Ilha de Moçambique. Como sou mãe, antes de ir para o trabalho, acordo às 4h00 e preparo a casa e a comida para as crianças antes de ir para a unidade de saúde às 7h00. Chego às 7h30 para a reunião diária de planeamento e depois começo a trabalhar às 8h30. Durante o dia, administro SPAQ a cerca de 65 crianças.

Às vezes visitamos mais casas e continuamos até atingir a meta diária. Quando nos deparamos com crianças doentes, encaminhamo-las para a unidade de saúde mais próxima e, se já lá tiverem ido, incentivamos as cuidadoras a continuarem a dar a medicação.

Enquanto mulher, tenho orgulho no trabalho que faço, principalmente porque não é habitual ver mulheres a fazer este tipo de trabalho. Estou satisfeita sobretudo porque sei que estou a inspirar outras mulheres na minha comunidade.”

Distribuidora comunitária na comunidade de Jembesse, na Ilha de Moçambique

- **Critérios de seleção dos implementadores:** A aplicação de critérios claros foi essencial para assegurar a qualidade da formação, uma vez que os desvios dos critérios resultaram na seleção de implementadores não qualificados em alguns casos, o que afetou os resultados da formação e a prontidão no terreno.

5. Administração dos medicamentos da QSM

- **Modelo de distribuição porta-a-porta:** O modelo de distribuição porta-a-porta melhorou o acesso e a aceitação da SPAQ entre as famílias-alvo, aumentando, de forma considerável, a cobertura. Contudo, os atrasos nos pagamentos aos implementadores diminuíram a motivação e o compromisso, afetando a cobertura em determinados distritos.
- **Formação contínua:** A formação de reciclagem de conhecimentos sobre a elegibilidade e a idade das crianças ajudou a reduzir os erros de distribuição, garantindo que as crianças recebiam a dosagem correta. A elevada rotatividade do pessoal obrigou a novas sessões de formação, complicando mais a continuidade do programa.

6. Encaminhamento e farmacovigilância

- **Sistemas de encaminhamento:** O encaminhamento por parte dos distribuidores comunitários das crianças que identificaram com febre durante a distribuição da QSM garantiu o acompanhamento por parte de profissionais de saúde qualificados. Contudo, verificaram-se alguns casos de erros e atrasos no encaminhamento porque os distribuidores comunitários não conseguiram identificar sintomas da febre devido a lacunas de formação.

- **Reporte de eventos adversos:** O processo de reporte de eventos adversos foi simplificado, possibilitando a recolha de dados e o acompanhamento dos casos de forma eficiente. A comunicação com as cuidadoras sobre os eventos adversos ajudou a manter a confiança da comunidade, embora tenha sido necessário dar formação complementar a alguns distribuidores para que soubessem reconhecer os sistemas consistentemente.

7. Supervisão

- **Supervisão a vários níveis:** A atribuição de supervisores aos níveis nacional, provincial, distrital e comunitário possibilitou uma vigilância abrangente, contribuindo para um elevado nível de qualidade e cobertura. Os elevados custos de aluguer de motos para os supervisores constituíram um desafio financeiro, ao mesmo tempo, a rotatividade do pessoal afetou a consistência e experiência nos cargos de supervisor.
- **Circulação dos supervisores:** Os supervisores utilizaram motos para ir ao encontro dos distribuidores comunitários nas suas comunidades, o que poupou tempo e aumentou a eficiência. Contudo, as condições das estradas em algumas zonas dificultaram as deslocações, o que afetou a capacidade dos supervisores levarem a cabo a sua missão de forma consistente.

“A chave para obter bons resultados com a campanha da QSM é o envolvimento a todos os níveis: o supervisor distrital da QSM, os coordenadores da QSM na unidade de saúde, os supervisores, os distribuidores comunitários e os líderes comunitários. Se existir uma boa coordenação entre todos estes atores, tudo irá decorrer como planeado.”

Supervisor distrital da QSM, Ilha de Moçambique

8. Monitorização e avaliação

- **Reuniões de informação diárias e reuniões remotas:** A realização de reuniões de informação diárias permitiu identificar lacunas e ajustar estratégias imediatamente, o que melhorou a implementação da campanha ao longo do tempo. No entanto, o pouco tempo para compilar e analisar os dados gerou problemas relacionados com a qualidade que, por vezes, afetaram a tomada de decisões em tempo útil.
- **Inquéritos de fim de ciclo:** Os inquéritos de fim de ciclo ajudaram a definir os ajustamentos estratégicos, assim melhorando o desempenho em ciclos subsequentes. Os atrasos na coordenação das atividades de monitorização entre as equipas técnicas e operacionais ilustraram a necessidade de um melhor planeamento para que os prazos sejam cumpridos.

9. Pagamentos aos implementadores

- **Procedimentos operacionais normalizados (SOP) para pagamentos:** A implementação de SOP claros aumentou a transparência e a eficiência em matéria de pagamentos, o que resultou num maior grau de satisfação e motivação entre os implementadores. As contas móveis dos implementadores foram verificadas antecipadamente para minimizar os atrasos. Contudo, a ausência de verificação biométrica dificultou a confirmação da identidade, o que implicou mais coordenação e demorou mais tempo.
- **Validação das contas móveis:** A validação das contas móveis durante a formação permitiu assegurar o processamento correto dos pagamentos, aumentando a motivação dos implementadores. No entanto, houve problemas para os implementadores que não tinham contas móveis pessoais, o que complicou o processo de pagamento e afetou a satisfação.



Recomendações

Planeamento e enumeração

Aproveitando o sucesso do **microplaneamento a nível distrital**, recomenda-se que esta abordagem seja aprimorada e repetida em campanhas futuras a fim de assegurar que as necessidades em termos de recursos são devidamente satisfeitas.

Para fazer face aos desafios da subestimação da população, **continuar a incorporar múltiplas fontes de dados** (recenseamento e dados históricos de campanhas) para estimar as populações-alvo e reduzir o risco de escassez de recursos. A digitalização e o aperfeiçoamento das bases de dados ao longo de várias campanhas de saúde irá resultar em cálculos mais corretos da população-alvo.

Criar antecipadamente um plano abrangente de gestão dos riscos para evitar a sobreposição de campanhas e outras eventuais perturbações, assim minimizando os atrasos na campanha.

Gestão das compras e aprovisionamento

Reforçar a coordenação ao nível da gestão de stocks. Dar formação pormenorizada aos implementadores sobre as dosagens baseadas na idade para evitar ruturas de stock.

Continuar a **integrar as cadeias de abastecimento da QSM na rede de distribuição do Ministério da Saúde** para simplificar a logística, como demonstrado com êxito nesta campanha.

Envolvimento comunitário

Continuar a **incorporar as avaliações formativas na estratégia de envolvimento** para atender às preocupações específicas das comunidades. Esta abordagem pode contribuir para o aumento da aceitação e o combate à desinformação.

Uniformizar os critérios para a seleção dos líderes-guia a fim de garantir que os líderes cumprem os requisitos físicos e técnicos. O alinhamento das capacidades dos líderes com as necessidades da campanha irá reforçar a aceitação por parte da comunidade e melhorar os resultados da participação.

Formação e capacitação

Além das pontuações dos testes posteriores à formação dos formadores, **expandir os critérios de seleção de formadores** para que também tenham em conta os conhecimentos práticos, as competências e a capacidade de comunicar de forma eficaz. Esta abordagem pode suprir lacunas anteriores ao nível da qualidade da formação.

Aperfeiçoar a abordagem de formação em cascata, continuando a monitorizar a sua qualidade e dotando os formadores de todos os materiais e conhecimentos necessários para transmitirem os conteúdos relevantes de forma exaustiva.

Administração dos medicamentos da QSM

Tendo em conta o êxito em termos de melhoria do acesso, **manter o modelo de distribuição porta-a-porta** para assegurar uma elevada cobertura e aceitação. Simplificar os processos de pagamento para assegurar o pagamento atempado a fim de manter o compromisso dos implementadores.

Reforçar a formação sobre a elegibilidade das crianças e a avaliação das idades para evitar erros de dosagem e manter os procedimentos de distribuição padrão.

Encaminhamento e farmacovigilância

Os implementadores devem receber **mais formação em matéria de identificação de sintomas**, como a febre, para melhorar a precisão dos encaminhamentos e assegurar melhores resultados para os pacientes.

Para manter a confiança das cuidadoras, **reforçar a supervisão e reporte de eventos adversos**, assegurar a comunicação atempada com as cuidadoras sobre os potenciais efeitos secundários.

Supervisão

Garantir recursos adequados para os supervisores. Tendo em conta os desafios em termos de custos, explorar opções de partilha de custos ou parcerias locais para o aluguer de motas.

Se as condições das estradas o permitirem, continuar a utilizar motas para manter elevados padrões de supervisão e o apoio à equipa de distribuição.

Monitorização e avaliação

Dar continuidade às reuniões de informação diárias com ênfase na verificação da qualidade dos dados. Continuar a **realizar inquéritos de fim de ciclo**, agendando-os com a devida antecedência de forma a que as informações obtidas nos mesmos possam ser utilizadas para ajustar a implementação das rondas subsequentes.

Melhorar a coordenação entre as equipas. A supressão das lacunas na coordenação entre as equipas técnicas e operacionais ajudará a manter as atividades de monitorização dentro dos prazos, ajudando a ajustar a implementação em tempo oportuno.

Pagamentos aos implementadores

Adaptar os SOP de pagamento ao contexto local, reduzindo os obstáculos aos pagamentos, eliminando requisitos de documentação desnecessária, o que irá evitar atrasos e aumentar a motivação.

Durante a formação, levar a cabo a **validação atempada das contas móveis dos implementadores** para assegurar a realização dos pagamentos de forma rápida e correta, resolver problemas de pagamento comuns e aumentar a satisfação dos implementadores.



Cuidadora e bebé, província de Nampula, Moçambique

Próximos passos

Esta expansão inicial da QSM em Moçambique lança as bases para uma nova expansão da QSM no país e em outras geografias com contextos similares. O sucesso desta expansão levou à inclusão da QSM no Plano Estratégico para a Malária de Moçambique atualizado para 2023–2030. Nos últimos anos, a utilização da QSM foi explorada em novas áreas geográficas, incluindo Côte d'Ivoire, Quênia, Sudão do Sul e Uganda. As lições e recomendações descritas no presente documento podem contribuir para a expansão futura nestes países.

A digitalização das campanhas da QSM em Moçambique foi identificada como uma área de desenvolvimento e faz parte da visão mais alargada do PNCM para a digitalização de campanhas de saúde integradas. Em 2024, Malaria Consortium estabeleceu uma parceria com o Programa Nacional para o Controlo da Malária de Moçambique e a eGov Foundation para testar a ferramenta digital para a gestão da distribuição da QSM baseada na plataforma DIGIT Health Care Management (HCM) de eGov.^[14] A DIGIT HCM, conhecida em Moçambique como Salama, foi desenvolvida pela

primeira vez para gerir as campanhas de distribuição de redes mosquiteiras em 2022. A componente QSM da plataforma foi lançada durante a ronda da QSM de 2024. Os distribuidores comunitários e os supervisores receberam formação para utilizar a aplicação para registar visitas domiciliárias, quantificar stocks de medicamentos e monitorizar a assiduidade e outros pontos de dados. Desta forma, os líderes locais puderam monitorizar as campanhas e tomar decisões operacionais com base em dados em tempo real.

A QSM continua a ser um instrumento essencial para a prevenção e o controlo da malária, juntamente com outras intervenções, incluindo redes mosquiteiras, pulverização residual em interiores e vacinas da malária, sem esquecer o diagnóstico e o tratamento atempados. O sucesso da expansão da QSM em Moçambique realça a utilidade da QSM como um instrumento fora da região do Sahel e apoia o argumento a favor de uma nova expansão da QSM em zonas com perfis epidemiológicos similares.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). WHO policy recommendation: Seasonal malaria chemoprevention (QSM) for *Plasmodium falciparum* malaria control in highly seasonal transmission areas of the Sahel sub-region in Africa. OMS; 2012.
2. OMS. WHO guidelines for malaria. OMS; 2023.
3. OMS. Relatório Mundial da Malária 2024. OMS; 2024.
4. UNICEF. Perfil do país 2021. UNICEF; 2021.
5. Programa Nacional de Controlo da Malária, Ministério da Saúde de Moçambique. Manual de Procedimentos. Análise de rotina da qualidade dos dados do Programa Nacional de Controlo da Malária. Ministério da Saúde de Moçambique; 2019.
6. Programa Nacional de Controlo da Malária, Ministério da Saúde de Moçambique. Plano Estratégico para o Controlo da Malária 2023– 2030. Moçambique Ministério da Saúde; 2023.
7. Ferrão JL, Mendes JM, Painho M. Modelling the influence of climate on malaria occurrence in Chimoio municipality, Mozambique. Parasites Vectors, 2017; 10: 1– 12.
8. Harp RD, Colborn JM, Candrinho B, Colborn KL, Zhang L, Karnauskas KB. Interannual climate variability and malaria in Mozambique. GeoHealth, 2021; 5: e2020GH000322.
9. Baker K, Pulido Tarquino IA, Aide P, Bonnington C, Rassi C, Richardson S, et al. Phase one of a hybrid effectiveness-implementation study to assess the feasibility, acceptability and effectiveness of implementing seasonal malaria chemoprevention in Nampula Province, Mozambique. Malaria Journal, 2025; 24: 56. Disponível em: www.malariaconsortium.org/resources/publications/1870/phase-one-of-a-hybrid-effectiveness-implementation-study-to-assess-the-feasibility-acceptability-and-effectiveness-of-implementing-seasonal-malaria-chemoprevention-in-nampula-province-mozambique
10. Malaria Consortium. Implementação de campanhas em massa durante uma pandemia. Documento de aprendizagem. Malaria Consortium; 2021. Disponível em: www.malariaconsortium.org/resources/publications/1432/implementing-mass-campaigns-during-a-pandemic-what-we-learnt-from-supporting-seasonal-malaria-chemoprevention-during-covid-19
11. Malaria Consortium. Coverage and quality of seasonal malaria chemoprevention supported by Malaria Consortium in 2022. Malaria Consortium; 2023. Disponível em: www.malariaconsortium.org/resources/publications/1679/coverage-and-quality-of-seasonal-malaria-chemoprevention-supported-by-malaria-consortium-in-2022
12. Malaria Consortium. Supporting the scale-up of seasonal malaria chemoprevention in Mozambique. Learning brief. Londres, Reino Unido: Malaria Consortium; 2023. Disponível em: www.malariaconsortium.org/resources/publications/1700/supporting-the-scale-up-of-seasonal-malaria-chemoprevention-in-mozambique
13. OMS. Seasonal malaria chemoprevention with sulfadoxine–pyrimethamine plus amodiaquine in children: A field guide. Second edition. OMS; 2023.
14. Malaria Consortium. Malaria Consortium and eGov Foundation join Mozambique’s national malaria programme to digitalise seasonal malaria chemoprevention campaigns. Malaria Consortium; 2024. Disponível em: www.malariaconsortium.org/news-centre/malaria-consortium-and-egov-foundation-join-mozambiques-national-malaria-programme-to-digitalise-seasonal-malaria-chemoprevention-campaign-management.htm

Agradecimentos

A carteira de projetos de QSM de Malaria Consortium é financiada principalmente por donativos filantrópicos recebidos em resultado da atribuição do estatuto “Top Charity” pela GiveWell, uma organização sem fins lucrativos que procura encontrar excelentes oportunidades de doação. É igualmente apoiada pelo Fundo Global de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Malária em algumas zonas, assim como pelo projeto “QSM IMPACT” da Agência Coreana para a Cooperação Internacional. Alguns dos nossos estudos sobre a QSM foram apoiados pela Fundação Bill e Melinda Gates.

© Malaria Consortium / Fevereiro 2025

Salvo indicação em contrário, é permitida a reprodução, parcial ou total, da presente publicação para fins não lucrativos ou educativos sem a permissão do detentor dos direitos de autor. Deverá indicar claramente a fonte e enviar uma cópia ou ligação do material reimpresso para Malaria Consortium. As imagens desta publicação não podem ser usadas sem autorização prévia de Malaria Consortium.

Instituição de beneficência registada no Reino Unido:
1099776

Contacto: info@malariaconsortium.org

✕ FightingMalaria
MalariaConsortium
www.malariaconsortium.org



malaria
consortium
disease control, better health

