



ESTUDO DE CASO NA REGIÃO NOROESTE DOS CAMARÕES: CAMPANHA DE DISTRIBUIÇÃO EM MASSA DE MOSQUITEIROS TRATADOS COM INSETICIDA (MTI) NO CONTEXTO DA INSEGURANÇA E DA PANDEMIA DE COVID-19

Fatores-chave para a continuidade da campanha em massa durante a pandemia de COVID-19 num contexto de ambiente operacional complexo (AOC):

- **Forte compromisso político** por parte do Ministério da Saúde, do Governador da Região Noroeste, dos parceiros ao nível nacional, dos médicos distritais e do Fundo Global.
- **Papel da Comissão de Coordenação Regional** de facilitar a comunicação e a coordenação da campanha, incluindo a resolução de problemas imprevistos.
- **Organização de reuniões de sensibilização** com novas partes interessadas ao nível comunitário (distrito e área sanitários) a fim de as encorajar a contribuir para o planeamento e a participar na implementação de atividades.
- **Forte consciência entre a população-alvo da gravidade da malária** e da necessidade de MTI como medida de prevenção, bem como o seu interesse em ajudar na distribuição, quando necessário, para assegurarem os seus próprios MTI.
- **Presença de organizações não-governamentais (ONG) de confiança**, que realizam ações humanitárias na região e ajudam a avaliar a viabilidade da implementação da campanha no contexto atual. Contactaram-se ONG e monitorizou-se a receptividade dos grupos armados não estatais (GANE) às intervenções comunitárias. O plano de contingência foi desenvolvido por meio de um processo consultivo que envolveu os médicos distritais, autoridades administrativas e o relatório do grupo de saúde da OMS para atividades humanitárias.
- **Redes ativas de profissionais de saúde comunitária (PSC)** em muitas das áreas visadas, que contam com a confiança e o incentivo dos membros da comunidade. Isto facilitou o acesso durante a distribuição de MTI.
- **Capacidade da comunidade de se organizar** em todos os aspetos da distribuição dos MTI mediante estruturas de diálogo estabelecidas (entre profissionais de saúde e membros da comunidade), uma vez tendo sido encerrados muitos centros de saúde.
- **Compromisso dos intervenientes na campanha** e acolhimento da distribuição de MTI por parte da população. O pessoal da campanha estava disposto a trabalhar dias extras, mesmo nas férias de Natal, bem como em cidades-fantasma para onde grande parte da população se havia mudado devido à insegurança. Os resgates exigidos pelos GANE nalgumas comunidades foram pagos sem qualquer ajuda dos doadores. Os médicos distritais apoiaram as negociações de acesso a fim de garantir que os materiais da campanha chegassem ao destino em áreas onde os transportadores contratados estavam impossibilitados de fazer entregas.
- **Flexibilidade para ajustar a estratégia de distribuição planeada** — seja ela de porta a porta ou de toca e fogue (ver abaixo) — com base nas circunstâncias observadas no terreno.

- **Execução estratégica da distribuição** pelo pessoal da área sanitária, incluindo começar a distribuição de MTI pelos GANE para assegurar o seu apoio.
- **Abordagem participativa em todas as comunidades**, incluindo a incorporação de membros dos GANE como intervenientes na campanha na maioria das áreas. Tal contribuiu para a adesão de grupos que de outra forma poderiam ter causado problemas à campanha e aos trabalhadores nela envolvidos.
- **Adaptação dos critérios de recrutamento de trabalhadores para a campanha de acordo com o contexto**, incluindo o recurso a mais mulheres do que homens no terreno, devido ao menor risco de serem raptadas pelos GANE ou assediadas pelas forças estatais por motivo de suspeita.
- **Contenção da comunicação em massa**, como o lançamento público da campanha, e cautela no uso de megafones. A comunicação interpessoal e as igrejas foram os principais canais de comunicação utilizados, bem como estações de rádio comunitárias, quando disponíveis. Toda a comunicação relacionada com a campanha foi feita em inglês ou nas línguas autóctones (sem recurso ao francês).
- **Supervisão remota e no local a todos os níveis**
- **Monitorização e avaliação rigorosas**

Conquistas

- Distribuição de 1 026 101 dos 1 162 050 MTI recebidos, abrangendo 1 797 112 pessoas nas 243 áreas sanitárias, das quais 104 130 eram deslocados internos e/ou viviam com familiares em áreas mais seguras.
- Envolvimento em cerca de 300 comunidades de líderes e defensores que identificavam rotas de transporte alternativas, não bloqueadas por GANE, e que transportavam MTI a baixo custo para aldeias de difícil acesso.
- Envolvimento das mulheres de algumas aldeias no transporte de MTI — devido aos GANE e à presença dos militares — num cenário em que os homens eram alvo de rapto e/ou detenção por parte das tropas.
- Sensibilização das comunidades, incluindo os GANE, que permitiu a movimentação de equipas e de MTI e concedeu acesso a todas as comunidades-alvo nas 243 áreas sanitárias.
- Aquisição e fornecimento local, pela PLAN International, de cerca de um milhão de máscaras e diversos desinfetantes para mãos destinados aos intervenientes na campanha, para lhes permitir implementá-la em consonância com as medidas de prevenção da COVID-19 da OMS.
- Convencer os GANE de que a COVID-19 constituía uma ameaça para a população e negociar o retorno dos equipamentos de proteção individual (EPI) confiscados para que fossem usados na campanha de MTI e nos hospitais, contando para tal com o precioso contributo do sistema de gestão de incidentes para a COVID-19 na região.
- Criação de contas de dinheiro móvel para a maioria dos intervenientes que, em muitos casos, careciam de telefones devido às limitações nas redes de telecomunicações móveis. Cerca de 40 % da população não estava coberta por redes de comunicações móveis.



Arranque da campanha no Distrito Sanitário de Bamenda. Supervisor(a) de nível central com duas equipas de distribuição e supervisor(a) de proximidade (equipas de porta a porta) na Área Sanitária de Nkwen Baptist
© Programa Nacional de Controlo da Malária, Camarões

Contexto nacional

Os Camarões, considerados para uma abordagem *high burden to high impact* (HBHI) [elevada incidência, alto impacto], conforme definido pela OMS¹, registam 3 % dos casos de malária nos 11 países com maior incidência. A atual campanha de MTI nos Camarões, cofinanciada pelo Fundo Global e pelo Governo dos Camarões, visa distribuir gratuitamente 14 867 748 MTI pelas 10 regiões do país. O Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM) nos Camarões planeou inicialmente uma campanha em três fases, com início em junho de 2019 e termo em 2020. Esta, contudo, acabou por ser implementada em mais fases do que o previsto, havendo duas regiões (Sudoeste e Centro) que só receberão MTI em 2021 devido aos atrasos na aquisição dos mosquiteiros necessários. À Região Noroeste (RNO), foram atribuídos 1 162 050 MTI para abranger a população estimada, estando a campanha inicialmente agendada para dezembro de 2019. Os atrasos na implementação da campanha até 2020 deveram-se em grande parte à crise sociopolítica.

A RNO dos Camarões é uma das duas regiões de língua inglesa, com um total de 2 213 984 habitantes e uma área de 17 500 quilómetros quadrados. O seu sistema de saúde está organizado em 19 distritos sanitários, com um total de 243 áreas sanitárias e 416 centros de saúde. Nove dos 19 distritos sanitários estão a realizar intervenções promovidas pela comunidade, contando com 597 profissionais de saúde comunitária devidamente formados e patrocinados pelo Fundo Global, que fornecem à população um pacote integrado de serviços, que incluem, entre outros, o diagnóstico e tratamento da malária e a comunicação orientada para a mudança social e de comportamento (MSC) relacionada com a doença.

¹ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275868/WHO-CDS-GMP-2018.25-eng.pdf>

No entanto, em todos os outros distritos sanitários, há mais de 1 000 PSC a trabalhar para diferentes organizações, sobretudo no projeto de financiamento baseado no desempenho.

Na RNO, a malária é uma das principais causas de morbidade e mortalidade, sendo a situação da doença agravada pelo contexto sociopolítico. As hospitalizações por malária aumentaram 85 % entre 2014 e 2018 (quase duplicaram); ao mesmo tempo, a morbidade (simples e severa) aumentou 26 %. No mesmo período, a mortalidade diminuiu 35 % devido à melhoria na gestão dos casos. As crianças com menos de cinco anos continuam a ser as mais afetadas (mortalidade hospitalar de 20,8 %). O Governo dos Camarões e respetivos parceiros técnicos e financeiros não poupam esforços nem recursos para combater a malária na região. Porém, embora a COVID-19 tenha estreitado a colaboração entre todos os parceiros na RNO, a insegurança levou a que a Aliança para a Prevenção da Malária só pudesse prestar assistência técnica à campanha remotamente, o que não acontecia no passado.

Até meados de julho de 2020, foram registados na RNO 610 casos positivos de COVID-19 (97 dos quais entre profissionais de saúde) e 61 mortes (três delas também entre profissionais de saúde) (DRSP, NO). Treze dos 19 distritos registaram pelo menos um caso de COVID-19, tendo os distritos sanitários de Bamenda, Fundong, Kumbe East, Bafut, Santa e Tubah sido os mais afetados. Visando conter a propagação da COVID-19, o Governo dos Camarões tomou decisões no sentido de adotar as medidas recomendadas pela OMS, incluindo o distanciamento físico, a deteção em massa de casos suspeitos, o confinamento de casos confirmados, etc.

O conflito armado entre os GANE e o exército estatal desde 2017 resultou em 670 000 pessoas deslocadas internamente e 58 000 refugiados na Nigéria². Embora muitas famílias tenham desertado e abandonado algumas áreas sanitárias, ainda existem habitantes em todos os distritos sanitários. Segundo o Delegado de Saúde Pública da Região do Noroeste, cerca de 25 dos 416 centros de saúde foram destruídos, e muitos outros, abandonados pelos profissionais de saúde. A maioria destas áreas são apoiadas por profissionais de saúde comunitária e por ONG humanitárias, que prestam alguns serviços básicos à população.

ESTRATÉGIA DE DISTRIBUIÇÃO DE MTI NA REGIÃO NOROESTE

Macroplaneamento

Estabeleceram-se duas estratégias para a distribuição de MTI na RNO antes do início da pandemia da COVID-19 — «toca e foge» em posto fixo e porta a porta — ajustadas ao contexto de segurança da zona. A estratégia a adotar em cada área sanitária foi definida em reuniões de sensibilização com base em critérios pré-definidos.

A estratégia de toca e foge em posto fixo implica o registo das famílias e a ida imediata (no prazo de um dia) aos pontos de distribuição fixos³ para recolher os respetivos MTI. Esta estratégia foi adotada em zonas com povoações algo dispersas, em que as pessoas viviam muito afastadas entre si, bem como em locais em que se registou um alto nível de insegurança durante as reuniões de sensibilização da respetiva área sanitária. A estratégia limitava o número de pessoas a 50 por dia num ponto de distribuição fixo que lhes assegurava um atendimento imediato.

² OCHA, agosto de 2020.

³ Os postos de distribuição «fixos» conseguiam mudar-se rapidamente de um bairro para outro, conforme a situação de segurança.

A estratégia de porta a porta conjuga o registo das famílias e a distribuição de MTI numa única visita ao domicílio, minimizando a exposição dos destinatários dos agregados familiares e das equipas à COVID-19.

Embora os fatores que tornaram estas estratégias aplicáveis no contexto da insegurança fossem análogos aos que tiveram de ser abordados no início da pandemia da COVID-19 (p. ex., restringir os grupos de pessoas e garantir o distanciamento físico, reduzir o contacto com as famílias, garantir a entrega dos MTI às famílias o quanto antes, alargando a prevenção eficaz da malária), foi necessário adaptar a estratégia global da região às recomendações e orientações da OMS, a fim de assegurar a continuidade dos serviços de malária no cenário pandémico.

Ainda que ambas as estratégias tenham sido explicitadas na fase de macroplaneamento, a sua aplicação no terreno não foi bem compreendida, designadamente no que toca ao volume de trabalho e ao reabastecimento das equipas, dado que a estratégia de porta a porta era uma novidade para a região. Na fase de implementação, as longas distâncias na região e a mudança de estratégia nalgumas áreas sanitárias (de toca e foge para porta a porta, ou vice-versa, impuseram alterações, à medida que se identificavam soluções para os problemas.

Devido à insuficiência dos dados das autoridades administrativas, a maior dificuldade sentida na fase de macroplaneamento foi estimar que percentagem da população permanecia ainda nas suas aldeias e que percentagem fora deslocada. Dada a imprevisibilidade da insegurança atual, decidiu-se manter as populações como estas estariam antes do conflito e prever as suas deslocações durante a campanha. Sendo difícil precisar quantos MTI eram necessários, e num esforço para evitar problemas por excedente de MTI, atribuiu-se a cada área sanitária apenas uma parte dos MTI que lhe estavam destinados, com base em estimativas do número de pessoas deslocadas. Esta proporção variou de área para área, ficando os MTI retidos armazenados a nível distrital (no Serviço Distrital de Saúde) para serem cedidos às áreas sanitárias conforme as necessidades.

Acordos de coordenação e execução

Os muitos desafios no terreno exigiram uma forte coordenação em todos os domínios da campanha de MTI. A coordenação da campanha nacional continua a ser da responsabilidade da Comissão Nacional de Coordenação (CNC), presidida pelo Ministro da Saúde Pública. Realizaram-se reuniões de coordenação com a Comissão Nacional para a Gestão da Resposta à Pandemia da COVID-19 antes de se decidirem e determinarem as modalidades de campanha mais seguras e adequadas.

Criou-se uma Comissão Regional de Coordenação (CRC) que permitisse a participação dos intervenientes regionais e o envolvimento das autoridades religiosas, municipais e administrativas nas decisões tomadas em torno da estratégia da campanha, bem como o acompanhamento em fase de implementação. A CRC foi criada precocemente, presidida pelo Governador da Região Noroeste e assessorada pelos sete chefes administrativos da região, pessoal técnico, militares, autoridades tradicionais e religiosas, além de parceiros de implementação (Programa Alimentar Mundial [PAM], ONG, etc.) e de sectores conexos (educação, comunicação, etc.) que estão envolvidos nas comunidades. Organizaram-se reuniões de sensibilização ao nível regional para garantir uma elevada participação das principais partes interessadas da região. Estas reuniões foram mais frequentes nesta do que noutras regiões do país sem problemas de segurança relacionados diretamente com os MTI.

A campanha foi promovida pela Delegação de Saúde Pública da Região do Noroeste. O PAM foi o principal parceiro da campanha, responsável pelo armazenamento e transporte dos MTI até ao nível da

área sanitária. Com o início da pandemia da COVID-19, o PAM foi ainda responsável pelo armazenamento e transporte do EPI adquirido para a campanha até ao nível da área sanitária. O PAM recorreu aos empreiteiros da região para efetuar as operações de transporte.

No início da campanha, realizaram-se reuniões de sensibilização tanto ao nível distrital como das áreas sanitárias, visando a adesão de todas as partes interessadas, incluindo os GANE, e a obtenção do respetivo apoio. O Ministério da Saúde dos Camarões utiliza «estruturas de diálogo» para assegurar a participação da comunidade (plataformas de colaboração entre profissionais de saúde e representantes da comunidade). Estas estruturas de diálogo foram, contudo, interrompidas desde o início da crise na RNO, pelo que as reuniões de sensibilização, organizadas em cada fase crucial da campanha, foram vitais para o diálogo entre os profissionais de saúde e as comunidades, servindo ainda de mecanismo de coordenação, ao congregarem líderes e influenciadores ao nível distrital e comunitário.

Criaram-se grupos no WhatsApp para reforçar a coordenação durante a implementação, porém, algumas áreas não dispõem de suficiente cobertura de rede para receber a informação em tempo real.

Microplaneamento

A violência dos conflitos armados na RNO tem provocado a deslocação populacional para fora das aldeias. No entanto, a pandemia da COVID-19 teve o efeito contrário, forçando as populações a regressar às aldeias, dada a elevada incidência da doença nas grandes cidades. Em circunstâncias normais, o microplaneamento reúne o médico distrital, o chefe do gabinete de saúde e o presidente da comissão distrital de saúde (estrutura de diálogo ao nível distrital). Em vista da emergência humanitária, agendaram-se sessões de formação em microplaneamento que levassem os intervenientes das áreas sanitárias à sede regional com o intuito de criar um microplano objetivo que contemplasse as profundas modificações ocorridas em várias comunidades devido à crise.

Idealmente, este agendamento ter-se-ia dividido em várias sessões de formação devido à pandemia da COVID-19 e à necessidade de restringir o número de pessoas que poderiam estar num lugar de cada vez. Porém, os constrangimentos de tempo obrigaram a adotar a abordagem de microplaneamento anterior (p. ex., apenas as equipas distritais), o que colocou desafios, dado que os profissionais de saúde distrital estão limitados no conhecimento granular que têm das comunidades nos seus distritos. Para colmatar estas lacunas de conhecimento ao nível distrital, enviou-se um questionário às áreas sanitárias, em que os profissionais de saúde e as partes interessadas da comunidade preencheram informações essenciais sobre as suas comunidades, inclusive sobre o acesso e a segurança, durante as reuniões de sensibilização. Estas informações foram disponibilizadas às equipas distritais para garantir que o microplaneamento se aproximava o mais possível da realidade. Toda a informação recolhida nas reuniões de microplaneamento e sensibilização foi compilada e partilhada com o PAM para apoiar a organização do transporte de materiais para as diferentes áreas sanitárias.

O microplaneamento teve de contabilizar as diferentes estratégias de distribuição, identificar rotas de transporte e locais de armazenamento seguros e, sobretudo, identificar os locais de pré-posicionamento finais dos MTI.

Durante a revisão e finalização dos planos, o número de pessoas por equipa de distribuição em locais fixos foi reduzido de três para duas devido a restrições orçamentais. Porém, tal não se repercutiu na gestão dos pontos de distribuição no âmbito da estratégia de toca e foge, que evitava as multidões através de uma abordagem de registo e recolha imediata.

A partir das lições aprendidas na segunda fase de distribuição na região litoral e no contexto da COVID-19, os planos finais contemplaram um número maior de intervenientes (mais 3 %), caso fosse necessário substituir participantes na campanha que testassem positivo para a COVID-19. No plano nacional de resposta contra a COVID-19, estão incluídos testes em massa da população. A campanha de MTI usou este canal para testar intervenientes a todos os níveis. Ainda estão por compilar os resultados de todas as áreas sanitárias.



*Distrito sanitário de Kumbo Este: O destinatário de um agregado familiar recebe mosquiteiros num ponto de distribuição, em observância rigorosa das medidas restritivas contra a COVID-19
© Programa Nacional de Controlo da Malária, Camarões*

Aquisição

A aquisição de MTI e de outros materiais foi feita através do mecanismo de aquisição agrupada (MAA) do Fundo Global e previamente à pandemia de COVID-19. A PLAN International adquiriu cerca de um milhão de máscaras de origem local, bem como estações de desinfecção e lavagem de mãos para garantir a proteção dos destinatários dos agregados familiares e dos trabalhadores da campanha.

Logística

A logística foi dificultada quer pela complexidade do ambiente operacional devido à insegurança, quer pela pandemia da COVID-19, quer ainda pelas adaptações estratégicas no terreno. A campanha de MTI na RNO implicou um enorme planeamento logístico com o transporte de 1 162 050 MTI para 19 distritos e 243 áreas sanitárias na região. A operação logística foi contratada para o PAM e subcontratada para as ONG parceiras, a CARITAS, a SHUMAS e a COMINSUD. A entrega abrangeu o transporte de produtos não alimentares, incluindo MTI, EPI, bem como materiais didáticos e de MSC dos armazéns do PAM. A falta de presença do PAM em muitos dos distritos antes da campanha e o afastamento de algumas comunidades fez, em muitos casos, que estas organizassem os seus próprios transportes locais, que foram pagos pelo PAM.

Depois de o PAM entregar os MTI nos entrepostos das áreas sanitárias, estes eram posteriormente redistribuídos por armazéns de aldeias previamente identificados (casas de chefes de aldeia), que, durante o período de distribuição, serviram de pontos fixos para a estratégia de toca e foge e de locais

de reabastecimento para a estratégia de porta a porta. Na estratégia de toca e foge, os destinatários dos agregados familiares chegavam ao ponto de distribuição para receber os MTI no dia a seguir a terem sido registados. Na estratégia de porta a porta, um agente de entregas levava os MTI do local de reabastecimento para as equipas de distribuição usando um meio de transporte (como uma motorizada). Nalgumas áreas, esta estratégia foi modificada para a de toca e foge, particularmente em zonas montanhosas onde os pastores de gado vivem muito dispersos.



*Distrito sanitário de Batibo: Um membro da comunidade de Olorunti (uma mulher) carrega um fardo para atravessar uma ponte suspensa em direção a Olorunti (importante participação comunitária)
© Programa Nacional de Controlo da Malária, Camarões*

Nos distritos onde a segurança foi avaliada como tendo um risco moderado ou baixo, os MTI foram posicionados mais perto das famílias para apoiar a estratégia de porta a porta (com atribuição de MTI por família ou conforme o número de membros por família, dependendo da estratégia adotada). Nos distritos com elevado risco de segurança, adotou-se a estratégia de toca e foge, com uma distribuição em local fixo e fornecimento de MTI com base na contagem de cabeças efetuada um dia antes.

Formação

As formações foram adaptadas aos contextos da insegurança e da COVID-19. A formação dos membros da equipa de gestão de saúde regional e distrital decorreu em dois dias na sede regional. A formação de supervisores de áreas sanitárias decorreu num dia na sede do distrito. A formação das equipas de contagem de cabeças/ distribuição e respetivos supervisores de proximidade (comunidade da linha da frente) decorreu em sessões de meio dia, de quatro horas cada, com um máximo de 14 participantes e um facilitador, a fim de cumprir as regras de distanciamento físico e limitação do tamanho de grupos impostas pelo governo no âmbito da prevenção de infeções por COVID-19. Para as áreas com mais de 14 participantes, realizaram-se duas ou mais sessões em mais dias para formar todos os intervenientes necessários. Os problemas de insegurança tornaram impossível agrupar pequenas áreas sanitárias ao nível distrital, tendo todos os intervenientes sido formados na área sanitária ou na comunidade onde iriam trabalhar, o que implicou muitas mais sessões de formação e um orçamento mais alargado.

Os materiais de formação tiveram de ser traduzidos localmente para inglês a partir do francês, devido ao atraso verificado ao nível nacional. Era obrigatório usar o dialeto local e o inglês; o uso do francês teria perturbado a formação e, em última análise, a campanha, uma vez que os intervenientes dos GANE

que participavam na formação teriam destruído os documentos. Todos os cartazes foram elaborados especificamente para a RNO em inglês e desprovidos de logótipos oficiais.

Os problemas de segurança com os GANE implicaram um longo atraso de quase um mês entre a formação do pessoal da campanha de nível distrital e a formação dos intervenientes na campanha nas áreas sanitárias, fazendo que as pessoas esquecessem o que tinham aprendido e reduzindo a qualidade da formação ao nível das áreas sanitárias. Para mitigar esta falha, reforçou-se a assistência remota aos médicos distritais com um centro de atendimento telefónico destinado a acolher e abordar as suas preocupações em tempo real. Além disso, as áreas de insegurança moderada foram alvo de supervisão no local, permitindo aos supervisores corrigir os erros observados no terreno.

Comunicação orientada para a mudança social e de comportamento (MSC)

As reuniões de sensibilização foram organizadas a todos os níveis; ao nível das áreas sanitárias, estas atuaram não só como mecanismo de recolha de informação local para apoiar o planeamento das atividades da campanha, mas também como estrutura de coordenação. Estas sessões foram vitais para garantir que todos entendiam as estratégias adotadas, contribuíam para um planeamento detalhado de como as atividades seriam implementadas e compreendiam os seus papéis e responsabilidades, tendo em vista assegurar uma campanha segura e fiável, respeitando as medidas de prevenção da COVID-19.

Os planos de MSC foram desenvolvidos tanto para a estratégia de porta a porta como para a de toca e foge. Nas áreas de grande insegurança, as mensagens-chave precaviam os riscos de rejeição por parte das comunidades, conforme delineado no plano de contingência da campanha na RNO, excluindo intencionalmente o nome do Ministério da Saúde Pública para manter a neutralidade e o foco no lado humanitário da campanha, bem como para facilitar a propriedade, o acesso e o uso pela comunidade dos MTI disponibilizados para melhorar a prevenção da malária na região.

Houve um uso generalizado das estações de rádio comunitárias em vez dos meios de comunicação estatais, tendo as estações divulgado mensagens no dialeto vernáculo em vez de em inglês ou francês. Nas áreas desprovidas de redes de comunicação, recorreu-se a pregoeiros. As igrejas também divulgaram mensagens, o que, segundo a comunidade, provou ser um meio eficaz. Somente num distrito se registaram rumores, que eram, contudo, de natureza política, tendo sido resolvidos em reuniões de sensibilização.



*Pregoeiros usam megafones numa ação de mobilização social numa praça de mercado em Kumbo West
© Programa Nacional de Controlo da Malária, Camarões*

As equipas de contagem de cabeças e de distribuição em ambas as estratégias — toca e foge e porta a porta — foram instruídas em mensagens-chave sobre como pendurar e usar os MTI, para as comunicarem às famílias durante as visitas, bem como nos pontos de distribuição.

Contagem de cabeças e distribuição de MTI

Conforme já descrito, foram implementadas duas estratégias na RNO: toca e foge em ponto de distribuição fixo e porta a porta. Na região litoral, cuja ação fora concluída antes do início da campanha na RNO, o registo de famílias porta a porta já havia decorrido conforme a estratégia da campanha em duas fases distintas, quando a pandemia de COVID-19 chegou aos Camarões. A distribuição no litoral teve, então, de ser adaptada a uma abordagem de porta a porta para estar conforme com as medidas de prevenção da infeção por COVID-19. Na RNO, a estratégia de porta a porta para distribuição de MTI foi considerada mais ajustada à prevenção de infeções por COVID-19 do que à situação de segurança, o que significava que apenas 80 das 243 áreas sanitárias a podiam adotar.

Na estratégia de toca e foge, efetuava-se a contagem de cabeças numa área, solicitando-se às famílias que recolhessem os MTI no dia seguinte (em pontos de distribuição fixos temporários). As mensagens sobre MSC reforçavam a importância de comparecer no ponto de distribuição fixo no dia seguinte, a fim de limitar o número de pessoas que o frequentavam por dia, em conformidade com as medidas de prevenção e controlo de infeções por COVID-19. Às famílias contabilizadas, solicitava-se que fossem ao local de distribuição no dia imediatamente a seguir. A contagem de cabeças e a distribuição eram realizadas por equipas de duas pessoas durante cinco dias.

Não se usaram senhas durante a campanha na RNO para limitar o contacto entre o pessoal da campanha e os destinatários dos MTI. A contagem de cabeças no domicílio não era feita em registos, como noutras fases da campanha anteriores à COVID-19. Os pontos de distribuição fixos não eram estáticos, sendo deslocados para perto da população que seria servida em cada dia de distribuição. Durante a contagem de cabeças no domicílio, o representante do agregado familiar recebia um código de identificação para anotar, memorizar e apresentar no ponto de distribuição, juntamente com um

documento de identificação pessoal. Em vez de registos, usaram-se formulários de contagem de cabeças/ distribuição. A equipa de contagem de cabeças começava por preencher a respetiva secção de contagem nestes formulários, entregando-os no final do dia à equipa de distribuição por intermédio do supervisor de proximidade. Estas equipas preenchiam um formulário novo todos os dias. As equipas nos pontos de distribuição serviam os destinatários dos agregados familiares com base no formulário em que a equipa de contagem de cabeças havia trabalhado no dia anterior. Esta medida reduziu substancialmente o número de pessoas no local de distribuição em cada dia. No entanto, a estratégia de toca e fuge exigiu demasiados intervenientes, o que criou desafios em termos de recrutamento de pessoal que cumprisse o requisito de ter uma conta de dinheiro móvel.

A estratégia de porta a porta envolveu equipas de duas pessoas que transportavam 25 MTI cada em sacos fornecidos para a campanha. A contagem de cabeças (registo de famílias) e a distribuição de MTI eram feitas em simultâneo, pelo que o agregado familiar só era contactado uma vez durante a campanha. Sempre que necessário, um agente de entregas reabastecia as equipas de porta a porta com novos MTI. Um agente de entregas servia três equipas em zonas rurais e cinco equipas em zonas urbanas durante os dias de distribuição, utilizando para tal um meio de transporte adequado. As equipas de porta a porta tinham um volume de trabalho diário de 50 famílias nas zonas rurais e de 60 famílias nas zonas urbanas durante seis dias.

Todas as estratégias usadas foram adaptadas às medidas de prevenção de infeções por COVID-19 (evitar grandes ajuntamentos, distanciamento físico, utilização de EPI, etc.). Adicionalmente, as equipas de porta a porta receberam instruções para lavarem as mãos com água e sabão ou usarem desinfetante a cada cinco famílias visitadas. O número de dias destinados à campanha (cinco para a estratégia de toca e fuge e seis para a estratégia de porta a porta) foi alegadamente insuficiente. Não havendo tempo para visitar as famílias, aquelas que não compareciam no centro de saúde para serem servidas recebiam as mensagens sobre MSC através de comunicação interpessoal e de pregoeiros.

No distrito sanitário de Bamenda (sede regional da RNO e um distrito sanitário relativamente seguro), verificou-se uma escassez de MTI, com várias famílias a não receberem os mosquiteiros. Num *bairro*, os GANE impediram a distribuição de MTI — apesar de efetuada a contagem de cabeças — por um dos seus membros ter sido baleado no dia anterior. Na segunda área sanitária, a carência deveu-se à curta duração da campanha, enquanto na terceira, se ficou a dever em grande medida a uma estimativa errada da população. A falta de contagem de cabeças antes da distribuição impediu que se antecipasse esta escassez de MTI, por não se terem aferido as necessidades reais da população. Organizou-se, então, uma campanha de conclusão durante três dias para completar a distribuição, tendo-se transferido MTI de outro distrito sanitário para colmatar as necessidades do distrito de Bamenda.

Recolha de dados

A recolha de dados foi um dos maiores desafios. O atraso na apresentação de relatórios deveu-se à complexidade do atual contexto sociopolítico na RNO e à impossibilidade de os supervisores acederem ou abandonarem algumas áreas. O problema da cobertura de rede em muitos distritos pôs problemas à utilização da plataforma DHIS2, o que resultava diariamente em dados incompletos.

Optou-se por reduzir e simplificar o número de ferramentas usadas no terreno e torná-las genéricas para ambas as estratégias a fim de tornar a formação clara, e a implementação, menos confusa. Além dos formulários de contagem de cabeças e de distribuição já referidos para a estratégia de toca e fuge, os de contagem de cabeças foram também empregues na estratégia de porta a porta. As folhas de controlo foram usadas em ambas as estratégias, revelando-se uma ferramenta crucial para contabilizar

os MTI, uma vez tendo sido descontinuados o registo enquanto fase da atividade e a utilização de senhas.

Pagamentos

O pagamento dos trabalhadores da campanha foi feito com recurso à plataforma de dinheiro móvel MTN. Quando os trabalhadores não possuíam contas de dinheiro móvel, os médicos distritais tomavam a iniciativa de recolher os seus dados e registá-los para que pudessem ser pagos. Este é um exemplo claro da liderança dos profissionais de saúde regional e distrital em prol do sucesso da campanha. Apesar das dificuldades funcionais em torno do sistema de dinheiro móvel na RNO, a telefonia móvel foi amplamente aceite entre os intervenientes na campanha, que viam assim a remuneração assegurada.

O maior desafio no pagamento estava na ausência de documentos de identificação de alguns membros dos GANE que intervinham na campanha. O doador concedeu autorizações para aplicar procedimentos mais flexíveis que permitissem aos intervenientes serem pagos ao nível comunitário.

Supervisão e monitorização

Devido ao conflito e às condições de segurança dos profissionais de saúde no terreno, destacaram-se mais mulheres supervisoras do que homens, uma vez que aquelas estão mais seguras em campo. Nalgumas regiões, o destacamento de supervisores masculinos acarreta o risco de rapto pelos GANE ou de prisão ou detenção por parte dos militares. A campanha beneficiou com os supervisores comunitários da linha da frente (supervisores de proximidade) que tinham bom acesso às comunidades. Providenciou-se uma supervisão à distância por telefone, usando formulários simplificados, dado que as grandes distâncias limitavam a cobertura presencial de todas as áreas sanitárias por parte dos supervisores regionais. A supervisão deu-se menos a partir do nível central do que regional, uma vez que a maioria dos supervisores de nível central eram francófonos; mesmo falando inglês, o seu sotaque expô-los-ia ao risco, pois os GANE não estavam dispostos a aceitar nenhum orador francês na região.



Área sanitária de Bambili, no distrito sanitário de Tubah: A secretária permanente do PNCM (Dr.ª Achu, de vestido vermelho) supervisiona um ponto de distribuição no terreno para garantir o cumprimento das medidas de proteção contra a COVID-19 © Programa Nacional de Controlo da Malária, Camarões

Segurança

A fim de evitar qualquer associação da campanha ao Governo, o PAM e todos os intervenientes e partes interessadas, decidiram remover todos os logótipos do Ministério da Saúde Pública e outras formas de identificação governamental dos fardos, formulários e materiais de formação. Realizou-se uma forte ação de sensibilização junto dos GANE tendo em vista facilitar a passagem de pessoal e material da campanha (incluindo MTI e EPI). Durante a implementação das atividades, as informações de segurança

eram periodicamente atualizadas; quando necessário, suspendiam-se as atividades até que o contexto de segurança normalizasse. Procurou sensibilizar-se os GANE e os batalhões militares para uma maior aceitação e a colaboração na atividade, embora ainda ocorressem casos de assédio de intervenientes e até de destruição de MTI e de material da campanha.

A campanha na RNO foi concluída em todas as 243 áreas sanitárias. A última área sanitária que forneceu dados constituiu um enorme desafio por ser um grande enclave e a sede de vários GANE. Além disso, a área não era servida por redes móveis e houve estradas barricadas durante a crise. As primeiras tentativas de transportar MTI para a região decorreram num período de eleições políticas, tendo resultado na destruição de 12 fardos. Perante os problemas de acesso à área, realizou-se uma forte ação de sensibilização, donde se obteve permissão para o transporte de MTI. A fraca rede de comunicações inviabilizava um acompanhamento diário e a situação de segurança só permitia a supervisão remota.

Atividades de pós-distribuição

A RNO conta com uma rede de perto de 1 000 profissionais de saúde comunitária de diferentes organizações que farão visitas domiciliárias para sensibilizar as famílias para o uso dos MTI (monitorização comunitária). Além disso, está prevista uma sensibilização através de emissões das estações de rádio comunitárias, tendo-se ainda produzido um documentário para sublinhar a importância do uso eficaz dos MTI.



*MTI estendidos à sombra e expostos ao ar, conforme prescrito pelo programa e transmitido pelos pregoeiros
© Programa Nacional de Controlo da Malária, Camarões*

Desafios

- A implantação da campanha teve atrasos significativos, que colocaram desafios, com a retenção de pessoal alocado à realização de atividades e a necessidade de selecionar e formar mais pessoal imediatamente antes do período de implementação. A mudança de profissionais entre a recolha dos seus dados e o início da sua atividade também criou entraves ao pagamento atempado.
- A campanha sofreu enormes constrangimentos orçamentais devido à exigência de recursos das estratégias, levando ao racionamento de algumas rubricas orçamentais, incluindo a duração da campanha.
- A insegurança na RNO, aliada à crença de alguns GANE e intervenientes de que a COVID-19 não era um problema grave, tornou necessária uma sensibilização contínua junto das partes interessadas a diferentes níveis. Também isto resultou em atrasos quando, por exemplo, os

GANE apreenderam máscaras e desinfetantes de mãos, obrigando os distritos a recorrer aos estoques destinados à campanha enquanto esperavam que uma ação de sensibilização lhes permitisse recuperar os materiais.

- A operação logística enfrentou um desafio de coordenação, dado que o PAM tinha de operar de acordo com o seu mandato humanitário. Devido aos seus princípios humanitários de imparcialidade e neutralidade, o PAM limitou inicialmente a comunicação com o sistema de saúde local, o que reduziu a visibilidade das suas atividades e causou dificuldades de coordenação e circulação das MTI e de outros materiais para o terreno e dentro dele. Além disso, a necessidade de implementar a campanha em duas fases devido ao atraso no fornecimento de MTI e materiais de formação e implantação por parte do PAM e dos seus parceiros exigiu ajustes orçamentais. A natureza imprevisível das atividades do PAM dificultou a coordenação.
- Determinar os dados populacionais em termos do número de pessoas e domicílios a alcançar e do número de MTI necessários, revelou-se um desafio durante o microplaneamento, devido às deslocamentos da população no âmbito de segurança. Durante a implementação, ocorreram atrasos devido à circulação por vezes restrita nalgumas áreas e ao bloqueio de estradas, tudo acrescentando ao cenário de insegurança. Ter uma visão clara das deslocamentos populacionais motivadas pelo conflito e determinar a melhor estratégia para alcançar os deslocados internos constituiu um desafio perante a instabilidade do contexto de segurança. A deslocação imprevisível de pessoas levou à escassez de MTI em Bamenda, aumentando os custos de resolução do problema com a posterior distribuição de MTI adicionais.
- Os procedimentos de seleção dos prestadores de serviços no contexto da crise foram laboriosos, dado que muitas empresas não dispunham de liquidez para a proposta, limitando as ofertas de serviços e aumentando os custos.
- A transferência de dinheiro eletrónico através da plataforma de dinheiro móvel MTN foi amplamente aceite pelos intervenientes na campanha que viam assim o pagamento assegurado. Porém, tal representou um desafio, já que a criação de contas de dinheiro móvel requeria documentos de identificação de que muitas das pessoas que trabalhavam na campanha não dispunham (por descuido, perda, casas destruídas ou por terem sido apreendidos e destruídos pelos GANE). As taxas sobre o levantamento de dinheiro nessas áreas eram excessivas.
- A justificação das despesas foi problemática devido à interrupção dos serviços fiscais na maior parte da RNO e à falta de documentos oficiais de muitas pessoas. Nalgumas áreas, foi até difícil encontrar prestadores de serviços para certas atividades da campanha.
- Os GANE presumiram que os MTI eram patrocinados pelo governo e estavam relacionados com as eleições regionais. Esta confusão resultou na queima de 12 fardos a caminho da área sanitária de Ntong (no distrito de Nwa), criando a necessidade de uma maior sensibilização para garantir o acesso seguro às populações em enclaves.
- A falta de cobertura de rede telefónica em muitas partes da região atrasou o carregamento de dados no DHIS2 para os relatórios finais.
- Os materiais de formação eram numerosos e foram transportados diretamente para as áreas sanitárias, o que muito confundiu os respetivos supervisores, que baralharam diversos formulários de diferentes atividades. Rapidamente se detetou o problema, que foi corrigido no primeiro dia.
- O pessoal da campanha considerou muito curto um período de seis dias para a distribuição, sobretudo com a estratégia de porta a porta, devido às longas distâncias e à ação conjunta do registo das famílias e da distribuição. O prazo para a estratégia de toca e foge foi também

desafiante pela imprevisibilidade da deslocação populacional, que causava muita escassez, principalmente em Bamenda, cujos MTI tinham de provir de outras aldeias.

- Embora fossem necessários muitos mais intervenientes, lamentavelmente, em parte devido à crise, muitos nunca tinham documentos oficiais para criar contas de dinheiro móvel, pelo que recorriam a *proxies* (usando as contas de familiares ou amigos).
- Os atrasos nos pagamentos, sobretudo do pessoal da campanha ao nível da implantação, causaram alguns problemas. A demora nos pagamentos deveu-se à sobrecarga dos médicos distritais com outras exigências do programa do Ministério da Saúde (MISAU) e às dificuldades em enviar justificações em papel para o nível regional de processamento (conflitos de calendário de atividades do MISAU, sobretudo em dezembro).

Lições aprendidas e recomendações

- Devido a um conflito armado na RNO entre o exército estatal e grupos armados não estatais desde 2017, houve populações deslocadas internamente (PDI), obrigando a adaptar a estratégia de distribuição por área de risco.
- As reuniões de sensibilização realizadas a todos os níveis ajudaram a garantir a participação da comunidade, a dissipar rumores e a assegurar o apoio de todas as partes interessadas.
- Alguns desafios foram posteriormente resolvidos com o PAM mediante o reforço da coordenação.
- A distribuição de ferramentas de formação e implementação deve ser tratada pelo médico distrital, que, antes de as levar para as áreas sanitárias, pode dedicar algum tempo a informar os chefes dessas áreas e a verificar com eles a documentação. Desta forma reduz-se a confusão observada no terreno. O transporte e a distribuição de ferramentas da campanha devem seguir a estrutura do sistema de saúde.
- A colaboração entre o PAM e o sistema de saúde em vigor facilitou o transporte de MTI, embora os parceiros do PAM e das ONG tivessem acesso limitado a muitas áreas em que as comunidades tinham de ser envolvidas na distribuição final.
- O custo do transporte foi substancialmente mais alto em zonas onde os transportadores eram escassos; tal deve ser antecipado no microplaneamento. É necessário pagar a transportadores locais e ter prazos de distribuição flexíveis.
- Se necessário devido à insegurança, o microplaneamento terá de contabilizar futuramente a redução do horário de trabalho dos intervenientes para garantir a sua segurança na ida e no regresso das atividades da campanha de MTI, sobretudo ao considerar-se o número de famílias que podem ser servidas por dia. As estratégias foram fortemente adaptadas à atual resposta à COVID-19. Contudo, o número de dias atribuídos à estratégia de porta a porta foi insuficiente, intensificando o volume de trabalho dos intervenientes devido às longas distâncias que tinham de percorrer.
- A formação nestas novas estratégias foi de curta duração (um dia), não permitindo assimilar adequadamente os conteúdos, nomeadamente o preenchimento das ferramentas de recolha de dados. No entanto, a supervisão de proximidade (comunidade da linha da frente) foi benéfica.
- A determinação precoce dos intervenientes na campanha, juntamente com as contas de dinheiro móvel, agiliza os pagamentos.
- A coordenação da campanha beneficiou da criação de grupos no WhatsApp e de reuniões virtuais diárias. Neste contexto, é obrigatório criar uma sala de situação onde os principais parceiros reúnam diariamente para identificar e resolver problemas que surgem nas áreas sanitárias, uma por uma.

- Era necessário compreender os padrões de assentamento das populações deslocadas: estas não se estabeleciam em campos, mudando-se em vez disso para casa de familiares noutras áreas da mesma região, originando múltiplas famílias por domicílio. Idealmente, o número máximo de mosquiteiros por família teria aumentado de quatro para sete; houve, contudo, um impedimento de última hora durante a implementação das atividades. Em campanhas futuras, deverá rever-se a definição de um agregado familiar, a fim de permitir que todas as famílias recebam MTI suficientes para todos os seus membros.
- As lições aprendidas nas recentes campanhas de sarampo e rubéola mostraram que era possível implantar a campanha de MTI numa fase em vez de duas, como anteriormente proposto, embora os problemas de acesso acabassem por impor uma distribuição em duas fases.
- O recurso ao PAM não trouxe nenhuma mais-valia ao transporte dos MTI neste contexto, mas a participação da comunidade favoreceu muito a negociação do acesso e do transporte de MTI.
- A monitorização e avaliação (MeA) no terreno foram muito desafiantes em termos do acesso e disponibilidade de pessoal, sobretudo devido a conflitos com outras campanhas de saúde realizadas em dezembro.
- A distribuição de MTI não pode ter nenhuma associação ao governo, devendo todos os logótipos ser retirados de todos os materiais, incluindo os usados na formação e na distribuição dos MTI.
- Da distribuição litoral 2 retiraram-se as seguintes lições:
 - Fez-se um esforço por reforçar os sacos usados pelas equipas de porta a porta, para melhor suportarem o peso dos MTI distribuídos.
 - Devem formar-se mais 3 % de pessoas, que deverão integrar uma lista de espera para substituir intervenientes contratados que testem positivo para a COVID-19.

ORÇAMENTO

É importante notar que a inclusão da campanha porta a porta e os ajustes no contexto de insegurança fizeram antever um aumento orçamental expressivo de pelo menos 50 % em relação ao inicialmente previsto. Todavia, após um macroplaneamento adequado, a campanha não ultrapassou em mais de 5 % o orçamento original. Durante a implementação, economizaram-se algumas encomendas. Não se adquiriram, por exemplo, gabardinas inicialmente orçamentadas, cujos fundos foram, em vez disso, redistribuídos para compensar os dias extras atribuídos à campanha. O mesmo sucedeu em relação ao transporte. O PAM assumiu o transporte de MTI, de materiais de formação e implementação, bem como de EPI. Devido à inesperada falta de acesso dos membros do PAM, os fundos adicionais permitiram à campanha lançar propostas locais para o transporte de materiais de formação e implementação, incluindo EPI, em 14 dos 19 distritos.