

Estudo de caso no Ruanda: Distribuição de mosquiteiros tratados com inseticida (MTI) durante a pandemia de COVID-19

I. SÍNTESE

Principais fatores que viabilizam a continuação da campanha em massa durante a pandemia de COVID-19

- **Rede funcional de profissionais de saúde comunitária (PSC)**, que permitiu que a campanha prosseguisse, mesmo durante a pandemia. O transporte de MTI do centro de saúde para as comunidades e a respetiva distribuição pelas famílias ficaram a cargo dos PSC. Em 17 distritos, num total de 30, que ainda não estavam cobertos com MTI antes do início da COVID-19, o Centro Biomédico do Ruanda (CBR) tinha planeado inicialmente pôr 5 332 PSC a trabalhar em 1 333 locais de distribuição fixos. Porém, com o início da pandemia, foram destacados ao todo 32 505 PSC para apoiar a implantação da campanha mediante uma estratégia de distribuição ao nível comunitário.
- **Compromisso de liderança e coordenação** por parte do Governo do Ruanda e parceiros para garantir que os MTI alcançassem as famílias visadas. Os parceiros juntaram-se para assegurar uma distribuição consistente dos MTI. O transporte dos MTI foi efetuado pelo CBR através do Rwanda Medical Supply/ Polícia Nacional do Ruanda para os MTI do Fundo Global e pelo programa da Cadeia Global de Abastecimento na Saúde/ Gestão de Compras e Abastecimento (CGAS-GCA) para os MTI da Iniciativa do Presidente dos Estados unidos para a Malária (PMI). O armazenamento e a coordenação do transporte de MTI do nível central para o centro de saúde foram geridos pelo Rwanda Medical Supply, o planeamento e a coordenação da campanha ficou a cargo da Divisão de Malária e Outras Doenças Parasitárias (DMODP)/ Centro Biomédico do Ruanda, enquanto a distribuição de MTI pelas famílias coube aos hospitais e centros de saúde distritais através da rede de PSC.
- **Fontes de financiamento flexíveis**, que permitiram adaptar o método de execução da campanha ao contexto da COVID-19; a campanha transitou de uma estratégia de distribuição em local fixo para outra de distribuição porta a porta através da rede de PSC. Esta mudança de estratégia exigiu um orçamento adicional para cobrir os incidentes de todos os PSC, tendo estes fundos possibilitado a distribuição de MTI por todas as famílias visadas.

Conquistas

- **Cobertura de todas as famílias visadas.** O número de mosquiteiros distribuídos correspondeu a 103,7 % da população-alvo originalmente prevista no macroplaneamento, enquanto a taxa de cobertura administrativa das famílias que receberam MTI foi de 97,1 %. Os centros de saúde recorreram à lista atualizada de famílias, que mostra o número exato de pessoas por agregado e o respetivo número de espaços de dormir, para decidir como arredondar (para cima ou para baixo) o número de MTI em famílias com um número ímpar de membros: p. ex., uma família com cinco membros e dois espaços de dormir receberia dois MTI, enquanto uma família com cinco membros e três espaços de dormir receberia três MTI. Houve um número consideravelmente maior de arredondamentos para cima, que contribuiu para a diferença de seis por cento entre os MTI distribuídos e o número de famílias alcançadas durante a distribuição.
- **Conclusão de uma campanha bem-sucedida, adotando medidas de prevenção da COVID-19** como reuniões virtuais com dirigentes locais, mais sessões de formação com menos

participantes etc., bem como aquisição e disponibilização oportunas de equipamento de proteção individual (EPI).

Lições aprendidas e recomendações

- **É necessário dispor de uma estratégia de supervisão para a distribuição porta a porta feita pelos profissionais de saúde comunitária.** Embora a estrutura de PSC permitisse adaptações estratégicas rápidas, mantendo uma elevada responsabilização pelos MTI e o uso eficaz dos recursos, era difícil supervisionar todos os 32 505 PSC que empreenderam a campanha. As futuras campanhas deverão assegurar a criação de uma estrutura de supervisão que permita acompanhar mais de perto a distribuição porta a porta e ter maior capacidade de ação corretiva.
- **A utilização de dinheiro móvel (pela plataforma MTN) para efetuar pagamentos aos executantes da campanha** colocou vários desafios: nalguns casos, o número de telemóvel e a identidade registados não correspondiam às pessoas que trabalhavam na campanha. Antes da campanha, devem verificar-se na MTN os números de telemóvel dos trabalhadores, para confirmar o seu registo e verificar os respetivos dados de identificação, de modo que os pagamentos sejam pontuais.
- **A entrega tardia de MTI** nos centros de saúde e o consequente atraso na distribuição pela comunidade durante a COVID-19 resultou na cobertura de 26 dos 30 distritos nas datas de distribuição inicialmente planeadas. A distribuição nos outros quatro distritos foi concluída em novembro de 2020. O CBR inspecionou fisicamente todos os MTI entregues com base na ISO 2859-1, especificações nacionais de MTI e diretrizes de inspeção, o que atrasou a entrega dos mosquiteiros nos centros de saúde.
- **Registou-se uma baixa participação da comunidade** durante os primeiros dias da campanha antes da COVID-19, quando a distribuição era feita em pontos de distribuição fixos. A baixa participação levou a que não se concluisse a distribuição nos cinco dias previstos, pelo que se alargou a distribuição por PSC após o período de campanha, a fim de aumentar a cobertura de MTI. Recomenda-se que, de futuro, se conceda mais tempo à preparação da campanha e mais tempo (10 dias) à sensibilização da comunidade, para que a população receba a informação antecipadamente. Este aspeto foi menos problemático na distribuição porta a porta adaptada ao contexto da COVID-19, uma vez que os PSC iam ao encontro das famílias diretamente nas suas casas.

II. CONTEXTO

A Divisão de Malária e Outras Doenças Parasitárias/ Centro Biomédico do Ruanda (CBR/ DMODP) planeou inicialmente uma campanha nacional de distribuição de MTI em massa em duas fases entre fevereiro e março de 2020.

A aquisição de MTI baseou-se na população projetada para o ano da campanha, com base nos dados atualizados da avaliação efetuada pelos PSC sobre as necessidades das famílias de obterem mosquiteiros tratados com inseticida de longa duração (MTILD), divididas por 1,8. Com base nas exigências técnicas dos parceiros de financiamento, o CBR/ DMODP deixou de adquirir mosquiteiros cónicos, preferidos pela maioria dos ruandeses, para adquirir mosquiteiros retangulares, menos dispendiosos, para a campanha de 2020. No contexto específico do Ruanda, todos os MTI são submetidos a inspeção e aprovação ao entrarem no país.

MTI adquiridos

	Iniciativa do Presidente dos EUA contra a Malária (PMI)	Fundo Global
Padrão	1 176 922	3 627 453
PBO	1 523 073	
Intercetor G2		1 200 000
Subtotal	2 699 995	4 827 453
Total	7 527 448	

Planeou-se a cobertura de 11 distritos hospitalares com MTI da PMI, e de outros 29, com o Fundo Global.

O Ruanda tem um programa de profissionais de saúde comunitária (PSC) muito bem concebido, criado em 1995 com o intuito de aumentar a adesão aos serviços clínicos essenciais de assistência materno-infantil através da educação de grávidas, da promoção de comportamentos saudáveis e do acompanhamento e ligação aos serviços de saúde pública¹. Estimam-se em 60 000 os PSC que operam ao nível das aldeias na primeira linha de prestação dos serviços de saúde. Existem quatro PSC em cada aldeia: um par homem-mulher (chamado «binómio» (*binômes*)), que fornece cuidados básicos e faz a gestão integrada de casos comunitários (GICC) de doença infantil, um terceiro, encarregado da promoção da saúde, e um quarto, designado por ASM (Agente de Saúde Materna (*Agent de Santé Maternelle*)), responsável pela saúde das mães.

O planeamento da campanha do Ruanda baseou-se desde o início na estrutura de PSC, para garantir uma quantificação precisa das necessidades de MTI, uma implementação de alta qualidade e atividades de mudança social e de comportamento (MSC), a fim de se alcançarem metas de cobertura universal com os diferentes tipos de MTI, de acordo com o perfil de resistência ao inseticida nos diferentes distritos do país. Além do desafio imposto por uma campanha multiproduto, o Ruanda enfrentou um problema adicional ao transitar de MTI cónicos para retangulares, tendo de assegurar uma recetividade e um uso elevados por parte da população visada.

A distribuição de MTI ocorreu em 30 distritos:

- 13 distritos foram cobertos entre fevereiro e março de 2020, antes da pandemia de COVID-19, usando uma estratégia de distribuição em pontos fixos;
- 17 distritos foram abrangidos durante a pandemia de COVID-19 (11 em maio e 6 em novembro de 2020), usando uma estratégia de distribuição porta a porta.

O registo de famílias decorreu nos 30 distritos em 2019, tendo sido posteriormente corrigido para incluir famílias não registadas e retirar outras que se tinham mudado até março de 2020 (antes do início da pandemia).

III. ESTRATÉGIA REVISTA

A estratégia inicialmente planeada para a distribuição de MTI implicou atualizar o registo de famílias (avaliação das necessidades), que é um procedimento de rotina dos PSC seis meses antes da distribuição em massa dos MTI, e assegurar a inclusão de todas as famílias, sobretudo em grupos populacionais que não os visados para as atividades contínuas dos PSC. As listas atualizadas foram posteriormente usadas em pontos de distribuição fixos nos primeiros 13 distritos, para fornecer às

¹ Ministério da Saúde do Ruanda. *National Community Health Strategic Plan* [Plano Estratégico Nacional de Saúde Comunitária], julho de 2013 - junho de 2018.

famílias um MTI por cada duas pessoas, sem fixar um número máximo de MTI. Os pontos de distribuição estão tipicamente situados em locais de proximidade ao alcance dos membros da comunidade.

Com o início da pandemia de COVID-19 no Ruanda, o Governo tomou medidas céleres que incluíram a restrição do número de pessoas em reuniões, o confinamento nacional à exceção dos serviços essenciais, o reforço de medidas de prevenção de infeções, como o distanciamento físico, a higiene respiratória e das mãos, e o estabelecimento de sistemas de rastreio de contactos.

Recorrendo à forte rede de PSC existente, o CBR trabalhou agilmente com a *task force* de emergência da COVID-19 e parceiros no país para rever a estratégia de distribuição de MTI, a fim de lhe dar início logo que as restrições de confinamento fossem aliviadas. A estratégia revista (para os restantes 17 distritos) incluiu:

- transitar da distribuição em local fixo para uma distribuição porta a porta efetuada em cada comunidade pelos PSC locais;
- alocar recursos que permitissem a um PSC, usando o seu método de transporte habitual (normalmente, uma bicicleta), recolher os MTI nos centros de saúde onde estivessem armazenados e deslocá-los para o nível comunitário para que fossem distribuídos;
- assinar formulários de registo para que houvesse responsabilização pelos MTI, mas com adaptações e mensagens fortes que assegurassem que nenhum material mudava de mãos entre representantes das famílias e PSC.

A distribuição em local fixo foi inicialmente planeada para cinco dias, enquanto a abordagem porta a porta foi prevista para três dias. Para reduzir a exposição dos PSC à COVID-19 na distribuição porta a porta, o seu número foi aumentado para 32 505 dos 5 332 inicialmente previstos, que teriam trabalhado em pontos de distribuição fixos onde a gestão das aglomerações teria sido difícil.

Coordenação

O Ruanda é um dos países envolvidos no *New Nets Project* (NNP) tendo, como tal, integrado a estrutura de coordenação global do projeto. Realizaram-se chamadas semanais entre o CBR e os parceiros para informar sobre a inspeção física dos MTI, as datas de distribuição planeadas e os efeitos da pandemia de COVID-19. Todos os parceiros, incluindo os fabricantes de MTI, trabalharam ao rubro para que houvesse recursos suficientes disponíveis para prosseguir com a distribuição conforme o planeamento, apesar do cenário pandémico no país.

Ao nível nacional, o CBR coordenou-se com todas as entidades governamentais no planeamento da distribuição de MTI, incluindo a *task force* de emergência da COVID-19, tendo obtido aprovações dos mais altos níveis do Governo para realizar atividades ligadas à distribuição de MTI, ainda antes de lhes dar início.

O CBR detém uma forte estrutura de coordenação de atividades contra a malária no país, a qual foi mobilizada em apoio das discussões e adaptações estratégicas, para garantir a plena adesão e a rápida mobilização de recursos.

Aquisição de MTI, equipamentos de proteção individual (EPI) e outros artigos

Todos os trabalhadores da campanha receberam EPI que incluía não só máscaras, mas também luvas, uma vez que tinham de manusear os MTI durante a distribuição porta a porta. Este EPI estava prontamente disponível no Ruanda, dado que o Governo tinha adquirido quantidades suficientes para outras campanhas que decorreram antes da distribuição de MTI. Durante as visitas domiciliárias, os profissionais de saúde comunitária pediam a cada família que lhes disponibilizasse água e sabão para lavarem as mãos.



Logística

Efetuaram-se diferentes adaptações logísticas conforme o nível da cadeia de abastecimento. Geralmente, os MTI eram entregues nos armazéns do Rwanda Medical Supply na capital, Kigali, de onde, uma vez inspecionados e aprovados, eram transferidos diretamente para os centros de saúde, evitando múltiplos níveis de armazenamento. O transporte era organizado pelo CBR e pela CGAS-GCA.



Devido à COVID-19, foi necessário efetuar as seguintes adaptações:

- À chegada ao Ruanda e para inspeção física dos MTI: dadas as medidas de prevenção de infeções por COVID-19, as adaptações incluíram (1) guias eletrónicas de rastreamento de carga (ECTN) para o pessoal alocado à inspeção física, bem como o aluguer de autocarros que lhes permitissem deslocar-se de casa para o armazém durante o confinamento, (2) alugar espaço adicional para a inspeção física para que se cumprissem os requisitos de distanciamento físico e (3) adquirir EPI em conformidade com a regulamentação nacional.
- A maior adaptação da cadeia de abastecimento foi a inclusão de um subsídio de transporte para que um PSC de cada comunidade recolhesse os MTI para essa comunidade no centro de saúde onde estivessem armazenados. Dado que os PSC recebem bicicletas como parte do seu *kit* de trabalho, todos já possuíam um meio de transporte para executar esta tarefa, pelo que não foi necessário adquirir nenhum transporte adicional.
- Para garantir a responsabilização pelos MTI, e conforme a prática corrente com artigos de saúde, os centros de saúde especificavam o número de MTI a entregar a cada família registada com base no número dos seus membros retirado das listas comunitárias. Os PSC distribuíam o número de MTILD registado na lista de destinatários, anotavam a data de distribuição e recolhiam assinaturas. Esta lista, que também contém dados de quaisquer MTI adicionais considerados necessários e solicitados pelos PSC, é devolvida ao centro de saúde para garantir a disponibilidade de dados de distribuição e a responsabilização pelos MTI.

Mudança social e de comportamento (MSC)

O planejamento inicial de MSC incluiu a elaboração de uma nota conceptual que englobasse uma visão pormenorizada das atividades a implementar durante a campanha e a finalização do orçamento para a MSC, que foi um esforço colaborativo entre o CBR, a Intrahealth/ Ingobyi² e a Aliança para a Prevenção da Malária (AMP). A nota conceptual e o orçamento para a MSC nas fases pré, durante e pós-distribuição foram discutidos e atualizados numa reunião de dois dias.

A mudança social e de comportamento exigiu a realização de três tarefas fundamentais antes e depois do início da pandemia de COVID-19:

1. Assegurar que todas as famílias sabiam como ter acesso aos MTI e que os receberam efetivamente, sobretudo depois de se ter ajustado a estratégia para a campanha;
2. Acautelar que todas as famílias estavam informadas sobre como pendurar corretamente e usar os seus MTI, depois de se ter passado de MTI cónicos para retangulares;
3. Garantir que todos os MTI distribuídos, independentemente do tipo, eram utilizados de forma eficaz pelas famílias visadas.

Assegurar o acesso das famílias implicou uma estratégia de divulgação multifacetada, especialmente devido à campanha de multiproducto. Decidiu-se não comunicar acerca dos diferentes tipos de MTI distribuídos ao nível comunitário, enquanto essa informação era transmitida aos funcionários do Ministério da Saúde a todos os níveis: do nacional ao distrital e dos sistemas de saúde. Junto das famílias, o enfoque foi na utilização dos MTI recebidos.

Acautelar a correta suspensão e utilização dos MTI, independentemente da forma e do tipo, exigiu um grande esforço por parte do CBR e dos parceiros. Tal incluiu a elaboração de um vídeo de demonstração direcionado para as famílias que tivessem preferência por mosquiteiros cónicos e que se destinava a dar orientações aos profissionais de saúde comunitária sobre como converter facilmente um mosquiteiro retangular num cónico. Nos 13 distritos onde a distribuição foi realizada antes da pandemia de COVID-19, a divulgação foi feita através de:

- anúncios de rádio;
- reuniões informativas em cascata com dirigentes locais de nível distrital, de nível hospitalar distrital e dos centros de saúde, bem como autoridades locais e religiosas;
- outros canais de divulgação da distribuição de MTI como igrejas, reuniões comunitárias e mercados.

Nos 17 distritos onde a distribuição foi realizada durante a pandemia de COVID-19, a divulgação foi feita através de:

- anúncios de rádio;
- reuniões informativas em cascata em formato virtual com dirigentes locais de nível central, distrital e hospitalar distrital;
- profissionais de saúde comunitária e dirigentes locais, que anunciavam a distribuição de MTI às famílias.

Formações e reuniões

As formações e reuniões foram adaptadas ao contexto da COVID-19. Todas as formações incluíram as medidas de prevenção de infeções por COVID-19 a ser adotadas em todos os níveis da implementação. Os níveis de formação foram os seguintes:

- Ao nível central, onde existe uma boa conectividade à internet, as reuniões entre o nível central e a administração distrital foram realizadas virtualmente;

² Nome local da USAID/ projeto da Intrahealth.

- Os hospitais distritais realizaram uma série de sessões de formação para os encarregados dos centros de saúde, em que o número de sessões dependeu do número de centros de saúde na sua área de intervenção e o número máximo de participantes por formação respeitava as medidas da COVID-19;
- Os encarregados dos centros de saúde foram responsáveis por formar os PSC na sua área de intervenção. A formação durou cerca de quatro horas em sessões com um número limitado de pessoas;
- Na formação presencial, aumentou-se o número de sessões com menos pessoas por sessão, permitindo respeitar as medidas de distanciamento físico.



Processo de distribuição de MTI

Quando a pandemia COVID-19 chegou ao Ruanda, em março de 2020, a campanha tinha sido concluída em 13 distritos. Porém, foi interrompida: o Governo reconheceu a necessidade de rever a estratégia de distribuição para os restantes 17 distritos a fim de proteger tanto os profissionais de saúde como as comunidades da COVID-19. Elaboraram-se, por isso, protocolos de utilização de EPI para os trabalhadores da campanha, quer durante a inspeção física dos mosquiteiros quer na sua distribuição. Todos os PSC envolvidos na distribuição em massa porta a porta receberam máscaras e luvas de proteção.

Normalmente, os profissionais de saúde comunitária distribuem MTI em locais de distribuição fixos e de proximidade, o que foi o caso dos primeiros 13 distritos concluídos. As comunidades são chamadas a reunir-se em locais selecionados em todos os distritos, nomeando-se vários PSC para distribuir MTI à população na área de intervenção de um determinado centro de saúde.

Porém, o CBR/ DMODP percebeu que esta abordagem poderia colocar as comunidades em risco, devido às possíveis aglomerações, optando por abandonar a distribuição em locais fixos e passando a fazê-la porta a porta. Daí para a frente, os dirigentes locais colaboraram com os *isibo* (pequenos grupos de famílias numa aldeia, em que o chefe de cada grupo é designado por *mutwarasibo*) na distribuição de MTI aldeia por aldeia. Os *isibo* estabeleceram um calendário de distribuição para cada aldeia, em que o respetivo chefe acompanhava os profissionais de saúde comunitária para organizar a distribuição porta a porta e garantir a observância do distanciamento físico. Foram contratados mais PSC para que cada um pudesse visitar pelo menos 50 famílias. Com base numa lista de requisitos de MTI por parte das famílias feita a partir da avaliação das necessidades (registo de

famílias), os PSC solicitaram que cada chefe de família confirmasse a receção dos MTI mediante assinatura. Pediu-se às famílias que assinassem com as suas próprias esferográficas para evitar a troca de materiais entre o pessoal da campanha e os destinatários dos agregados familiares.



Supervisão e monitorização

As atividades de supervisão e monitorização foram ajustadas de acordo com as medidas de prevenção e controlo de infeções por COVID-19 para os 17 distritos que implantaram a distribuição de MTI durante a pandemia. As seguintes considerações foram fundamentais para a supervisão e monitorização:

- A boa conectividade geral em todo o país permitiu aos gestores da campanha monitorizarem as atividades e resolverem estrangulamentos por videoconferência;
- O Governo providenciou uma autorização especial para que os chefes de equipa e não só pudessem viajar de Kigali para os distritos durante o período de proibições de viagem relacionadas com a COVID-19 para supervisão e monitorização presenciais;
- Os encarregados dos centros de saúde eram responsáveis pela supervisão; porém, devido ao grande número de PSC envolvidos na campanha, não foi fácil supervisioná-los todos, pelo que os supervisores confiaram em grande parte nos relatórios dos PSC para verificar as atividades realizadas.

Recolha de dados

A recolha de dados foi feita pelos profissionais de saúde comunitária antes do surto de COVID-19 e subsequente confinamento. Após a avaliação das necessidades da comunidade, os PSC entregaram todos os formulários nos centros de saúde, onde o respetivo pessoal analisou e compilou as necessidades de MTI identificadas em cada aldeia, enviando o relatório para o hospital distrital. O pessoal do hospital distrital compilou todas as necessidades nas áreas de intervenção dos seus centros de saúde e enviou-as para a DMODP. Com base neste relatório-síntese, a DMODP pôde então identificar carências e preparar o transporte de MTI do nível central e a respetiva entrega nos centros de saúde.

Pagamentos

Os pagamentos do Programa da Cadeia Global de Abastecimento na Saúde/ Gestão de Compras e Abastecimento (CGAS-GCA) foram feitos com dinheiro móvel diretamente a cada trabalhador de campanha. O processo de pagamento enfrentou vários desafios, entre eles a existência de alguns números de telemóvel e identidades registados que não correspondiam às pessoas que trabalhavam

na campanha. Nas áreas apoiadas pelo Fundo Global, os centros de saúde foram providos de fundos e encarregados de remunerar os PSC em dinheiro, garantindo que todos os pagamentos eram devidamente registados. Este é um método normal de pagar aos PSC por vários tipos de atividades que realizam

Processo de monitorização/ verificação de MTI

O processo de monitorização/ verificação de MTI está atualmente em curso (aquando da apresentação deste relatório) quer ao nível dos centros de saúde quer das famílias. Nos centros de saúde, o objetivo é determinar o número de MTI recebidos e quantos foram distribuídos e onde. Na monitorização e verificação ao nível das famílias, selecionam-se nomes aleatórios de agregados familiares a partir dos registos dos centros de saúde, que são depois rastreados até às comunidades. Uma vez rastreadas as famílias, a equipa verifica o número de MTI recebidos e se o agregado familiar está a usá-los corretamente.

Atividades pós-distribuição

As atividades pós-distribuição incluem:

- visitas domiciliárias pelos PSC para verificar se todos os mosquiteiros estão pendurados e a ser usados corretamente. Os PSC já terão recebido diretrizes que incluem mensagens de malária (tanto de prevenção como de tratamento);
- sensibilização comunitária por parte dos dirigentes locais após a distribuição de MTI, com os centros de saúde a supervisionarem as atividades de sensibilização da comunidade;
- ministrar formação a uma organização não governamental (ONG) em cada uma das cinco províncias, ficando esta encarregue de instituir a MSC com enfoque nas atividades de controlo da malária.

Adquiriram-se novos tipos de MTI para distribuição de rotina/ contínua ao mesmo tempo que para a campanha de massas. Os centros de saúde receberam orientações para usarem os novos estoques de MTI na distribuição de rotina e contínua. Os poucos centros de saúde que ainda tinham estoque antigo foram incitados a dar-lhe um uso benéfico, concretamente, como mosquiteiros de camas hospitalares.