ELIMINAÇÃO DO TRACOMA EM ÁFRICA

LIÇÕES DE DUAS INICIATIVAS PLURINACIONAIS

Revisão realizada por TROPICAL HEALTH

THE QUEEN ELIZABETH DIAMOND JUBILEE TRUST

Sightsavers

ICTC International Coalition for Trachoma Control

UKaid from the British people

Índice

Implementação eficaz do programa: qualidade, cobertura e equidade na estratégia SAFE

Lição n.º 1: Definir e adotar práticas preferenciais é fundamental para o progresso..... 9

Lição n.º 2: A normalização das medidas de garantia da qualidade melhora o desempenho cirúrgico e a qualidade geral do serviço..... 12

Lição n.º 3: Uma abordagem sistemática à deteção de casos é fundamental para uma cobertura equitativa..... 16

Lição n.º 4: As práticas preferenciais e diretrizes para a administração massiva de medicamentos conduziram a um progresso rápido, mas são necessárias práticas adaptadas a populações difíceis de alcançar..... 18

Lição n.º 5: Tornar os progressos sustentáveis exige um investimento contínuo na higiene facial e melhoria ambiental e uma forte colaboração intersetorial..... 20

Lição n.º 6: Alcançar a eliminação do tracoma exige uma concentração explícita na equidade..... 24

Criar sistemas de saúde para sustentar a eliminação

Lição n.º 7: Planear a sustentabilidade e o reforço dos sistemas de saúde desde o início..... 27

Lição n.º 8: Uma abordagem vertical revelou-se eficaz, mas a integração irá contribuir para alcançar objetivos a longo prazo..... 30

Lição n.º 9: A transição é um processo, não um acontecimento..... 32

Um modelo de parceria único

Lição n.º 10: Uma parceria acrescenta valor através da extensão do alcance do programa e da partilha da aprendizagem..... 37

Resumo das principais lições..... 40

Agradecimentos

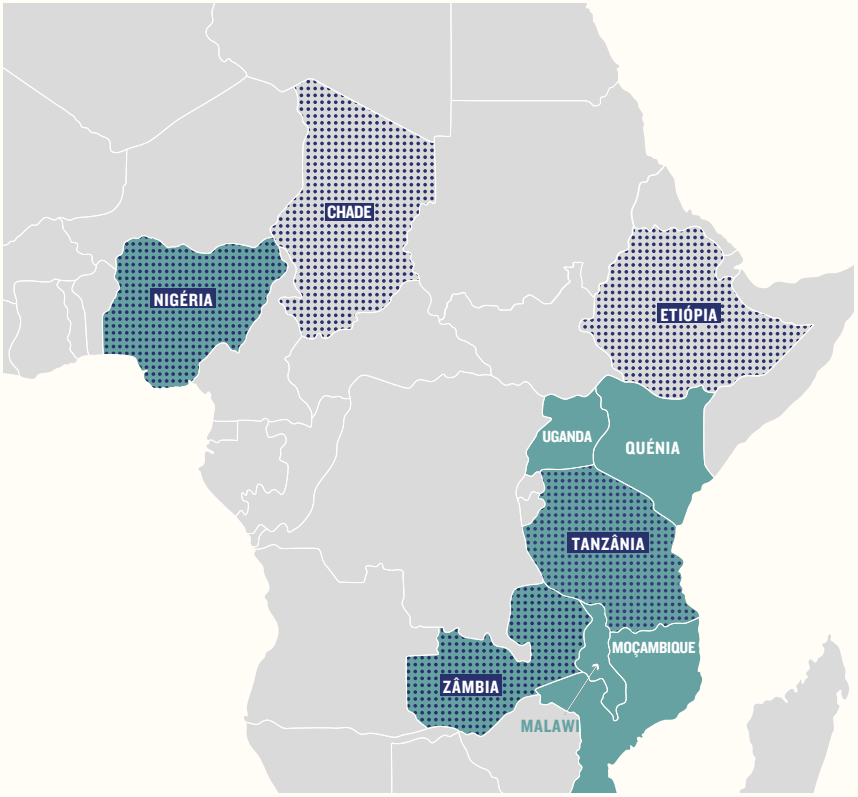
Este documento foi redigido por uma equipa independente da Tropical Health: Robin Altaras, Robert Geneau, Sabrina LaTorre, Niall Roche e Joslyn Meier. Foi prestado apoio pelos membros das organizações financiadoras, o Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (DFID), o Fundo do Jubileu de Diamante da Rainha Isabel, a Coligação Internacional para o Controlo do Tracoma e a Sightsavers, em especial os membros do Grupo Diretor do Exercício de Aprendizagem Avaliativo. Agradecemos às numerosas partes interessadas, incluindo o gestor da subvenção (Sightsavers), os parceiros de coordenação e implementação deste programa, os representantes dos ministérios, as equipas de saúde e os voluntários, pelo seu tempo, ideias e preciosos contributos para este exercício de aprendizagem. Agradecemos aos membros do Grupo Diretor e aos consultores técnicos globais pela revisão efetuada e pelos comentários sobre as conclusões preliminares. Agradecemos ainda aos que prestaram apoio à organização logística das visitas da equipa à Etiópia, ao Malawi e à Tanzânia.

Introdução

Em 2014, o Fundo do Jubileu de Diamante da Rainha Isabel (o Fundo) e o Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (DFID) deram início a dois ambiciosos programas quinquenais de combate ao tracoma em 10 países africanos. Com um orçamento total de 80 milhões de libras, as duas iniciativas visavam alcançar progressos significativos no combate ao tracoma, ou sua eliminação, enquanto problema de saúde pública nos países selecionados. Trabalhando com o apoio dos membros da Coligação Internacional para o Controlo do Tracoma (ICTC - International Coalition for Trachoma Control), estes dois programas apoiaram a implementação eficaz da estratégia SAFE numa escala sem precedentes. Os resultados alcançados tiveram por base os significativos passos tomados com vista à eliminação global do tracoma ao longo das duas últimas décadas.

Na medida em que estes dois programas chegam ao fim em 2019, foi encomendado um exercício de aprendizagem avaliativo (Exercício de Aprendizagem) de fim do programa. O objetivo deste Exercício de Aprendizagem consistia em gerar uma aprendizagem estratégica para contribuir para a disponibilidade de dados sobre a eliminação do tracoma, a estratégia e programação para as Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) e o setor de saúde em geral. O Exercício de Aprendizagem procurou, em especial, aprofundar a compreensão em áreas onde existem lacunas de conhecimento, com a esperança de informar as estratégias globais para alcançar a eliminação do tracoma.

Recorrendo a uma abordagem participativa, o Exercício de Aprendizagem identificou, explorou e documentou exemplos de boas práticas, do que funcionou bem e do que poderia ter sido feito de forma diferente. A aprendizagem descrita neste documento foi conseguida através de uma revisão de documentos-chave, respostas escritas a sondagens e entrevistas a informadores-chave, debates de grupos de discussão e workshops com as partes interessadas aos níveis global, regional e nacional. As conclusões refletem as perceções dos participantes no Exercício de Aprendizagem.

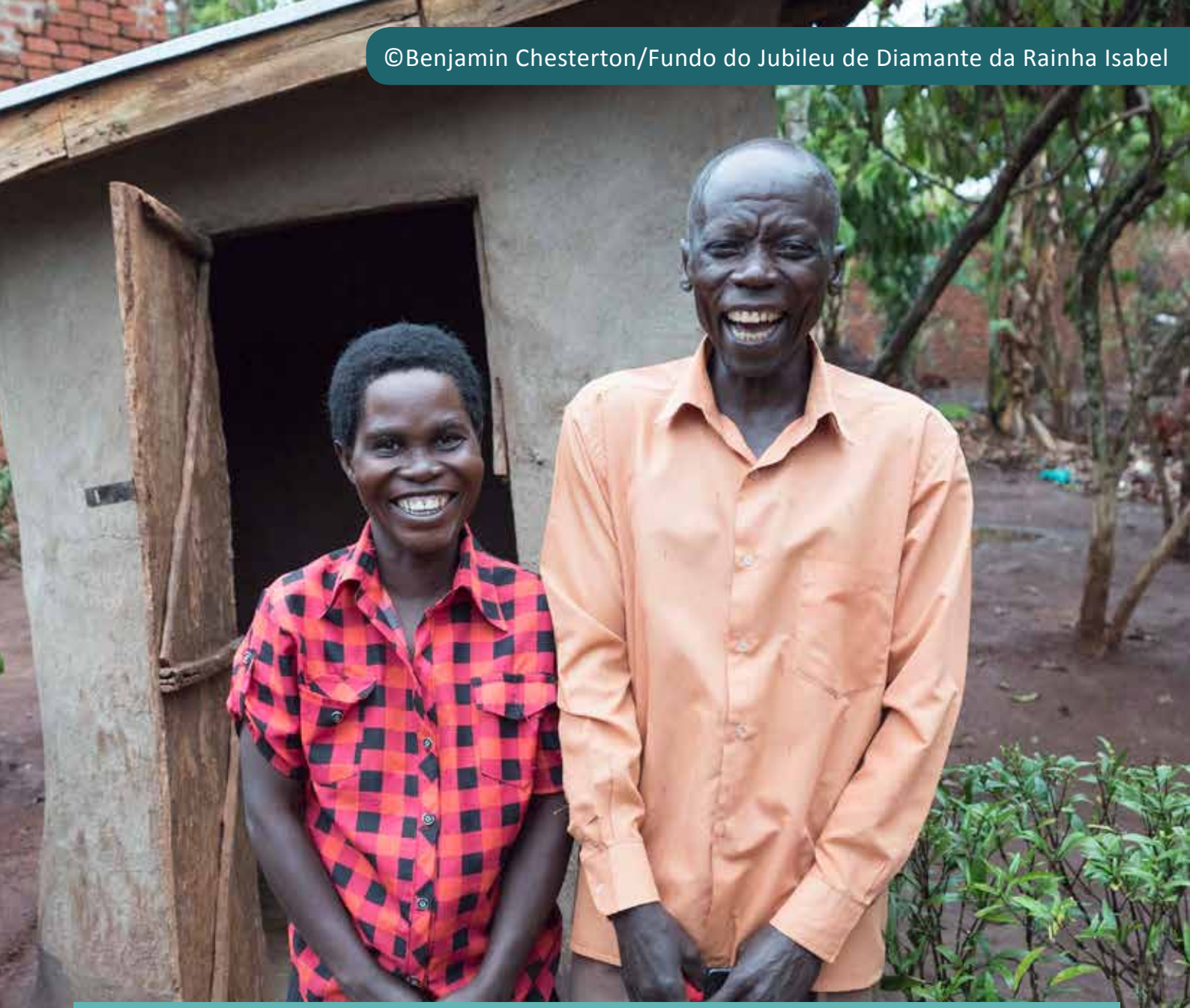


Zonas de atuação do DFID e do Fundo para o tracoma em África

Legenda

Países apoiados pelo Fundo

Países apoiados pelo DIFD



©Benjamin Chesterton/Fundo do Jubileu de Diamante da Rainha Isabel

Eliminar o tracoma enquanto problema de saúde pública

O tracoma é a principal causa infeciosa de cegueira do mundo e uma de 20 doenças tropicais negligenciadas. Calcula-se que 158 milhões de pessoas vivam em áreas onde o tracoma é endémico, assumindo proporções significativas para a saúde e o desenvolvimento. O tracoma é causado pela propagação de bactérias através do contacto com secreções oculares e nasais de pessoas infetadas. Em 1998, a Assembleia Mundial da Saúde adotou a resolução WHA 51:11 relativa à eliminação global do tracoma, apoiando assim a Aliança para a Eliminação Global do Tracoma da Organização Mundial da Saúde (OMS) até 2020 (Aliança GET2020). A estratégia SAFE, apoiada pela OMS, proporciona uma estrutura para o tratamento e a prevenção do tracoma. A estratégia consiste em Cirurgia para corrigir os efeitos da *triquíase tracomatosa* (TT), a fase final do tracoma, que resulta em cegueira, Antibióticos para reduzir a prevalência da doença ativa e Higiene facial e Melhoria Ambiental para limitar a transmissão e sustentar a eliminação do tracoma.

Progressos alcançados na eliminação do tracoma

1993
A OMS adota a estratégia SAFE como a sua abordagem de eliminação recomendada

1996
A Aliança para a Eliminação Global do Tracoma até 2020 da OMS (Aliança GET2020) é lançada

1998
A International Trachoma Initiative (ITI) é fundada para gerir os antibióticos doados pela Pfizer Inc.

1998
A Assembleia Mundial da Saúde adota uma resolução que visa a eliminação global do tracoma

2004
A ICTC é estabelecida como parte interessada membro de organizações não governamentais, doadoras, do setor privado e académicas que trabalham em conjunto para apoiar a Aliança GET2020 da OMS

2011
A ICTC publica "The End in Sight: 2020 INSight", um plano estratégico global que traça um roteiro, estabelecendo as ações necessárias para alcançar a eliminação global do tracoma até ao ano 2020, incluindo um plano para a forma de colaboração e investimento através de parcerias em grande escala

2012
A Declaração de Londres sobre as Doenças Tropicais Negligenciadas reúne os parceiros globais e incide sobre 10 DTN, incluindo o tracoma, para controlo, eliminação ou erradicação

2012–2016
O Projeto Global de Levantamento do Tracoma financiado pelo DFID e pela USAID recolhe dados sobre o tracoma relativos a 2,6 milhões de pessoas em 29 países

2012
Omã torna-se o primeiro país a receber a validação da OMS por ter eliminado o tracoma

2014
O DFID e o Fundo comprometem-se a investir 80 milhões de libras para eliminar o tracoma no prazo de cinco anos em nove países africanos (mais tarde alargados a um décimo país)

2016
A Aliança GET2020 da OMS lança '"Eliminating Trachoma: Accelerating towards 2020", traçando um plano de ação para ampliar programas e reforçar sistemas de saúde

2016
Marrocos recebe a validação da OMS por ter eliminado o tracoma

2017
O México, o Camboja e o Laos recebem a validação da OMS por terem eliminado o tracoma

2018
O Gana torna-se o primeiro país da Região Africana da OMS a eliminar o tracoma; o Nepal e o Irão também recebem a validação da eliminação por parte da OMS

Uma parceria sem precedentes

O modelo de parceria dos dois programas era único e complexo. Os programas foram supervisionados por um comité consultivo do programa da ICTC, liderado por um gestor da subvenção nomeado (Sightsavers) e envolveu o invulgar mecanismo de membros da ICTC nas funções de parceiros de coordenação e de implementação do país, que colaboraram de perto com os ministérios da saúde de cada país.

O alinhamento entre os dois financiadores, e, de uma maneira mais alargada, com a comunidade do tracoma, foi um objetivo desde o início dos programas e orienta os princípios básicos das iniciativas. A parceria visava exercer impacto a três níveis:

- **Progressos no terreno em comunidades afetadas pelo tracoma** através da expansão da abordagem SAFE e da garantia da qualidade e da eficiência;
- **Reforço dos sistemas de saúde** de forma a conseguir manter esses progressos e a eliminação;
- **Influência de outras pessoas** através do desenvolvimento de novas abordagens, kits de ferramentas e dados para tomada de decisões e mobilização de recursos.

©Ashley Gilbertson/VII/Fundo do Jubileu de Diamante da Rainha Isabel

PROGRESSOS ALCANÇADOS PELO PROGRAMA

213 886

cirurgias de restabelecimento da visão realizadas

153

distritos que beneficiaram de atividades de higiene facial e de melhoria ambiental

68 571

localizadores de casos mobilizados para localizar pessoas a necessitar de tratamento em 70 distritos/regiões

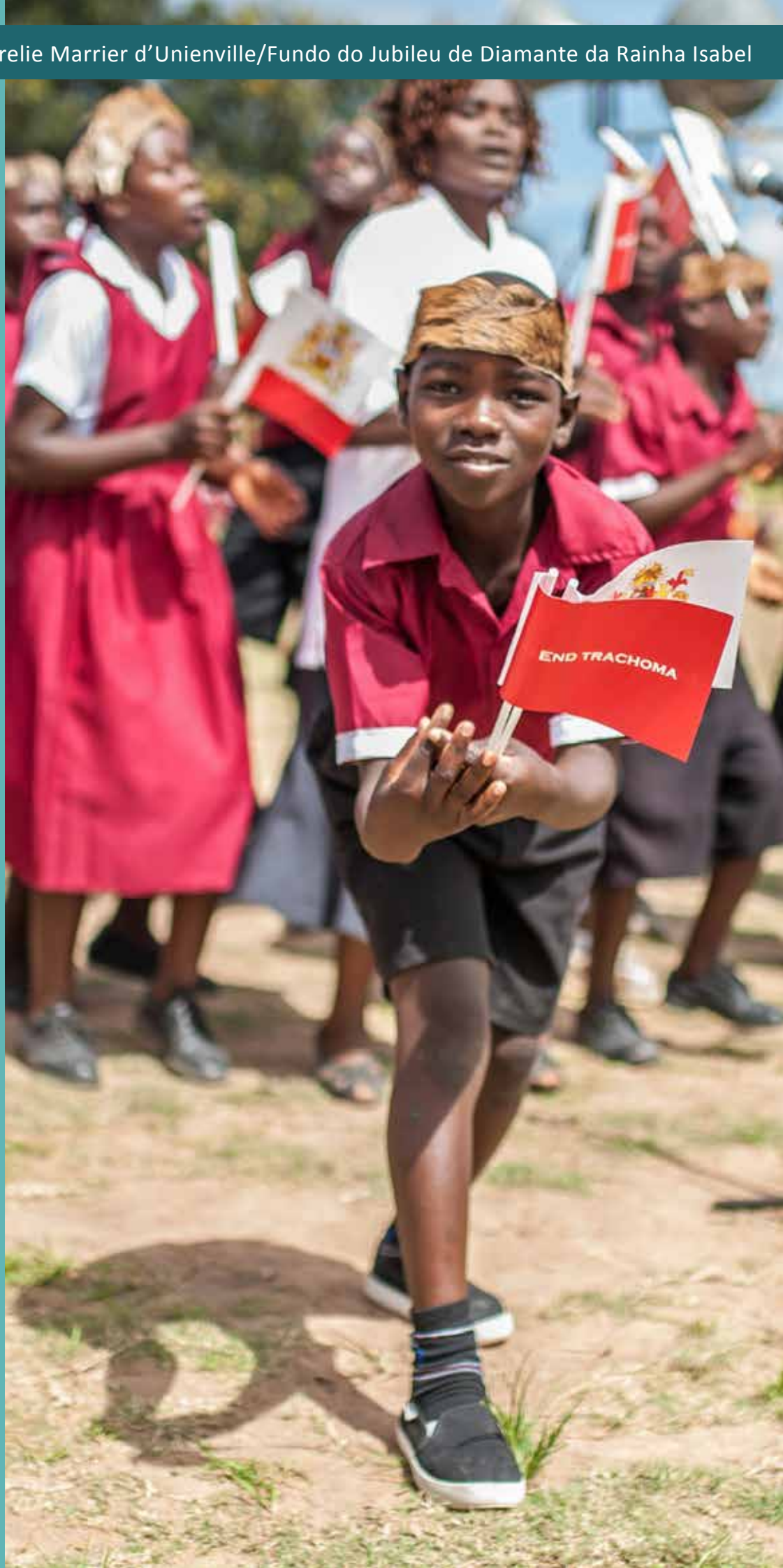
75,7 MILHÕES

de tratamentos com antibióticos vitais fornecidos a pessoas que vivem em áreas de alto risco

82

organizações envolvidas, incluindo ministérios, parceiros coordenadores, parceiros globais, doadores e organismos internacionais

IMPLEMENTAÇÃO EFICAZ DO PROGRAMA: QUALIDADE, COBERTURA E EQUIDADE NA ESTRATÉGIA SAFE



©Aurelie Marrier d'Unienville/Fundo do Jubileu de Diamante da Rainha Isabel

Lição n.º I: Definir e adotar práticas preferenciais é fundamental para o progresso

Através da ICTC, a comunidade do tracoma definiu e produziu uma coleção de práticas preferenciais e manuais concebidos para partilhar dados sobre o que funciona com base em investigação no terreno e na experiência do país (ver página II). Alguns destes recursos documentam claramente as melhores práticas definidas (por exemplo, no que se refere ao currículo dos localizadores de casos de TT); outros oferecem uma caixa de ferramentas de opções. O desenvolvimento e adoção de práticas preferenciais constitui um processo dinâmico e em evolução. As práticas são o resultado da experiência no terreno de programas de eliminação do tracoma e de membros da ICTC. As práticas preferenciais são em seguida sugeridas, avaliadas pela OMS e formalmente adotadas pelos membros da ICTC. Posteriormente, os países adotam-nas e implementam-nas, experimentam e testam abordagens e informam continuamente o desenvolvimento de novas práticas preferenciais. Por conseguinte, não se pretende que as práticas preferenciais da ICTC sejam prescritivas. Espera-se que os países adaptem estas práticas e que testem novas abordagens, conforme apropriado ao respetivo contexto. De uma maneira geral, a utilização de ferramentas normalizadas e o desenvolvimento de práticas preferenciais foram considerados estratégias eficazes para alcançar os objetivos de eliminação. A integração bem-sucedida das práticas preferenciais da ICTC foi possibilitada por:

Liderança do ministério da saúde:

Os ministérios da saúde geralmente adotam as práticas preferenciais para a gestão de casos de triquíase e a administração massiva de medicamentos como diretrizes nacionais, um processo que apoiou a sua implementação consistente como normas de qualidade. As Task Forces do Tracoma nacionais, como organismos de coordenação governamentais estabelecidos em países onde o tracoma é endémico compostos por representantes do governo, ONG, doadores, instituições académicas e outras partes interessadas, desempenharam importantes funções de consultoria técnica no apoio à adaptação das práticas preferenciais ao contexto nacional. Por exemplo, na Etiópia, a Task Force Nacional do Tracoma liderou a adoção de práticas preferenciais e ferramentas de supervisão de apoio.

Apoio consistente dos parceiros de coordenação do país:

Os parceiros de coordenação apoiaram os ministérios da saúde no sentido de garantir que os parceiros de implementação seguiam uma abordagem comum e baseada em dados.

Assistência técnica de qualidade:

As visitas de consultoria técnica da parte de formadores de nível superior ou de especialistas de topo foram um mecanismo importante para apoiar e monitorizar a implementação das práticas preferenciais no terreno. O reforço de capacidades prático foi altamente valorizado pelas equipas de saúde, especialmente pelos cirurgiões de TT. A assistência revelou-se mais eficaz quando seguida de recomendações escritas e reuniões de balanço, a fim de apoiar a monitorização e avaliação contínuas.

Documentação e partilha de dados:

As reuniões de análise trimestrais entre os membros da Task Force Nacional do Tracoma e os parceiros de coordenação e implementação foram úteis para partilhar experiências e demonstrar a eficácia das práticas preferenciais.

"Tínhamos de falar sobre as práticas preferenciais repetidas vezes, em cada reunião de análise. Um ponto de viragem deu-se quando demonstrámos dados que comprovavam que as estratégias de deteção de casos tinham um sucesso maior do que as estratégias de mobilização em massa; depois ganhámos dinamismo." – Parceiro de Coordenação

©Rob Beechey/Fundo do Jubileu de Diamante da Rainha Isabel

Embora a adoção das práticas preferenciais da ICTC tenha sido fundamental para o progresso, a integração foi demasiado lenta em alguns países.

Entre os fatores que atrasaram ou impediram a integração das práticas preferenciais ou de outras ferramentas normalizadas contam-se os seguintes:

Partilha tardia ou ausência inicial de orientação

No início destes programas, havia pouca orientação disponível sobre o processo de transição dos serviços pós-eliminação em auditorias cirúrgicas. Os programas deram um contributo importante para o desenvolvimento de novos kits de ferramentas ou práticas preferenciais para estas áreas. Embora tivesse sido reconhecido que o desenvolvimento de práticas preferenciais é um trabalho contínuo, em alguns casos a partilha tardia ou os acréscimos aos manuais de práticas preferenciais abrandaram a implementação.

Governação fraca ou inconsistente

Quando o envolvimento do ministério da saúde era fraco (devido, em parte, à alta rotatividade dos funcionários) ou as estruturas de governação eram desviadas, a integração das práticas preferenciais era afetada devido a uma capacidade limitada de adotar, promover e adaptar a utilização ao longo do tempo.

Resistência à mudança e responsabilização reduzida

Constatou-se que alguns parceiros de implementação estavam a resistir à mudança, a ignorar os dados ou as práticas preferenciais da ICTC e a continuar a realizar as atividades da forma habitual. Esta atitude poderá ter estado relacionada com os limitados conhecimentos técnicos ou compreensão de práticas preferenciais específicas por parte dos parceiros. Alguns especialistas globais também salientaram que não havia nenhum mecanismo de responsabilização para garantir que os parceiros implementavam as práticas preferenciais.

Atuais práticas preferenciais da ICTC

- Práticas preferenciais para a administração massiva do Zithromax® (2013)
- Tudo o que precisa para a Higiene Facial e a Melhoria Ambiental – um kit de ferramentas para o planeamento e o estabelecimento de parcerias (2015)
- Organizar intervenções temporárias para a cirurgia da triquíase – uma prática preferencial para gestores de programas (2015)
- Planeamento das medidas de combate ao tracoma – um manual de planeamento (2015)
- Microplaneamento para uma administração massiva do Zithromax® eficaz (2016)
- Programa de formação para localizadores de casos de triquíase (2016)
- Manual de aconselhamento sobre a triquíase (2016)
- Supervisão de apoio para os programas de triquíase tracomatosa (2017) e para a administração massiva de medicamentos (2018)
- Formação de cirurgiões de triquíase para programas de eliminação do tracoma (2018)
- Planeamento de transição para serviços de gestão da triquíase (2019)
- Planeamento de transição para a administração massiva do Zithromax® (2019)
- Planeamento de transição para a higiene facial e a melhoria ambiental (2019)

Lição n.º 2: A normalização das medidas de garantia da qualidade melhora o desempenho cirúrgico e a qualidade geral do serviço

Todos os países fizeram progressos consideráveis na adoção e implementação de medidas de garantia da qualidade no âmbito da estratégia SAFE. Existem indícios de uma ampla aceitação das abordagens de melhoria da qualidade. Esta aceitação foi exemplificada pelos progressos feitos na melhoria do desempenho cirúrgico dos cirurgiões de TT e na experiência geral de cuidados prestados aos pacientes de TT. Considerou-se que, em especial, a normalização das abordagens de garantia da qualidade – começando pela formação e certificação e seguida pela supervisão de apoio, a monitorização das taxas de acompanhamento, a avaliação dos resultados pós-operação e as auditorias cirúrgicas – melhorou o desempenho cirúrgico e a qualidade geral dos cuidados. Os participantes identificaram as seguintes boas práticas como apoio da qualidade cirúrgica:

Desenvolver a certificação da equipa cirúrgica

Sensibilizar para a necessidade de formação em cirurgia:

Em alguns países, as partes interessadas tiveram de abordar primeiro os pressupostos relativos às qualificações cirúrgicas, níveis de competências e necessidade de formação.

Normalizar o processo de formação em todas asfases:

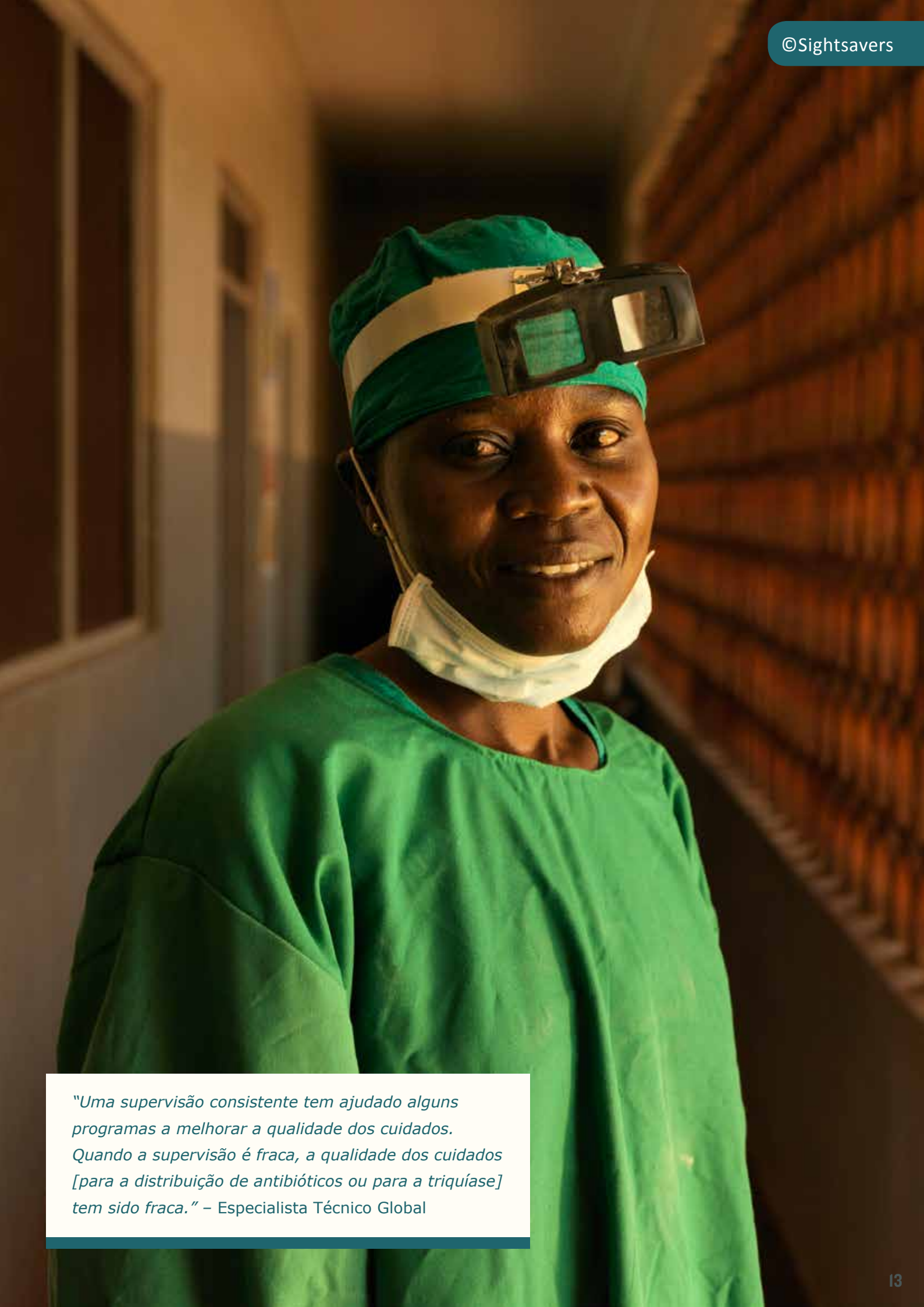
Este processo incluía assegurar que a formação de formadores fosse conduzida por formadores de nível superior e que as ações de formação aliassem práticas cirúrgicas em tempo real à utilização do HEAD START, um manequim concebido como dispositivo de formação para a cirurgia da triquíase. Os especialistas globais sublinharam que toda a formação sobre cirurgia da triquíase, incluindo a formação de formadores e a formação de supervisores de apoio deve realizar-se em primeiro lugar numa sala de aula, utilizando o HEAD START, e deve incluir práticas cirúrgicas em tempo real sob a supervisão de apoio de um formador de nível superior.

"Aprendemos sobre o tracoma e a cirurgia de TT durante a nossa formação inicial. Mas, quando realizámos o processo de certificação […], alguns de nós não passaram na certificação. Por isso, [esta formação adicional foi importante] para garantir a boa qualidade das cirurgias!"
– Enfermeiro Especialista em Oftalmologia

"Sempre se assumiu que os profissionais de saúde teriam um conhecimento adequado com base nos seus programas de formação. Mas não foi o caso. Os profissionais de saúde não tinham conhecimento de elementos básicos, incluindo como e onde a TT pode ser gerida e como pode ser prevenida. Toda a equipa clínica apresentava falta de competências modernas na operação de um caso de TT. Todos eles necessitavam de formação para poderem operar um caso de TT."
– Parceiro de Implementação

Realizar uma supervisão de apoio regular

Uma supervisão de apoio consistente tanto para a garantia da qualidade como para o reforço de capacidades técnicas é agora reconhecida como um elemento programático fundamental pela maioria dos países. É importante oferecer formação específica aos supervisores sobre como realizar supervisão de apoio para garantir e manter a qualidade no longo prazo. Os alvos iniciais da função de supervisão foram os oftalmologistas. Este aspeto mostrou-se problemático em alguns países, já que os oftalmologistas têm disponibilidade reduzida e também, em alguns contextos, exposição limitada à cirurgia de TT. Estratégias de seleção alternativas, como o recrutamento de profissionais de saúde de nível inferior dotados das competências necessárias, foram identificadas como boas práticas em alguns países.



"Uma supervisão consistente tem ajudado alguns programas a melhorar a qualidade dos cuidados. Quando a supervisão é fraca, a qualidade dos cuidados [para a distribuição de antibióticos ou para a triquíase] tem sido fraca." – Especialista Técnico Global

Avaliações pós-operação

Os programas colocaram uma ênfase na melhoria da avaliação e comunicação dos resultados cirúrgicos, sendo o resultado final determinado na consulta de acompanhamento no período de três a seis meses que se segue à operação. No entanto, verificou-se uma ampla variação entre os países na proporção de pacientes que realizavam a consulta de acompanhamento recomendada no período de três a seis meses que se segue à operação. Apesar de os programas se esforçarem por conseguir a realização de todas as consultas de acompanhamento recomendadas, reconheceu-se que as taxas de realização das consultas no período de três a seis meses variavam em função do contexto, das normas de comportamento na busca de serviços de saúde e dos recursos humanos e financeiros disponíveis. Os programas devem ter mecanismos apropriados em vigor para incentivar o cumprimento das consultas de acompanhamento. Entre as estratégias de apoio à adesão contam-se as seguintes:

- Aconselhamento pós-operação
- Fornecer cartões com a marcação da consulta aos pacientes após a cirurgia
- Utilizar canais de comunicação de massas para sublinhar a importância do acompanhamento
- Trabalhar com os localizadores de casos que identificaram previamente os pacientes para que estes os lembrem de onde se devem dirigir para a consulta
- Realizar consultas de acompanhamento ao domicílio aos pacientes mais idosos
- Utilizar hospitais de campanha de TT como oportunidade para realizar também o acompanhamento pós-operação
- Utilizar o "Rastreador de cirurgias de TT", uma aplicação para telemóvel, atualmente em fase-piloto, para rastrear resultados cirúrgicos no âmbito do programa global de eliminação.

Introduzir auditorias cirúrgicas como abordagem complementar

Uma auditoria cirúrgica é uma ferramenta adicional e normalizada para monitorizar a qualidade das cirurgias que são realizadas. Complementa a avaliação do resultado (que oferece informações para a gestão dos pacientes). As auditorias cirúrgicas visam avaliar o resultado real das cirurgias realizadas por um cirurgião específico, a fim de determinar se o cirurgião necessita de formação adicional. Tal implica registar a avaliação e o acompanhamento do caso, utilizando métodos de amostragem de garantia da qualidade por lotes. Foi desenvolvido enquanto parte do programa um guia para esta abordagem que está em curso de ser adotado como uma prática preferenciais da ICTC. A maioria dos países já iniciou este projeto na fase-piloto. A monitorização dos resultados pós-operação com base em padrões de taxas aceitáveis de TT pós-operação permitiu que os programas nacionais identificassem cirurgiões de TT com um mau desempenho, com vista à sua requalificação ou afastamento. Em dois países, os cirurgiões com mau desempenho foram identificados através deste processo e foi recomendado o seu afastamento ou requalificação pelos ministérios da saúde ou autoridades distritais. Na medida em que a supervisão de apoio exige tempo e recursos humanos significativos para ser levada a cabo, as auditorias cirúrgicas constituem uma importante medida complementar de garantia da qualidade.

"A supervisão de apoio é fundamental […] e não pode ser substituída por auditorias cirúrgicas. [Ela] permite implementar medidas corretivas no local, se necessário, [e] prestar orientação e apoio no trabalho."
– Especialista Técnico Global

Embora se tenha verificado a aceitação de medidas eficazes de garantia da qualidade (certificação, supervisão e auditoria), os seguintes desafios exigem que se preste uma maior atenção às práticas preferenciais de qualidade na cirurgia:

- **Recursos humanos e retenção:** Em alguns contextos, o desgaste dos cirurgiões de TT afetou a qualidade do desempenho e a utilização eficaz de recursos. Foram desenvolvidas diferentes estratégias de mitigação, mas com resultados limitados. Na Etiópia, profissionais de cuidados oftalmológicos integrados foram destacados para os seus distritos de origem sempre que possível. Embora esta fosse uma solução de curto prazo para compensar os atrasos existentes, representantes do ministério

da saúde acreditavam que estes profissionais continuariam a prestar apoio ao sistema de cuidados oftalmológicos no longo prazo.

- **Consultas de acompanhamento pós-operação:**

  Embora alguns países tenham desenvolvido abordagens criativas para incentivar a realização de consultas de acompanhamento três a seis meses depois da operação, esta questão permanece problemática em vários contextos. Existe a necessidade de identificar e testar outras abordagens, bem como de atribuir recursos adequados a fim de incentivar um acompanhamento ativo do paciente quando necessário.

- **Auditoria cirúrgica:**

  O guia de auditoria cirúrgica exige uma amostra adequada de olhos operados. Vários países comunicaram problemas na avaliação do desempenho de cirurgiões que não operam com frequência. Atualmente, está a ser revista a orientação relativa à dimensão adequada da amostra.

- **Pós-eliminação:**

  A avaliação das medidas mais adequadas para manter a qualidade cirúrgica no período pós-eliminação (já que as cirurgias da triquíase raramente são realizadas) e a integração eficaz destas medidas na prestação de serviços de saúde de rotina exigem uma revisão contínua.

©Ashley Gilbertson/VII/Fundo do Jubileu de Diamante da Rainha Isabel

Lição n.º 3: Uma abordagem sistemática à deteção de casos é fundamental para uma cobertura equitativa

A deteção de casos de triquíase é, e continua a ser, um desafio, mas uma abordagem mais sistemática produziu melhorias. Uma abordagem porta a porta (abrangendo uma zona administrativa inteira) contribuiu para alcançar uma cobertura total, gerar dados fiáveis que possam ser apresentados no processo de eliminação para validação pela OMS e garantir que as pessoas mais vulneráveis tenham a opção de aceder aos serviços. No entanto, a abordagem porta a porta exige consideráveis recursos humanos, financeiros e logísticos. A rentabilidade da abordagem diminui rapidamente à medida que os casos decrescem. A atenção tem-se concentrado em áreas difíceis de alcançar ou onde os atrasos existentes já tenham sido reduzidos a fim de encontrar os últimos casos restantes. Alguns países realizaram um microplaneamento para as atividades relacionadas com a triquíase que promoveram a integração economicamente viável das diferentes atividades e posterior integração nos serviços de saúde de rotina (ver página 32). As estratégias de deteção de casos têm de ser adaptadas e analisadas no decurso da implementação do programa.

Seleção de localizadores de casos

A maioria dos países seguiu as práticas preferenciais da ICTC para a deteção de casos e identificou grupos de voluntários ao nível da comunidade para receberem formação com vista a tornarem-se localizadores de casos, conforme adequado ao contexto em causa. Entre estes contavam-se profissionais de saúde comunitários ou outros voluntários da área da saúde ao nível subdistrital, bem como professores e outros líderes comunitários. Na Tanzânia, o envolvimento de líderes de grupos a nível da aldeia e de microfinanciamento como supervisores de localizadores de casos contribuiu para assegurar a cobertura (ver página 24).

Dados de cobertura fiáveis

Na fase inicial dos programas, os países debatiam-se com o problema dos dados incorretos e desatualizados. Este aspeto melhorou bastante com a normalização dos dados no âmbito do Projeto Global de Levantamento do Tracoma e da Tropical Data, um serviço de apoio a sondagens liderado pela OMS para programas nacionais de DTN. Ainda assim, em alguns ambientes com estimativas da prevalência de TT com amplos intervalos de confiança, mostrou-se difícil saber em que momento o limiar da eliminação foi alcançado. A utilização de um processo sistemático de deteção de casos permitiu que os países assumissem uma posição definitiva sobre a cobertura geográfica e se mostrassem mais confiantes quanto ao alcance do limiar da eliminação. No entanto, os países depararam-se com dificuldades em encontrar as melhores formas de documentar a deteção de casos. Alguns salientaram que era muito difícil desenvolver novas abordagens durante a implementação. No Uganda, a equipa desenvolveu um método sistemático, utilizando o Excel, de documentar o processo de conduzir a deteção de casos porta a porta em distritos onde o objetivo de 0,2% não fora alcançado. Esta abordagem poderia ser adaptada ou inspirar o desenvolvimento de outras ferramentas para recolher informações relevantes para os contextos em causa. É necessária mais orientação e intercâmbio de experiências no terreno sobre as melhores formas de documentar a deteção de casos e como os países que entram na fase final devem documentar as últimas etapas.

"Ainda se debate a forma como confirmamos que realmente terminámos as cirurgias. Os dados dizem-nos uma coisa e a experiência diz-nos outra... A prevalência de TT geralmente não reflete o que está a acontecer no terreno. Por isso, desenvolvemos um processo para documentar sistematicamente que os pacientes estão a ser vigiados."
– Parceiro de Coordenação

©Siegfried Modola/Fundo do Jubileu de Diamante da Rainha Isabel

"A deteção de casos porta a porta tem sido fundamental para alcançar a cobertura completa e equitativa de um distrito." – Especialista Técnico Global

Lição n.º 4: As práticas preferenciais e diretrizes para a administração massiva de medicamentos conduziram a um progresso rápido, mas são necessárias práticas adaptadas a populações difíceis de alcançar

Os programas obtiveram um enorme sucesso no que respeita à implementação de campanhas de administração massiva de medicamentos e na colaboração com programas complementares que implementam campanhas de AMM. Este aspeto conduziu a um rápido progresso na redução da incidência do tracoma ativo. O elevado grau de qualidade e cobertura foi possibilitado por:

A adoção de práticas preferenciais da ICTC e de diretrizes da International Trachoma Initiative (ITI).

Formação abrangente
de supervisores de AMM e de distribuidores de medicamentos comunitários.

Microplaneamento eficaz
e apropriação do processo pelo distrito.

Supervisão de apoio:
Foram realizados workshops regionais de formação de formadores sobre supervisão de apoio, replicados em muitos países, como a Nigéria e a Etiópia.

Estratégias de mobilização social multifacetadas:
Na maioria dos países, foram utilizadas diferentes estratégias para mobilizar comunidades, aliando a comunicação de massas a uma educação de saúde seletiva e envolvendo líderes locais e religiosos em quem as pessoas confiavam. Na Etiópia, foram também utilizadas abordagens porta a porta baseadas no levantamento existente para alcançar a cobertura ideal.

Disseminação e adoção de diretrizes da ITI relativas à dosagem e administração da azitromicina:
Apesar de os efeitos adversos serem muito raros, foram comunicados alguns casos. A requalificação de supervisores e de distribuidores de medicamentos comunitários foi conduzida na Zâmbia para assegurar a adoção universal de práticas seguras durante a administração do Zithromax® a crianças (por exemplo, não bloquear o nariz durante a administração do medicamento).

Utilização de estratégias de absorção eficientes e de ferramentas para aumentar a cobertura
A necessidade de estratégias de absorção eficientes é reconhecida, pelo que foram desenvolvidas ferramentas para dar resposta a esta lacuna. Na Etiópia, foi desenvolvida uma ferramenta de supervisão rápida da cobertura pelo Ministério Federal da Saúde e pela OMS, com base numa ferramenta que é utilizada para outras DTN. A ferramenta presta apoio ao processo de validação para determinar se é necessária absorção.

Elevada aceitação do medicamento

O Zithromax® é bem aceite pelas populações. Na Nigéria, "as pessoas gostam do Zithromax®".

Boa coordenação com quem realiza AMM para outras doenças

(ver página 30)

Apesar do enorme sucesso das campanhas e da elevada cobertura da AMM em geral, persistem alguns desafios no que se refere a alcançar populações consideradas de difícil acesso. Entre estas contam-se as que se situam em locais remotos, populações nómadas com oportunidades limitadas para receber uma AMM eficaz e populações afetadas pelo deslocamento em cenários inseguros. No norte da Tanzânia, controlos por amostragem revelaram a presença de focos de tracoma ao nível subdistrital, ao passo que na Zâmbia o alcance da eliminação do tracoma na Província Ocidental permanece um desafio. Determinadas áreas apresentam uma configuração com parte, ou a totalidade, dos seguintes fatores de restrição à AMM: baixa densidade populacional, insegurança, ruas que podem estar intransitáveis durante parte do ano, inexistência de cobertura de rede móvel enquanto barreira a ajustamentos da campanha em tempo real, acesso difícil à água e condições ambientais problemáticas.

Identificar e documentar práticas inovadoras para servir populações difíceis de alcançar constitui ainda um trabalho em curso

No Chade, os programas adaptaram as estratégias para utilizar equipas móveis dedicadas, em lugar de voluntários comunitários, para chegar a populações nómadas em áreas vastas e difíceis de alcançar. Com o financiamento do DFID, a Coalition for Operational Research on Neglected Tropical Diseases está atualmente a apoiar vários projetos de investigação no terreno sobre o acesso equitativo à AMM para as DTN a nível mundial. Os programas futuros terão de utilizar esta base factual para adaptar as abordagens em função do contexto, como Estados frágeis ou sub-regiões com populações que estão de passagem.

"Os programas têm de envidar todos os esforços para localizar e educar grupos desfavorecidos [colaborando com os líderes locais e os profissionais de saúde comunitários] … Não irá acontecer automaticamente com as atividades principais." – Parceiro de Coordenação

Lição n.º 5: Tornar os progressos sustentáveis exige um investimento contínuo na higiene facial e melhoria ambiental e uma forte colaboração intersetorial

A abordagem estratégica de estabelecer parcerias e criar ligações com vários setores, incluindo o da Água, Saneamento e Higiene (WASH), o da educação e o da saúde em termos gerais, para incorporar mensagens relacionadas com o tracoma no trabalho em curso e apoiar o ambiente propício foi valorizada. Foi largamente reconhecido que a estratégia SAFE define claramente uma abordagem para integrar questões de higiene e saneamento relacionadas com o tracoma em programas existentes em lugar de criar um programa de higiene facial e melhoria ambiental específico para o tracoma. Nos países onde os programas estão operacionais, os agentes do setor WASH e da educação dão agora uma maior importância às suas respetivas funções na eliminação do tracoma.

Momento oportuno, experiência técnica e conhecimento da programação WASH

Em vários países, a implementação da componente de higiene facial e melhoria ambiental teve um início tardio e não teve tempo suficiente para exercer uma mudança significativa. Embora esta abordagem faseada não tenha sido por decisão estratégica, eram necessários tempo e recursos consideráveis para compreender o contexto operacional e desenvolver abordagens apropriadas. Verificou-se um consenso generalizado em como **o total das quatro componentes da SAFE deveriam ser implementadas a partir do início** e que este alinhamento era crucial para permitir que a higiene facial e a melhoria ambiental alcançassem resultados num período de tempo adequado e para criar as ligações intersetoriais necessárias para sustentar a eliminação.

"Todos os elementos [da estratégia SAFE] constituem um desafio. Mas estamos a subestimar o que necessita de ser feito para envolver os especialistas de higiene facial e melhoria ambiental... Se procuramos fazer todo este trabalho de novo, devemos começar pela higiene facial e melhoria ambiental porque esse é o elemento fundamental."
– Especialista Técnico Global

Entre os desafios iniciais contavam-se **uma limitação da capacidade técnica e do** conhecimento do setor WASH e da programação da mudança comportamental. Apesar de os parceiros de implementação de alguns países terem incluído organizações de WASH, a questão da higiene facial e melhoria ambiental era uma nova área para muitos parceiros de coordenação e implementação, que possuíam uma considerável experiência em cuidados oftalmológicos e prestação de serviços, mas menos experiência técnica e conhecimento do funcionamento do setor de WASH e de programas de mudança comportamental e de agentes no país. A experiência técnica surgiu mais tarde, ao nível do gestor da subvenção, o que foi altamente valorizado e utilizado. No entanto, foi problemático para duas pessoas prestarem apoio a mais de 30 parceiros de WASH em 10 países. Em alguns países, foram envolvidas com êxito reputadas ONG do setor de WASH como líderes técnicas, o que foi considerado um importante fator de sucesso. Sugeriu-se também que os parceiros de coordenação poderiam beneficiar da presença de consultores técnicos de WASH e de mudança comportamental na equipa, a fim de recrutar, apoiar e supervisionar mais eficazmente parceiros da área de higiene facial e melhoria ambiental. Existe uma necessidade de que todos os agentes compreendam de que forma as atividades de WASH e de mudança comportamental contribuem para o objetivo global.

"É o seu próprio setor, com a sua própria gíria e própria forma de fazer as coisas. Não tínhamos nenhum funcionário com experiência no setor de WASH ao nível nacional. Eles [consultores técnicos do setor de WASH ao nível do Gestor da Subvenção] estavam limitados porque estavam a apoiar um grande número de países. Para fazer as coisas de forma diferente, se temos de gerir todos estes diferentes parceiros – cinco organizações do setor de WASH –, seria bom contar, ao nível do Parceiro de Coordenação, com alguém que tivesse experiência de WASH na equipa. Provavelmente, perdemos algumas oportunidades de aperfeiçoar o programa porque se trata de um setor com o qual não estamos familiarizados."
– Parceiro de Coordenação

Estabelecer parcerias nas áreas da formulação de políticas, da estratégia e da comunicação

Foram seguidas diferentes abordagens ao estabelecimento de parcerias em atividades de higiene facial e melhoria ambiental em diferentes países. Estas incluíram envolver ONG de WASH como parceiras de implementação e trabalhar com ONG de DTN com experiência no setor de WASH. Entre as boas práticas identificadas e os progressos alcançados encontravam-se os seguintes:

- **Desenvolver estruturas aos níveis nacional e subnacional para a coordenação intersetorial e sensibilização:**
  Na Etiópia, foi criado um grupo de trabalho técnico de WASH-DTN que desenvolveu um kit de ferramentas que descreve as funções e as responsabilidades do nível nacional ao distrital; foi também nomeado um ponto focal de WASH no departamento de DTN. No Quénia, foram estabelecidas Task Forces Distritais do Tracoma a nível subnacional como extensões da Task Force Nacional do Tracoma, com representantes do governo e das ONG dos setores da saúde, da água e da educação. Estas equipas defendiam a atribuição de recursos e integração nos planos de desenvolvimento estratégico dos respetivos distritos, o que conduziu alguns distritos a atribuir recursos a infraestruturas hídricas.

- **Integrar o tracoma em estratégias, políticas e diretrizes do setor de WASH:**
  Por exemplo, na Tanzânia, as diretrizes nacionais do Saneamento Total Liderado pela Comunidade incluem agora comportamentos relacionados com o tracoma. No Malawi, a prevenção do tracoma está incluída nas estratégias nacionais para o WASH e a Defecação ao Ar Livre e diretrizes de Saneamento Total lideradas pela comunidades e pelas escolas. Anteriormente, a higiene facial não estava incluída na maioria das estruturas. Na Etiópia, foi lançado um programa de saúde escolar, intitulado "One wash", que inclui tópicos sobre saneamento, saúde, DTN e saúde ambiental.

- **Envolver os ministérios da educação para desenvolver programas escolares:**
  Em vários países, incluindo o Chade, a Etiópia, o Malawi, a Tanzânia e o Uganda, as mensagens relacionadas com o tracoma foram adicionadas ao programa nacional escolar de saúde e às diretrizes de saneamento. Na Etiópia, o programa colaborou com o Ministério da Educação no âmbito da conceção e implementação da intervenção de higiene facial e melhoria ambiental, envolvendo especialistas em educação da primeira infância para desenvolver uma abordagem inovadora dirigida às crianças em idade pré-escolar (ver página 23).

- **Desenvolver estratégias de comunicação da mudança comportamental através de um processo intersetorial:**
  No Chade, Etiópia e Uganda, foram criadas estratégias de comunicação da mudança comportamental e atividades de higiene facial e melhoria ambiental através de processos intersetoriais e colaborativos, o que contribuiu para criar consenso e aceitação entre todas as partes interessadas.

- **Estabelecer parcerias com especialistas em comunicação para desenvolver ferramentas de sensibilização:**
  No Uganda, foi elaborado um documentário em vídeo sobre o tracoma como ferramenta de sensibilização para uma maior atribuição de recursos e integração da comunicação sobre higiene facial e melhoria ambiental em programas de saúde distritais.

"É importante que eles sintam que incluir informações de higiene facial e melhoria ambiental relacionadas com o tracoma faz agora parte das atividades que realizam enquanto ONG de WASH."
– Parceiro de Coordenação

"Esta [colaboração] foi um resultado fundamental e provavelmente um esforço pioneiro para reunir vários setores. As abordagens multissetoriais são ainda relativamente novas, o que foi vital para conseguir a aceitação de outros setores e tirar partido dos seus pontos fortes."
– Responsável Nacional do Programa do Tracoma, Ministério da Saúde

Em alguns países, verificaram-se desafios iniciais na seleção e desenvolvimento de relações de trabalho com parceiros de WASH. Forram identificadas as seguintes boas práticas para uma parceria bem-sucedida:

- **Mostrar uma "atitude acolhedora" e alcançar o setor de WASH:**
  A comunidade do tracoma necessita de convencer o setor de WASH dos benefícios da colaboração, do que tem a ganhar com ela.
- **Valorizar a experiência dos parceiros de WASH:**
  Em alguns países, foi comunicado que as sugestões dos parceiros de WASH para desenvolver abordagens inovadoras ou adaptar práticas preferenciais não foram inicialmente apoiadas; alguns parceiros de coordenação salientaram que, por vezes, poderão ter recusado ou questionado os parceiros de WASH devido à limitação dos seus próprios conhecimentos técnicos.
- **Adquirir conhecimentos sobre as relações existentes entre ONG de WASH antes de selecionar os parceiros:**
  Foram identificados alguns erros iniciais de gestão do programa e de contratação num país, resultantes de um conhecimento insuficiente sobre as relações existentes entre as ONG de WASH locais.

"Trata-se de arranjar um lugar à mesa. Nós não somos especialistas nessa área [WASH], temos de saber quem são esses especialistas e convencê-los de que é benéfico colaborar connosco e verem o que podemos oferecer-lhes. Pensámos que seriam eles a vir ter connosco, mas agora sabemos que temos de ser nós a ir ter com eles e convencê-los a colaborar connosco. É a parte que tem demorado mais tempo e também a parte que é fundamental para a eliminação."
– Especialista Técnico Global

Entre os desafios adicionais que exigem mais atenção contam-se os seguintes:

- **Os parceiros aprenderam de forma prática no que respeita às parcerias na área da higiene facial e melhoria ambiental. Verificava-se uma clara necessidade de mais experiência técnica e orientação estruturada sobre a forma de desenvolver e sustentar colaborações intersetoriais relevantes:**
  No dia 31 de janeiro de 2019, foi lançado um novo kit de ferramentas desenvolvido pela OMS e pela Rede de ONG de Doenças Tropicais Negligenciadas, intitulado "WaSH and Health working together: a practical guide for NTD programmes" ("WASH e a Saúde a trabalhar em conjunto: um guia prático para programas de DTN"), que visa colmatar esta lacuna.[i]
- **A abordagem intersetorial dos programas à mudança comportamental e apoio do ambiente propício através de uma melhor coordenação foi considerada um ponto forte fundamental.**
  No entanto, alguns questionaram se a abordagem "flexível" era suficiente ou se as componentes "estruturais" (como infraestruturas físicas) deveriam também ser apoiadas.

[i] *WaSH and Health working together: a practical guide for NTD programmes.* https://www.who.int/water_sanitation_health/diseases-risks/diseases/wash-health-toolkit/en/

Em alguns casos, este aspeto poderá ter a ver com uma compreensão limitada da abordagem estratégica à higiene facial e melhoria ambiental dos programas, mas esta perspetiva refletia também a escassez de água que afetava algumas comunidades onde o tracoma é endémico.

- **São necessários mais dados sobre o que funciona bem e de que forma medir o sucesso**

Existe uma necessidade de investigação no terreno para aperfeiçoar as estratégias de comunicação da mudança comportamental que melhor funcionam em cada contexto e de analisar outras estratégias de higiene facial e melhoria ambiental, incluindo as formas mais eficazes de controlar as moscas. Embora as componentes S e A tenham sido bastante orientadas pelo resultado, o programa teve inicialmente dificuldades em medir o desempenho em termos de higiene facial e melhoria ambiental. Este aspeto melhorou na sequência da introdução de um quadro de monitorização e avaliação da higiene facial e melhoria ambiental, que forneceu indicadores específicos da higiene facial e melhoria ambiental. O debate e a definição de quais os indicadores mais úteis para monitorizar os progressos estão em curso.

"[Nós] ainda não sabemos o que é um bom programa de comunicação da mudança comportamental [de higiene facial e melhoria ambiental]. Como se mede? [...Existe um] grande debate sobre os indicadores."

– Especialista Técnico Global

Etiópia: uma abordagem inovadora à promoção da higiene facial e das mãos entre crianças em idade pré-escolar

Em Tigray, foi identificado que o programa escolar existente de higiene facial e melhoria ambiental era demasiado complexo para alunos com menos de 6 anos. Foi implementado um projeto-piloto de uma intervenção destinada a crianças de 4 e 5 anos recorrendo a métodos concebidos para envolver as crianças emocionalmente e incorporar comportamentos positivos nas rotinas das crianças. A abordagem foi desenvolvida em colaboração com um especialista em desenvolvimento da primeira infância. Envolvia a observação, por parte das crianças e dos professores, da lavagem do rosto e das mãos (utilizando espelhos e imagens de mãos e rostos) e a comunicação de mensagens-chave através da criação de uma personagem, "ToTo", para ensinar às crianças comportamentos saudáveis e permitir-lhes resolver problemas. Foram desenvolvidos quatro guiões diferentes com ToTo e os professores receberam formação sobre a forma de utilizar estes guiões e implementar esta abordagem. Representantes da escola e da comunidade receberam formação em conjunto enquanto unidade para promover o planeamento conjunto de atividades de melhoria da higiene e do saneamento. Foram realizadas reuniões mensais entre as escolas e as comunidades para identificar formas mediante as quais poderiam ajudar-se mutuamente. Os professores e os pais observaram melhorias significativas no comportamento das crianças.

"Antes, devido à situação (temos um clima frio e dificuldade em encontrar água), eu não prestava tanta atenção à higiene pessoal. Agora, como os meus filhos me pediram para lavarem as mãos e os rostos antes de irem para a escola, dizendo que era importante para a sua saúde, presto muito mais atenção à higiene."

– Pai de um aluno

Lição n.º 6: Alcançar a eliminação do tracoma exige uma concentração explícita na equidade

O princípio da equidade foi bem compreendido e a sua inclusão garantida na implementação do programa através de diferentes estratégias, em grande medida baseadas no contexto. Os programas nacionais tiveram de monitorizar e abordar vários aspetos da equidade associados à cobertura das intervenções do tracoma, como o género, fatores socioculturais e socioeconómicos ou de vulnerabilidade, o contexto da água e saneamento e, em alguns países, questões como a migração, as catástrofes e os conflitos.

Entre as principais boas práticas que contribuem para o acesso equitativo aos serviços contam-se as seguintes:

- **Recrutar mais mulheres** para as funções de localizador de casos de TT e de distribuidor de medicamentos comunitários.
- **Abordagens sistemáticas à deteção de casos,** recorrendo ao zonamento e às visitas porta a porta (ver página 16).
- **Reduzir as barreiras físicas e de custos** ao acesso a serviços de cirurgia para as pessoas mais vulneráveis, como os mais pobres, os idosos e as pessoas com deficiência. Na maioria dos países, a acessibilidade foi facilitada através de hospitais de campanha dedicados a cirurgias localizados perto das comunidades, serviços cirúrgicos gratuitos no ponto de utilização e assistência para transporte em serviços destinados aos idosos e pessoas com deficiência.
- **Foram realizadas anualmente reuniões transfronteiriças** para a Região da África Oriental para planear a melhor forma de alcançar populações nómadas através de hospitais de campanha conjuntos/coordenados, ações de acompanhamento e AMM.
- **Equipas móveis dedicadas** à AMM em áreas difíceis de alcançar (Chade) e para a cirurgia da triquíase, além de instalações temporárias e estáticas (Etiópia).

Tanzânia: alcançar as mulheres através de grupos de microfinanciamento

Na população Masai no norte da Tanzânia, os parceiros de implementação observaram que, historicamente, o número de mulheres que tinha acesso a cuidados oftalmológicos e serviços de cirurgia da triquíase era inferior ao de homens. Para abordar este desequilíbrio, o programa identificou e deu formação a membros do grupo de microfinanciamento na comunidade Masai para encorajar as mulheres da comunidade que sofriam de triquíase a procurar cirurgia. Os membros do grupo de microfinanciamento trabalharam como voluntários e receberam formação sobre a identificação de casos de triquíase e aconselhamento. As mulheres dos grupos que foram submetidas a cirurgia com êxito, conhecidas como embaixadoras do tracoma, foram utilizadas para sensibilizar e encorajar outras a utilizar os serviços disponíveis. Os grupos de microfinanciamento dispõem de sistemas e estruturas bem estabelecidos que facilitaram a deteção de casos. Os membros eram pessoas bem conhecidas e respeitadas nas suas comunidades e tinham muito orgulho em prestar apoio ao programa.

Os programas futuros devem considerar formas através das quais alcançar as seguintes populações e contextos a fim de assegurar que ninguém fica para trás:

- **Populações nómadas:**
  Muito foi feito para coordenar a prestação de serviços transfronteiriços para a AMM e o acompanhamento cirúrgico nos países da África Oriental, mas persistem desafios no acompanhamento pós-operação (ver página 14) e no alcance das populações nómadas noutros países.
- **Contextos menos estáveis:**
  Os programas centraram-se no trabalho em contextos relativamente estáveis como primeiro passo rumo à eliminação. Ainda nem todos os países vizinhos onde o tracoma é endémico conseguiram implementar programas do tracoma ativos. Estes contextos representam uma ameaça para os países onde o estado de eliminação foi alcançado.
- **Ajudar pessoas numa fase avançada da doença que já não podem beneficiar da cirurgia da triquíase:**
  Foi prestada pouca atenção à forma de melhor ajudar as pessoas cegas ou com deficiência visual profunda causada pelo tracoma. Que serviços podem ou devem receber estas pessoas?
- **Pós-eliminação:**
  Embora os países estejam a fazer esforços para planear e apoiar um acesso equitativo e inclusivo continuado à cirurgia da triquíase pós-eliminação, persistem preocupações quanto à forma como a acessibilidade e a viabilidade económica serão mantidas quando os serviços de cirurgia voltarem ao sistema de saúde de rotina (ver página 32).

©Ashley Gilbertson/VII/Fundo do Jubileu de Diamante da Rainha Isabel

CRIAR SISTEMAS DE SAÚDE PARA SUSTENTAR A ELIMINAÇÃO

©Jason J. Mulikita/Sightsavers

Lição n.º 7: Planear a sustentabilidade e o reforço dos sistemas de saúde desde o início

Os programas contribuíram para o reforço dos sistemas de saúde, o que foi considerado um progresso fundamental destas iniciativas. Verificou-se um amplo consenso em como a abordagem ao reforço dos sistemas de saúde deveria ser planeada a partir do primeiro dia, a fim de identificar plenamente oportunidades para conseguir o alcance e a manutenção do estado de eliminação. Tal poderia começar com o desenvolvimento de uma compreensão partilhada do que significa o reforço dos sistemas de saúde no contexto do tracoma. É necessário ponderar cuidadosamente a higiene facial e melhoria ambiental e os vários elementos de coordenação e integração necessários para apoiar a sustentabilidade.

"A abordagem ao reforço dos sistemas de saúde deveria ter sido mais deliberada e explícita, de preferência utilizando os elementos básicos da OMS para o reforço dos sistemas de saúde como pontos de entrada." – Especialista Técnico Global

Em alguns contextos, o trabalho no âmbito do reforço dos sistemas de saúde nem sempre foi explicitamente planeado desde o início. A decisão de identificar e apoiar algumas intervenções surgiu tardiamente, enquanto os países se preparavam para efetuar a transição dos programas de eliminação para os serviços de saúde de rotina. Embora os programas contribuíssem para a totalidade dos seis elementos básicos preconizados pela OMS para um sistema de saúde, o âmbito das intervenções de reforço do sistema tendia a centrar-se mais no reforço de capacidades de serviços de cirurgia da triquíase. São apresentados mais abaixo exemplos do que funcionou bem e do que poderia ter sido feito de forma diferente em três áreas-chave do reforço dos sistemas de saúde.

Reforçar as competências de governação e liderança

Os programas foram concebidos como iniciativas impulsionadas pelo ministério da saúde, implementadas para apoio dos planos de eliminação das DTN e do tracoma de um país. Foi consensual que, independentemente do contexto, o envolvimento na liderança e desenvolvimento da mesma são fundamentais para o sucesso dos programas de eliminação do tracoma. Entre as boas práticas para reforçar a governação e utilizar uma abordagem de planeamento à escala do sistema contavam-se as seguintes:

- Na Etiópia, a liderança nacional e o compromisso político foram fundamentais para o sucesso dos programas de eliminação do tracoma. Foi lançada a Iniciativa Fast Track, com importantes esforços de sensibilização aos níveis nacional e regional. O destacamento de pessoal aos níveis nacional, regional e zonal foi visto como uma boa prática fundamental, contribuindo para o sucesso do programa, especialmente no que respeita ao reforço e coordenação dos sistemas de saúde.
- No Quénia, o alargamento da Task Force Nacional do Tracoma ao nível subnacional por via das Task Forces Distritais do Tracoma estabeleceu uma ligação de governação eficaz para implementar o programa.
- A utilização de ferramentas acordadas e dignas de crédito para fins de planeamento, como o Quadro de Ação para o Reforço dos Sistemas de Saúde da OMS, que facilitou a análise coletiva da situação e a construção de consenso nas áreas a abordar em países como o Malawi e o Chade. No Quénia, o estabelecimento de grupos de trabalho temáticos liderados por ministérios alinhados com o Quadro da OMS foi também considerado uma abordagem de planeamento útil.
- Foram realizados workshops sobre liderança e gestão para a eliminação do tracoma com financiamento da ITI para gestores nacionais de programas parra as DTN/tracoma.

Num dos países, a liderança mostrou-se inconsistente devido, em parte, ao facto de o tracoma ter sido atribuído a diferentes estruturas de governação várias vezes.

"A liderança nacional é um fator-chave para garantir o sucesso dos programas de eliminação do tracoma. Em países onde a vontade política ou a liderança era fraca, os programas enfrentaram desafios."
– Especialista Técnico Global

"Mesmo que o sistema de saúde esteja muito bem desenvolvido, se houver um problema na liderança e na governação, não será possível fazer progressos. O sistema de saúde assenta na liderança."
– Especialista Técnico Global

Desenvolver recursos humanos qualificados para o longo prazo

Os programas investiram recursos consideráveis na formação dos diferentes quadros da força de trabalho da saúde, desde profissionais de saúde comunitários a cirurgiões, utilizando abordagens de seleção de estagiários orientadas para a retenção e abordagens de formação apoiadas por uma forte assistência técnica (ver página 12). Investir na formação de novos profissionais de cuidados oftalmológicos, mesmo que esta formação pudesse demorar nove a 12 meses, foi também fundamental em alguns contextos.

- Na maioria dos países, os profissionais de saúde comunitários receberam formação como localizadores de casos de triquíase, incluindo formação sobre informações relacionadas com cuidados oftalmológicos e competências de aconselhamento.
- Na Etiópia, todas as partes interessadas salientaram que o programa apoiara o reforço de capacidades a nível local, abrangendo todos os segmentos da comunidade (do nível comunitário ao distrital).
- No Uganda, uma visão de longo prazo e esforços de sensibilização por parte da liderança do país resultaram num forte impacto do programa no reforço do sistema de saúde ao nível distrital. O programa investiu num curso de formação de nove meses sobre a cirurgia da triquíase para o quadro existente de Responsáveis Clínicos de Oftalmologia ao nível distrital, permitindo que este grupo adquirisse exposição ao tracoma e outras doenças oculares através de uma participação contínua nos hospitais de campanha dedicados a cirurgias.
- No Chade, enfermeiros de cuidados gerais receberam formação durante 21 dias para trabalharem como cirurgiões de TT, com o apoio do parceiro de coordenação e do programa nacional, com base em diretrizes da OMS. Depois de obterem a certificação, assinaram contratos de um a três anos para se manterem no mesmo local, com base na prevalência de TT.

  "[O principal sucesso do programa foi] reforçar as capacidades do Ministério da Saúde e dos parceiros de implementação a fim de conseguirem prosseguir com o trabalho da TT após a implementação do projeto. Tanto ao nível comunitário como distrital e regional está disponível um grupo de recursos humanos com bons conhecimentos sobre o tracoma e abordagens de gestão. O Fundo/DFID ofereceu-se para dar formação a profissionais de cuidados oftalmológicos em distritos onde não havia nenhum para que pudessem depois receber formação em cirurgia, triagem e aconselhamento."
  – Parceiro de Implementação

No entanto, em pelo menos dois países, a seleção inicial de estagiários para localizadores de casos e cirurgiões não estava alinhada com as práticas preferenciais da ICTC ou com as necessidades de longo prazo para o planeamento de transição. Tal parecia dever-se a uma combinação de fatores, incluindo o reduzido conhecimento inicial e abordagens concorrentes entre os parceiros de implementação. Entre os erros do planeamento inicial contavam-se a ausência de formação a voluntários de saúde comunitários, oferecer incentivos a localizadores de casos e selecionar cirurgiões dos parceiros de implementação em lugar de funcionários do ministério da saúde. Embora estas abordagens tenham sido alteradas numa fase posterior do programa, este aspeto afetou a integração atempada das atividades do tracoma no sistema de saúde.

Utilizar dados e informações de saúde para a tomada de decisões

Verificava-se um consenso generalizado em como os programas eram baseados em dados e orientados por dados. Entre os exemplos de boas práticas e progressos alcançados encontravam-se os seguintes:

- Introdução de novos registos e ferramentas de recolha de dados e incorporação de dados oftalmológicos e cirúrgicos nos sistemas de informação de saúde distritais.
- Estabelecimento de métodos de levantamento da doença, atualização dos dados antigos, desenvolvimento de novas ferramentas para documentação da deteção de casos e recolha de informação para os processos.
- Análise dos comentários sobre garantia da qualidade das auditorias cirúrgicas, supervisão de apoio e outros dados do programa para melhorar o desempenho cirúrgico.
- Incentivo da utilização de dados ao nível distrital (localizadores de casos, cirurgiões de TT, levantamento distrital) a fim de planear a estratégia de análise.
- A liderança do ministério da saúde no processo de monitorização e avaliação melhorou a execução das decisões.
- Apoio à presença de gestores de dados ao nível distrital.
- Realização de pequenos estudos de investigação no terreno com resultados práticos.
- Partilha de experiência e dados nas reuniões de análise trimestrais e anuais e noutros fóruns.

No entanto, o desenvolvimento de competências e capacidades, tanto nos parceiros de implementação como nos funcionários do ministério da saúde, para interpretar, analisar e cruzar dados a fim de informar a tomada de decisões, em lugar de apenas "comunicá-los", permanece um trabalho em curso. Em alguns casos, a utilização de dados para a tomada de decisões ao nível nacional foi orientada por pedidos de consultores técnicos ou parceiros de coordenação. A compreensão e a interpretação de dados da sondagem foram particularmente problemáticas. Outras iniciativas de reforço de capacidades ao nível nacional poderão apoiar a utilização de dados para resolver problemas programáticos e tomar decisões de implementação.

Lição n.º 8: Uma abordagem vertical revelou-se eficaz, mas a integração irá contribuir para alcançar objetivos a longo prazo

Os fundos destes programas elevaram o tracoma a uma nova escala de operação, permitindo que muitos distritos alcançassem rapidamente limiares de transição através de uma abordagem eficiente e vertical. Embora uma abordagem vertical fosse considerada apropriada inicialmente, os participantes aperceberam-se da crescente importância da integração tanto com os cuidados oftalmológicos como com o setor de DTN à medida que os países alcançavam os limiares da eliminação.

"Temos de fazer mais no domínio dos cuidados oftalmológicos. O programa vertical tem o seu lugar, [mas] não estamos a fazer o suficiente no setor mais alargado dos cuidados oftalmológicos, não investindo o suficiente no setor de WASH para desenvolver esse setor. Esses resultados não são imediatos." – Parceiro de Coordenação

A forma como a integração é operacionalizada no setor das DTN e com os cuidados oftalmológicos diferiu bastante de país para país, com dados insuficientes sobre o que funciona melhor e em que contextos.

Embora as oportunidades de integração das atividades de eliminação do tracoma com outras DTN se revelassem algo limitadas, a abordagem geral de planeamento e coordenação como uma unidade de DTN foi considerada eficaz e eficiente. Os países têm sistemas diferentes no que se refere ao posicionamento do tracoma e da forma como é gerido, o que tem implicações na integração. Em países onde o tracoma pertence ao departamento das DTN e é supervisionado por uma task force de DTN bem coordenada, a colaboração parecia funcionar bem. Quando o tracoma era gerido por um departamento de cuidados oftalmológicos, a construção de uma colaboração entre os departamentos de oftalmologia e de DTN consumia frequentemente muito tempo e recursos. As realidades políticas limitavam frequentemente a capacidade de integração dos programas. Num dos países, observou-se que os esforços de eliminação do tracoma teriam progredido mais rapidamente caso o tracoma estivesse diretamente integrado no programa de DTN e não na unidade de cuidados oftalmológicos.

Existem exemplos positivos de integração ao longo de um ciclo contínuo:

A Etiópia realizou esforços concertados para integrar a AMM para diferentes DTN, desenvolvendo um plano nacional, um programa único de formação de distribuidores de medicamentos abrangendo todas as DTN e iniciando projetos-piloto de formação integrada para a AMM. No entanto, na prática, as oportunidades para integrar a distribuição foram limitadas pelos períodos determinados no calendário, a necessidade de manter normas e a cobertura da AMM para o tracoma, o impacto dos efeitos secundários de outros medicamentos na aceitação subsequente dos medicamentos e uma carga de trabalho intensiva dos distribuidores de medicamentos.

Na Nigéria, a colaboração com outras DTN facilitou a implementação em áreas inseguras.

"Em lugar de integração, atualmente temos uma melhor coordenação." – Representante do Ministério Federal da Saúde, Etiópia

A integração nas DTN foi também um fator-chave no apoio à implementação da higiene facial e melhoria ambiental,

em especial no que respeita aos esforços de sensibilização referentes à inclusão da lavagem do rosto nas intervenções de promoção da higiene. Na Etiópia, um fator de sucesso importante foi a contribuição de conhecimentos técnicos sobre WASH para o programa de DTN, bem como fóruns do DFID relativos à coordenação entre DTN e WASH.

"Faz sentido integrar o tracoma nas DTN em lugar dos cuidados oftalmológicos devido à complementaridade com a higiene facial e melhoria ambiental."
– Especialista Técnico Global

É necessária uma maior clareza e orientação quanto ao que deve ser integrado, como e quando. É necessário documentar experiências bem-sucedidas de integração com outras DTN, bem como práticas preferenciais para sustentar a integração relevante, no que respeita, por exemplo, à governação e mecanismos de responsabilização.

"À medida que nos aproximamos da eliminação do tracoma, verificamos que alguns aspetos do controlo do tracoma não necessitam de integração, ao passo que outros necessitam. Ajudar as pessoas a compreender o que deve ser integrado e o que não deve pode demorar bastante tempo."
– Especialista Técnico Global

©Aurelie Marrier d'Unienville/Fundo do Jubileu de Diamante da Rainha Isabel

Lição n.º 9: A transição é um processo, não um acontecimento

A eliminação do tracoma enquanto problema de saúde pública é determinada por limiares de prevalência ao nível distrital estabelecidos pela OMS (ou seja, prevalência da infeção do Tracoma Folicular [TF] e prevalência da TT). Quando a prevalência da TT ao nível distrital é inferior ao limiar de eliminação, os serviços dedicados de deteção de casos e de sensibilização podem ser descontinuados. "Transição" refere-se ao processo de preparar os distritos para gerir casos de triquíase no âmbito do sistema de saúde de rotina em conformidade com o sistema de validação da eliminação da OMS, passando de uma abordagem de saúde pública para uma abordagem clínica. À medida que as atividades de AMM são gradualmente reduzidas, a forma como as intervenções de promoção do saneamento e da higiene serão integradas em programas de sensibilização de saúde e WASH deve também ser claramente descrita; a transição dos elementos de higiene facial e melhoria ambiental constitui parte da abordagem estratégica desde o início. Além disso, as componentes de higiene facial e melhoria ambiental exigem uma parceria sólida para melhorar o acesso a infraestruturas e mais tempo para que os comportamentos possam mudar.

O planeamento de transição da TT constitui um exemplo valioso da forma como os programas reuniram e aplicaram a aprendizagem ao longo do percurso. Devido à velocidade da ampliação, muitos distritos alcançaram os limiares de eliminação rapidamente e os programas tiveram de planear a transição quando esta já estava a acontecer. Os membros da ICTC desenvolveram um conjunto de kits de ferramentas de transição para apoiar o planeamento deste processo, liderado pelo gestor da subvenção. Os kits de ferramentas cobriram o planeamento da TT, AMM e higiene facial e melhoria ambiental e basearam-se em experiências anteriores para benefício dos que iniciaram a transição mais tarde. A aprendizagem partilhada ao longo deste exercício relaciona-se maioritariamente com o kit de ferramentas de TT, lançado em 2019. As principais lições retiradas e as boas práticas identificadas são descritas abaixo.

Planeamento inicial a partir do início de um programa de eliminação

A sustentabilidade a longo prazo e a transição devem ser debatidas na fase de planeamento do programa. As partes interessadas a todos os níveis devem saber o que significa e envolve o planeamento da transição. O processo de transição deve decorrer ao longo de um período de tempo adequado para que os distritos não sintam que foram deixados para trás. Alguns parceiros salientaram que não estavam preparados para a retirada de financiamento externo quando os distritos alcançaram os limiares de eliminação.

Cultivar uma forte apropriação do processo de transição aos níveis nacional e subnacional

Quando se verificava um elevado envolvimento das partes interessadas, a transição desenrolava-se de forma mais fácil. A transição deve ser acionada eficazmente ao nível nacional, com um forte reconhecimento e comunicação de que chegou o seu momento. O nível subnacional pode então prosseguir com o processo iniciado ao nível nacional. O Malawi foi um dos primeiros países a efetuar a transição e demonstrou um modelo de liderança eficaz (ver página 33).

As abordagens ao cultivo da apropriação incluíam realizar reuniões de planeamento multissetorial com as partes interessadas e trabalhar com estruturas governamentais a todos os níveis.

"Tudo começa com a colaboração. Essa harmonia cria um ambiente propício para introduzir reuniões no início, quando as Equipas de Gestão da Saúde Distrital tomam conhecimento de que haverá um momento em que todos os serviços serão devolvidos ao distrito pelos Parceiros de Implementação. Desta forma, as autoridades distritais sentem que são respeitadas e que estes programas lhes pertencem." – Parceiro de Implementação

Comunicação e orientação regulares sobre o processo de transição

A comunicação clara e consistente ao longo de todo o programa, aliada à orientação prestada no terreno, foi importante tanto para preparar o terreno como para sustentar o apoio ao processo de transição. Este trabalho foi realizado, em grande parte, através de reuniões de planeamento aos níveis subnacionais, envolvendo líderes técnicos e políticos, parceiros de higiene do rosto e melhoria ambiental e entidades que continuarão a oferecer serviços pós-eliminação. Os principais elementos da comunicação estratégica foram:

- Partilhar dados do programa a fim de demonstrar os progressos alcançados, dotar as partes interessadas de dados relativos à eliminação e reconhecer as necessidades que persistem.
- Tranquilizar as equipas de saúde do distrito/região informando-as que a saída do programa não será um acontecimento repentino.
- Divulgar planos para a continuidade dos serviços a pacientes sem marcação no período pós-eliminação e transferir equipamentos e consumíveis para centros estáticos escolhidos pelos distritos.
- Comunicar "mensagens de transição" durante as fases finais de assistência, resultando em algumas recusas à aceitação da cirurgia durante a fase de ajustamento.
- Destacar a importância de prosseguir com a higiene facial e melhoria ambiental com o apoio dos outros agentes: "É aí que os ganhos serão sustentados."

Malawi: a liderança do Ministério da Saúde foi fundamental para uma transição bem-sucedida

No Malawi, os distritos alcançaram os limiares de eliminação do TF e da TT em 2018, o que resultou na necessidade de regressarem à prestação rotineira de serviços de saúde da abordagem de assistência do projeto.

Entre as principais boas práticas contavam-se as seguintes:

- Processo liderado pelo Ministério da Saúde: o ministério desencadeou o processo de transição através de uma carta do Chefe de Serviços de Saúde a todos os distritos. A transição não deve ser apenas efetuada ao nível distrital e inferior; deve começar ao nível nacional em termos de dados e gestão do projeto a fim de facilitar uma transição harmoniosa nos níveis inferiores.
- Envolvimento de todas as partes interessadas no planeamento da transição, incluindo as equipas de gestão da saúde distritais e as equipas de WASH distritais.
- O microplaneamento revelou várias lacunas ao nível distrital que foram abordadas e que resultaram no alcance dos objetivos do programa. O processo capacitou os distritos de forma a prepará-los para a transição. O microplaneamento foi encorajado para todas as componentes da SAFE. Foram fornecidos recursos aos membros da Task Force Nacional do Tracoma para apoiar os distritos nos processos de planeamento.

©Ashley Gilbertson/VII/Fundo do Jubileu de Diamante da Rainha Isabel

"A transição é um processo, não um acontecimento. Nos locais onde tratamos a transição como um processo, tudo corre muito melhor. Quando o processo é iniciado atempadamente, temos a oportunidade de trabalhar com o ministério e o sistema até se sentirem confortáveis." – Consultor Técnico Regional

Os kits de ferramentas de transição da ICTC oferecem recomendações não prescritivas sobre os tipos de decisões de planeamento que exigem ponderação e sugestão de atividades a realizar. Durante as primeiras reuniões de planeamento de transição num país, os profissionais de saúde distritais exprimiram alguma relutância face à transição. Oferecer aos funcionários de nível distrital a oportunidade de pensarem de forma criativa sobre como assegurar a continuidade dos serviços facilitou o envolvimento e o apoio ao processo.

Reforçar as ligações com os cuidados oftalmológicos de rotina

Para a TT, o processo de planeamento da localização de centros estáticos que serão apoiados no período pós-eliminação deve começar de imediato. Posteriormente, é possível estabelecer ligações com estes centros. Na Tanzânia, os parceiros procuraram estabelecer centros estáticos para a cirurgia da triquíase na fase inicial do programa, para que houvesse tempo para oferecer orientação nos centros estáticos enquanto o mesmo cirurgião realizava cirurgias noutros locais. As experiências do Malawi, do Uganda e da Tanzânia também destacaram a importância de transferir os equipamentos e consumíveis relevantes para os distritos a fim de assegurar a continuidade do programa. Alguns distritos mostraram-se relutantes face à transição após o alcance dos limiares de eliminação devido aos recursos limitados das unidades de saúde. A transferência de um conjunto inicial de instrumentos e consumíveis contribuiu para facilitar a transição. O processo de transição encontra-se ainda na fase de planeamento em muitos cenários. Entre os principais desafios que exigem uma atenção continuada contam-se os seguintes:

- **A dotação orçamental e libertação de verbas pelos ministérios, especialmente para o nível subnacional, exige tempo, esforços de sensibilização e planeamento.** Alguns países estão ainda muito dependentes dos doadores e sem qualquer financiamento nacional destinado ao controlo do tracoma.

  "Um dos principais desafios tem sido o facto de o governo (a todos os níveis) nunca ter libertado financiamento para apoiar o trabalho no âmbito do tracoma. É muito dependente dos doadores." – Parceiro de Coordenação

  "[A transição é] um debate que deve começar na fase inicial e deve reconhecer que os distritos e as províncias têm os seus próprios planos e orçamentos a cumprir. O debate surgiu no ano passado, mas era demasiado tarde para incluir quaisquer atividades nos planos de trabalho." – Parceiro de Coordenação

- **Incerteza em torno dos contratos públicos de aquisição de equipamentos e consumíveis para as cirurgias de TT, retenção de competências cirúrgicas a longo prazo e mobilidade dos pacientes encaminhados de áreas remotas para centros estáticos.** Em alguns contextos, não havia qualquer sistema de cuidados oftalmológicos existente apto a gerir a identificação e o tratamento de casos de triquíase.

  "Pressupõe-se que o distrito irá integrar-se no planeamento, mas, na maioria dos casos, é um processo muito político. Por exemplo, veja-se a utilização de materiais e consumíveis: assim que o programa termina, espera-se que seja o distrito a fornecê-los. No entanto, os orçamentos são muito limitados e os distritos têm muitas atividades a realizar." – Parceiro de Implementação

- **Em alguns países, resistência pelos cirurgiões e ONG ao processo de transição,** já que tal envolve uma perda de ajudas de custo e de financiamento.

  "O ajustamento é difícil, já que temos de gerir as expetativas dos parceiros que esperavam um envolvimento de maior duração ou que passaram a depender da larga escala para potenciar os seus próprios contributos." – Representante do Ministério da Saúde

- **O arranque tardio da componente de higiene facial e melhoria ambiental e a integração limitada do trabalho de higiene facial e melhoria ambiental nos programas de WASH em curso causou atrasos no planeamento do processo de transição.** O conceito de transição em si não é especialmente relevante para o setor de WASH e a comunicação poderia antes centrar-se na sustentabilidade e na prossecução de um bom desenvolvimento. A diferença de perspetiva poderá necessitar de ser mais trabalhada na comunicação relativa ao planeamento do processo de transição com os parceiros de WASH.

UM MODELO DE PARCERIA ÚNICO

Lição n.º 10: Uma parceria acrescenta valor através da extensão do alcance do programa e da partilha da aprendizagem

Uma estratégia e objetivo comuns proporcionam uma base fundamental para a colaboração

Este programa foi construído com base num conjunto complexo de relações entre dois doadores, uma coligação de várias partes interessadas, 10 ministérios da saúde e inúmeras ONG. Verificava-se um consenso generalizado de que o sucesso deste programa começava pelo topo, com a ICTC. Os fatores fundamentais que propiciam uma colaboração bem-sucedida nesta larga escala foram os seguintes:

- **Um objetivo e estratégia claros:** Uma visão partilhada e um roteiro claro do caminho a percorrer para alcançar o objetivo, tanto a nível estratégico como operacional.
- **O envolvimento de agentes a longo prazo:** A maioria dos parceiros já está envolvida há algum tempo na política e implementação do tracoma, o que gerou familiaridade, confiança e respeito entre os parceiros.
- **Liderança eficaz e personalidades colegiais:** Fortes relações pessoais e um respeito mútuo entre a liderança e outros agentes do programa proporcionaram uma liderança eficaz.
- **O modelo de parceria da ICTC:** Uma coligação inclusiva de agentes fortemente envolvidos no trabalho no âmbito do tracoma, dispostos a comprometerem-se para alcançar uma meta comum em lugar de concorrerem entre si.

"Eles têm uma liderança verdadeiramente forte e clara. Bom apoio da OMS. Clareza da visão das organizações principais. Existe um objetivo e estratégia estabelecidos, toda a gente está a trabalhar no mesmo sentido, seguindo a mesma forma." – Doador

Tirar partido dos pontos fortes dos parceiros e das relações a longo prazo no país

A parceria foi amplamente percecionada como um acréscimo de valor aos programas por alargar o alcance (entre países e no interior dos mesmos), facilitar o acesso aos melhores conhecimentos técnicos disponíveis e gerar abordagens coordenadas para alcançar populações transfronteiriças. O mecanismo do parceiro de coordenação, em especial, foi considerado uma boa prática, facilitando o acesso a apoio técnico e aliviando o fardo da transmissão de informação dos parceiros individuais, permitindo-lhes centrarem-se na implementação do programa. No entanto, o sucesso variava de acordo com o nível de envolvimento, recursos, presença no país e abordagem à função (por exemplo, colaborativa por oposição a impositiva) do parceiro de coordenação.

"As sedes de alguns parceiros ofereceram pouco apoio e supervisão às suas delegações nos países, ao passo que outras não deixaram os seus funcionários no país ter qualquer voto na matéria – ambas as situações limitaram o envolvimento no país." – Especialista Técnico Global

Alguns países tiveram dificuldades em compreender as diferentes funções e a forma de maximizar os benefícios do contributo de cada parceiro.

Num país, o parceiro de coordenação não era um parceiro de implementação, o que aumentou a confusão na fase inicial.

"Apesar de a colaboração e as parcerias terem sido fundamentais para o programa alcançar os seus objetivos, a compreensão e implementação deste aspeto do programa variou bastante de país para país e por vezes até no interior dos países." – Especialista Técnico Global

O valor e a importância de respeitar as relações de longa data dos parceiros de implementação no país foram também salientados, em conjunto com as vantagens que estes fatores proporcionaram em termos de política nacional, cobertura geográfica, processos de contratação pública e sustentabilidade.

Uma cultura de parceria centrada não na competição, mas na colaboração para o alcance de um objetivo comum

Em alguns países, os programas contribuíram significativamente para alterar a orientação da cultura de parceria da perspetiva da competição para a de colaboração. A liderança do ministério da saúde, um papel claro do parceiro de coordenação, uma estratégia comum e práticas preferenciais, além de oportunidades de partilha de aprendizagens e de experiências, foram boas práticas que permitiram esta mudança. Uma colaboração eficaz foi frequentemente identificada como fator fundamental para alcançar os resultados do programa.

"Um dos principais sucessos tem sido este modelo de parceria único em si, já que permitiu que as principais partes interessadas trabalhassem em colaboração e não em competição. Promoveu um bom ambiente de trabalho e de parceria, permitindo planear em conjunto e partilhar experiências." – Parceiro de Coordenação

Em países onde a liderança nacional do tracoma era pouco clara, os parceiros de implementação por vezes apresentavam uma atitude protetora. Nestes contextos, as lacunas de coordenação e comunicação com um amplo leque de parceiros de implementação por vezes limitavam os progressos.

Promover a aprendizagem através de fóruns regulares e estruturados

As reuniões trimestrais e anuais de análise das partes interessadas no país foram de enorme valor para a partilha de aprendizagens e a definição de abordagens estratégicas comuns entre parceiros, incluindo o desenvolvimento de uma compreensão partilhada das práticas preferenciais da ICTC e da sua adaptação e adoção. Na maioria dos países, estas reuniões foram plenamente integradas na Task Force Nacional do Tracoma.

"A vantagem deste financiamento consistia na obrigação de realizar reuniões trimestrais. Para quem está fora da capital a participação numa reunião da task force é muito dispendiosa. Ter financiamento disponível para poder participar em reuniões da task force […], estar na mesma sala e poder debater as questões… As pessoas aprenderam umas com as outras." – Parceiro de Coordenação

O programa também apoiou outros fóruns de partilha de experiências. Por exemplo, no Uganda foram realizadas reuniões de análise entre os cirurgiões para avaliar os progressos alcançados face a objetivos, desafios e soluções de eliminação. No Malawi e noutros países, foram realizadas visitas de intercâmbio entre os parceiros de implementação. Os programas utilizaram também fóruns regionais existentes, como o Encontro Regional do Tracoma da África Oriental, para facilitar o planeamento do programa transfronteiriço.

"A realização de reuniões de aprendizagem e visitas entre os parceiros de implementação foi muito eficaz. […] Através da promoção de visitas de intercâmbio, os parceiros aprenderam e mostraram-se aptos a partilhar desafios e soluções de forma objetiva, com base num contexto particular. O sucesso destas reuniões deve-se à utilização das práticas preferidas da ICTC, que serviram de base para os comentários e sugestões fornecidos." – Parceiro de Coordenação

Foi salientado que havia uma oportunidade de aumentar o valor destes fóruns proporcionando mais espaço aos funcionários de implementação. Outras oportunidades para partilhar experiências e aprendizagens ao nível global foram também referidas como uma área a melhorar.

"Encontrar espaço e orçamento para que os funcionários de nível intermédio possam participar em reuniões – é aqui que realmente se consegue a polinização cruzada e a partilha de lições."
– Parceiro de Coordenação

©Rob Beechey/Fundo do Jubileu de Diamante da Rainha Isabel

RESUMO DAS PRINCIPAIS LIÇÕES

©Rob Beechey/Fundo do Jubileu de Diamante da Rainha Isabel

Eliminação do tracoma: o caminho para o sucesso

Graças a uma escala de apoio financeiro sem precedentes e a um modelo de parceria único e eficaz, os programas alcançaram progressos significativos na eliminação do tracoma nas áreas onde foram implementados. Este esforço foi possibilitado por uma abordagem comum e coerente à execução, facilitada pelo modelo de parceria inclusiva da ICTC e liderada pelos ministérios da saúde ao nível nacional.

A adoção de diretrizes normalizadas e das práticas preferenciais da ICTC foi fundamental para o progresso.

A integração foi facilitada pela liderança do ministério da saúde, a melhor assistência técnica disponível e fóruns para partilha de experiências. Nos vários países, verificaram-se fortes indícios de aceitação de uma abordagem de garantia da qualidade multifacetada para melhorar o desempenho cirúrgico e as medidas de qualidade são agora vistas como uma componente fundamental da implementação do programa. A introdução de abordagens sistemáticas de deteção de casos foi uma mudança fundamental para alcançar todas as pessoas necessitadas de serviços de cirurgia da triquíase. Uma abordagem porta a porta, abrangendo uma zona administrativa inteira, foi crucial para gerar dados sólidos sobre a cobertura e assegurar que os pacientes de TT mais vulneráveis fossem alcançados e beneficiassem da oportunidade de aceder aos serviços. As práticas preferenciais da ICTC para garantir uma elevada cobertura da AMM foram generalizadamente adotadas e revelaram-se eficazes, chegando a cobertura a pelo menos 80% da população-alvo na vasta maioria das unidades de avaliação. Os programas trabalharam na execução de intervenções eficazes de higiene facial e melhoria ambiental, no desenvolvimento de novas parcerias com os setores de WASH e da educação e na introdução de abordagens estratégicas à implementação da comunicação da mudança comportamental, baseada em conhecimentos técnicos. Os comportamentos relacionados com o tracoma, como a lavagem do rosto, foram agora incluídos em muitas políticas e estratégias nacionais de WASH.

O reforço dos sistemas de saúde foi considerado um progresso importante, com a implementação de elementos básicos fundamentais para apoiar a integração do sistema de saúde a longo prazo em alguns contextos.

Sob a liderança dos ministérios da saúde, os programas reforçaram capacidades a todos os níveis dos sistemas de saúde, aperfeiçoaram a utilização de dados e informação e melhoraram a disponibilização e gestão de medicamentos. A rápida ampliação permitiu que muitos distritos alcançassem os limiares de eliminação em pouco tempo. Foram desenvolvidos kits de ferramentas de transição da ICTC e muitos distritos iniciaram um processo de transição para uma ou mais componentes da estratégia SAFE.

A parceria acrescentou valor através da extensão do alcance do programa e da partilha da aprendizagem.

A colaboração bem-sucedida foi possibilitada por um objetivo e estratégia claros, o envolvimento de agentes a longo prazo, uma liderança eficaz e o modelo de parceria inclusivo da ICTC. A parceria permitiu que os programas tirassem partido dos pontos fortes dos parceiros e das relações a longo prazo dentro dos países. Além disso, em alguns países, considerou-se que os programas contribuíram significativamente para alterar a orientação da cultura de parceria da perspetiva da competição para a de colaboração para o alcance de um objetivo comum. A promoção da aprendizagem através de fóruns regulares e estruturados apoiou a implementação, adoção e adaptação de abordagens estratégicas.

Considerações futuras

A fim de sustentar estes ganhos e continuar a apoiar os países nos seus esforços de eliminação do tracoma, várias áreas estratégicas exigem uma atenção continuada no futuro. Grupos de trabalho da ICTC e da Rede das ONG das Doenças Tropicais Negligenciadas estão atualmente a abordar muitos destes desafios, incluindo através da documentação de novas práticas preferenciais da ICTC.

Lições para a implementação da estratégia SAFE

Reforçar as parcerias entre a saúde ambiental, o setor de WASH e as DTN. Através das parcerias, continuar a expandir a qualidade e a cobertura das intervenções de higiene facial e melhoria ambiental em todas as áreas-alvo com base em dados. Apoiar a integração do novo kit de ferramentas, "WaSH and Health working together: a practical guide for NTD programmes" ("WASH e a Saúde a trabalhar em conjunto: um guia prático para programas de DTN"), a fim de desenvolver e sustentar colaborações intersetoriais relevantes.

Desenvolver estratégias à medida, com base nos dados do programa e conclusões de investigação no terreno, a fim de chegar às pessoas mais difíceis de alcançar, em particular as populações nómadas e as que vivem em contextos menos estáveis.

Refletir sobre a melhor forma de abordar as necessidades das pessoas cegas ou com deficiência visual profunda e que já não podem beneficiar da cirurgia da triquíase.

Continuar a investir em reuniões de análise trimestrais a fim de aumentar a integração das práticas preferenciais da ICTC e reforçar a apropriação pelo país para prosseguir com este diálogo entre todos os ministérios e partes interessadas relevantes.

Continuar a investir no reforço de capacidades dos funcionários do país no que se refere à utilização de dados para a tomada de decisões e comunicação e aumentar a responsabilização pela tomada de decisões com base em dados e cumprimento das práticas preferenciais.

Desenvolver a base factual para reforçar as abordagens de comunicação da mudança comportamental, identificar as intervenções de água e saneamento mais adequadas e medir o sucesso.

As práticas preferenciais e diretrizes relativas à cirurgia deveriam abordar as oportunidades de supervisão de apoio remota, a utilização de quadros de nível inferior como supervisores de apoio e as abordagens de incentivo a consultas de acompanhamento no período de três a seis meses que se segue à operação.

Considerações futuras

Lições para alcançar transições bem-sucedidas e a sustentabilidade

A transição é um processo, não um acontecimento. A transição exige planeamento precoce, apropriação e comunicação e ligação claras com cuidados oftalmológicos de rotina.

Reconhecer o sucesso de uma abordagem vertical inicial, mas também que a integração – com o setor da saúde em termos gerais (programas de DTN e cuidados oftalmológicos de rotina), os setores de WASH e da educação – **exigirá mais atenção no futuro.**

Reforçar o apoio ao desenvolvimento de estratégias sensíveis à equidade enquanto parte do planeamento de transição a fim de assegurar a prestação de serviços equitativos no período pós-eliminação (por exemplo, mobilidade, acesso a centros estáticos). Utilizar os dados e a aprendizagem existente sobre as melhores abordagens para fomentar o apoio financeiro e a nível político para serviços oftalmológicos orientados para a equidade.

Partilhar a aprendizagem e coordenar com outros programas de DTN e comunidades para um maior impacto. Continuar a identificar oportunidades e realizar abordagens-piloto para melhorar a integração das DTN, a coordenação e o alinhamento dos programas e intervenções de eliminação das DTN.

Ponderar estratégias adicionais para manter a capacidade cirúrgica através do recrutamento, desenvolvimento profissional e retenção de profissionais de saúde.

Aprofundar a documentação de experiências no terreno através da deteção de casos sistemática, incluindo exemplos da forma como documentar esforços de deteção de casos para contribuir para a preparação do processo do tracoma para validação pela OMS.

Testar e documentar estratégias para manter a garantia da qualidade à medida que os programas efetuam a transição para os serviços oftalmológicos de rotina.

Fotografias da capa e da contracapa ©Rob Beechey/Fundo do Jubileu de Diamante da Rainha Isabel
Número de registo de instituição de solidariedade da Sightsavers: 207544

The Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust

Sightsavers

ICTC International Coalition for Trachoma Control

UKaid from the British people