

Doença antiga, nova ameaça: erradicar a cólera

Tirar partido
de melhorias
sustentáveis
no acesso
à água,
saneamento
e higiene para
erradicar a
cólera



WaterAid/Chileshe Chanda



WaterAid

A cólera é uma doença de desigualdade, um indicador de más condições de vida, frequentemente caracterizadas por falta de água, saneamento e higiene (ASH). *Doença antiga, nova ameaça*, concluído em Fevereiro de 2020, teve como objectivo lançar luz sobre esta doença histórica, que continua a constituir uma nova ameaça entre as populações mais vulneráveis.

O mundo confronta-se hoje com a pandemia da COVID-19, a qual exacerbou múltiplas dimensões da desigualdade: a economia, a qualidade dos cuidados de saúde e o acesso à ASH. A higiene das mãos foi reconhecida nas orientações da OMS como a primeira linha de defesa contra a COVID-19 e tem constituído desde sempre uma medida de prevenção crítica contra a cólera e outras doenças. Chegou o momento de tomar medidas em matéria de ASH que não comprometam o futuro, a fim de criar resiliência e não deixar ninguém esquecido.



Recomendações

- Os governos nos países com taxas de incidência elevadas devem tornar a cólera numa prioridade de saúde pública, que exige acção da parte de vários sectores através do reforço de plataformas de coordenação multilaterais, sob a liderança das mais altas esferas do Estado.
- Os países afectados por surtos regulares de cólera devem actualizar os seus planos nacionais, em conformidade com o novo roteiro global para a erradicação da cólera.
- Os governos e os parceiros devem reforçar os sistemas de dados e identificar as populações mais em risco de contrair cólera, a fim de garantir progressivamente uma melhor orientação para focos de crise por meio de intervenções de controlo da cólera prioritárias e integradas.
- Para alcançar melhorias sustentáveis a longo prazo da ASH, o sector de ASH nos países afectados pela cólera deve dar prioridade e atenção aos focos de crise de cólera.
- Os governos devem ir mais longe do que medidas de controlo de emergência e desenvolver planos que integrem melhorias de longo prazo nos sistemas de ASH.
- Os intervenientes do sector de ASH devem constituir uma parte integrante do desenvolvimento de planos de cólera e envolver-se activamente em reuniões e plataformas de coordenação regulares aos níveis nacional, provincial e local.
- Devem ser incluídos nos orçamentos para o controlo e a prevenção da cólera os custos com a melhoria das infra-estruturas e dos comportamentos em matéria de ASH, tanto ao nível dos agregados familiares/comunidades como das instituições.
- Todos os planos nacionais devem incluir um quadro de execução circunstanciado, com actividades essenciais, indicadores e metas, juntamente com calendários específicos.

Índice

Introdução	4
Finalidade do estudo	4
Metodologia	5
Conclusões	6
Características dos planos	8
Secção 1: Ambiente propício à acção multi-sectorial	9
a) Liderança e coordenação políticas	9
b) Alinhamento com o programa <i>Erradicar a cólera – um roteiro global até 2030</i>	10
c) Identificação de focos de crise de cólera	10
Recomendações	11
Estudo de caso: Liderança e financiamento do Plano integral para a eliminação da cólera da Zâmbia (2018/19–2027/28)	12
Secção 2: Integração da ASH no controlo e prevenção da cólera	13
a) Prestação de serviços de ASH sustentáveis e completos	13
b) Funções dos intervenientes do sector da ASH no controlo e prevenção da cólera	14
c) Orçamento para intervenções relacionadas com a ASH	15
d) Integração das intervenções de ASH na Vacinação Oral contra a Cólera	16
e) Quadro de execução	16
Estudo de caso: Envolvimento do sector da ASH no plano de acção estratégico nacional para o controlo da cólera da Nigéria (2018–2023)	17
Conclusão	18
Agradecimentos	19
Referências	19



Introdução

A presença continuada da cólera no século XXI lembra-nos de forma dramática as enormes desigualdades que persistem a nível mundial nos países e entre estes no que diz respeito ao acesso a ASH.

Associada à desigualdade, a cólera é uma doença diarreica aguda que afecta desproporcionalmente as comunidades mais pobres e vulneráveis, em particular aquelas que não têm acesso a serviços básicos de ASH. Os casos de cólera estão a aumentar em todo o mundo, com surtos cada vez mais graves e prolongados, agravados pelas alterações climáticas, a urbanização, a migração e os conflitos. Em 2018, foram notificados à Organização Mundial da Saúde (OMS) quase 500 000 casos de cólera e perto de 3000 mortes. No entanto, estes números representam uma sub-estimativa significativa do verdadeiro peso da doença, em virtude das debilidades dos sistemas de vigilância e da ausência de informações oficiais por parte de alguns países.¹ Com efeito, as estimativas avançadas pelos investigadores sugerem números muito mais elevados, com uma ocorrência anual de cerca de 2,9 milhões de casos e 95 000 mortes por cólera a nível mundial.²

Ao contrário de muitas doenças, os surtos de cólera são, em grande medida, previsíveis e inteiramente evitáveis. A cólera ocorre, em regra, em zonas geográficas relativamente pequenas, designadas “focos de crise”, em que a doença persiste ou reaparece com regularidade.* Por exemplo, na África subsariana, 90% da incidência da cólera concentra-se em focos de crise, representando aproximadamente 4% da população total.³

Este facto torna o objectivo de erradicar a cólera concretizável através de esforços concertados para melhorar o acesso à ASH, em conjunto com outras intervenções fundamentais de controlo da cólera, direccionadas para os focos de crise.

Em resposta à ameaça crescente à saúde pública que a cólera representa, o grupo de missão global para o controlo da cólera (GMGCC) lançou um novo roteiro para a erradicação da cólera até 2030, com o objectivo de reduzir a mortalidade causada pela cólera em 90% e de eliminar a doença em 20 países.⁴

O novo roteiro global para a erradicação da cólera até 2030 compreende três eixos interligados:

1. Detecção precoce e resposta rápida para conter os surtos.
2. Uma abordagem multi-sectorial direccionada para evitar a recorrência da cólera.
3. Um mecanismo de coordenação eficaz para efeitos de apoio técnico, defesa, mobilização de recursos e parcerias aos níveis local e global.

É essencial para a consecução do roteiro global uma resposta coordenada e multi-sectorial aos níveis nacional e infranacional. Os esforços de erradicação da cólera até à data têm-se centrado tradicionalmente em respostas reactivas de curto prazo a surtos, com atenção insuficiente à prevenção a longo prazo, incluindo a atribuição adequada de prioridades a melhorias dos serviços sustentáveis de ASH.

**Definições de vigilância da cólera, GMGCC – Os focos de crise de cólera são áreas geográficas relativamente pequenas (cidade, nível administrativo 2 ou área de abrangência dos distritos sanitários) onde as condições ambientais, culturais e/ou socioeconómicas facilitam a transmissão da doença e onde a cólera persiste ou reaparece regularmente. Os focos de crise desempenham um papel central na propagação da doença a outras áreas (GMGCC).*



WaterAid/Mani Karmacharya

Finalidade do estudo

Dois anos após o lançamento do roteiro global, é importante entender os progressos feitos no sentido da sua aplicação a nível nacional nos países com elevadas taxas de incidência, por forma a permitir colmatar lacunas, fazer face aos desafios e estabelecer medidas prioritárias.

Neste sentido, o presente estudo visa analisar em que medida os planos novos e existentes (incluindo os planos nacionais para a cólera [PNC] ou as estratégias de prevenção e controlo e, sempre que não estejam disponíveis PNC, os planos de preparação e resposta) impulsionam uma abordagem multi-sectorial à erradicação da cólera. Em particular, a análise centra-se em dois aspectos: o ambiente propício necessário para apoiar abordagens intersectoriais entre os sectores da saúde, da ASH e outros sectores e o grau em que as melhorias dos serviços sustentáveis de ASH a longo prazo são tornadas prioritárias e integradas nos esforços de controlo da cólera.

Metodologia

O estudo analisou os planos nacionais nos países afectados pela cólera onde a WaterAid trabalha, para avaliar até que ponto a ASH está integrada e é coordenada juntamente com outras intervenções de controlo da cólera. Os planos foram analisados com base em nove critérios relacionados com a ASH e em quatro critérios relacionados com o ambiente propício e a liderança mais gerais, necessários para apoiar e impulsionar uma resposta multi-sectorial. Foi analisado um total de 13 planos, incluindo PNC, estratégias de prevenção e controlo e planos de preparação e resposta. Os planos foram então classificados utilizando uma análise de semáforo em relação a cada um dos 13 critérios, em que verde indicava sim/bem integrado; amarelo, parcialmente; e vermelho, a necessidade de realizar mais progressos.

Conclusões

Critérios*	País	Bangladeche	Gana	Malavi	Mali	Moçambique
Acesso pelo menos a água potável básica						
Acesso pelo menos a saneamento básico						
Focos de crise/populações-chave em risco identificados?						
Plano em conformidade com o roteiro global do GMGCC para a erradicação da cólera?						
Liderança da cólera sob tutela do Gabinete da Presidência/Primeiro-Ministro?						
Existe coordenação multi-sectorial e multilateral das doenças infecciosas?						
Ministérios de tutela da ASH envolvidos no grupo de missão nacional para a cólera/em estruturas de coordenação?						
A WASH está incluída na análise contextual/situacional?						
O objectivo da ASH está incluído nos objectivos mais amplos/fundamentais do plano?						
Incluídas intervenções de ASH abrangentes?						
Funções e responsabilidades da ASH definidas?						
Indicadores e metas da ASH incluídos?						
Orçamento da ASH incluído?						
Abordagens integradas de ASH e VOC definidas?						
Plano de execução circunstanciado incluído?						

*Ver na página 8 os planos nacionais para a cólera incluídos nesta análise

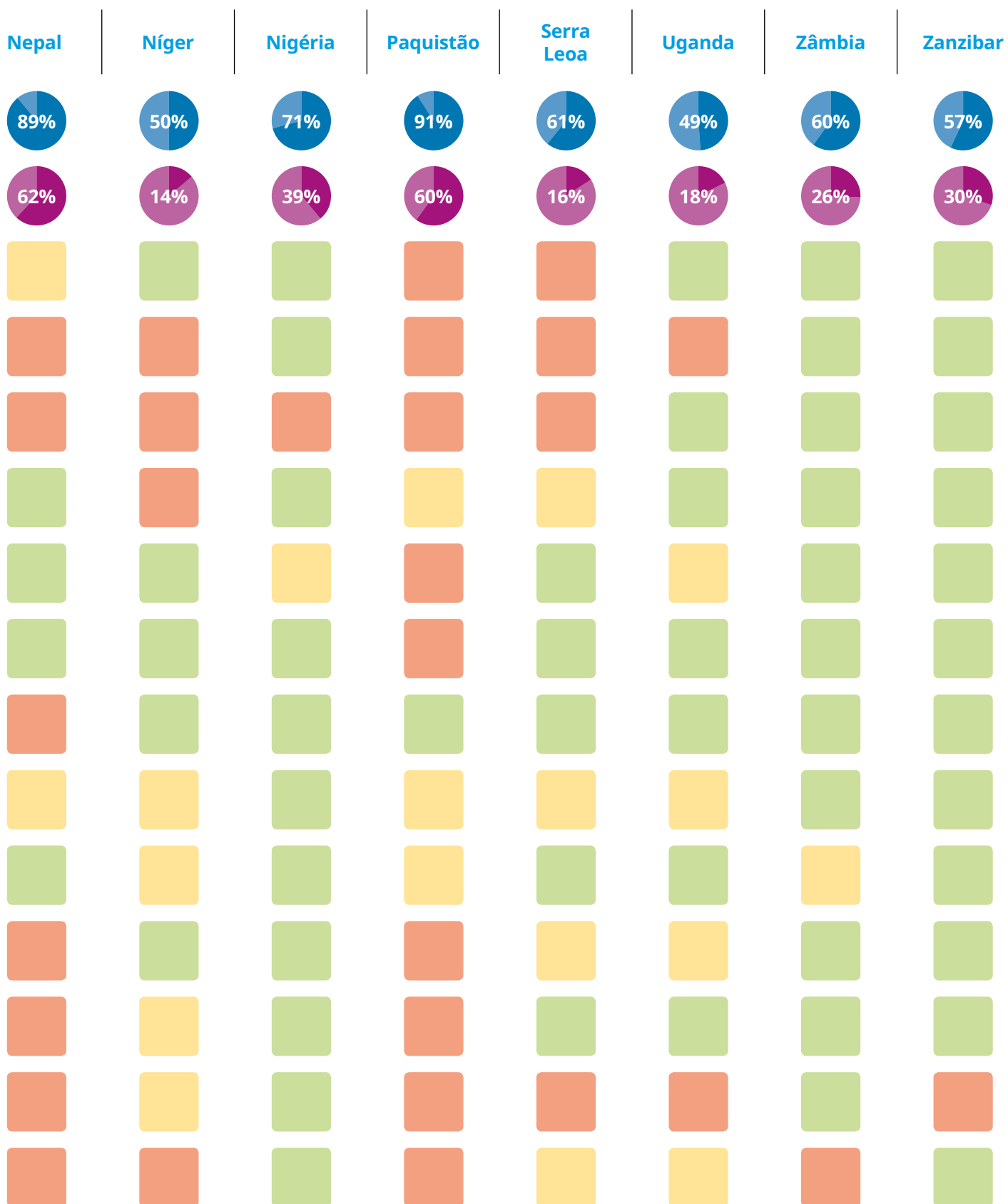
Legenda

■ Bem integrado

■ Requer melhorias

■ Parcialmente integrado

■ Informações desconhecidas/
insuficientes



Características dos planos

As diferenças na epidemiologia da cólera levaram ao desenvolvimento de duas grandes categorias de planos para a cólera: os mais centrados na resposta a surtos e na preparação para emergências (como no Gana e em Moçambique) e outros mais direccionados para a prevenção e a eliminação da cólera a longo prazo (como na Zâmbia ou em Zanzibar). Dos 13 países incluídos na análise, quatro países (Gana, Moçambique, Nepal, Paquistão) tinham planos de resposta a surtos, enquanto nove tinham planos de prevenção a longo prazo mais abrangentes.

Os 13 países incluídos na análise enfrentam há muitos anos surtos regulares e repetidos de cólera. Este problema põe em causa a necessidade de estes países terem planos de mais longo prazo que vão além das necessidades de resposta imediata e incluem as acções, estruturas e mecanismos necessários para planejar e aplicar abordagens sustentáveis de longo prazo à prevenção da cólera. De acordo com os três eixos do roteiro global, os planos devem incluir: uma secção sobre a resposta a surtos, associada a uma estratégia mais ampla para evitar a recorrência da doença ao longo do tempo; e os mecanismos de coordenação necessários para apoiar uma abordagem multi-sectorial abrangente.

Planos de cólera avaliados

Bangladeche: *Plano nacional de controlo da cólera para o Bangladeche 2019-2030 (junho de 2019) – versão preliminar.*

Gana: *Procedimentos operacionais normalizados para a prevenção e controlo da cólera no Gana – versão preliminar (segunda edição, abril de 2016).*

Malavi: *Plano nacional de prevenção e controlo da cólera (2017) – versão preliminar 3.0.*

Mali: *Plan national triennal de prevention et de riposte contre le cholera et les autres maladies diarrheiques 2013-2015.*

Moçambique: *Plano multi-sectorial de resposta a emergências – cólera 2017.*

Nepal: *Plano nacional de preparação e resposta a surtos graves de gastroenterite/cólera no Nepal, julho de 2017 a julho de 2022.*

Níger *Plan stratégique multisectoriel d'élimination du cholera au Niger 2015-2019.*

Nigéria: *Plano de acção estratégico nacional para o controlo da cólera (2018-2023) (versão preliminar 3.0).*

Paquistão: *Proposta de resposta de emergência ao surto de cólera no Paquistão (agosto a dezembro de 2010).*

Serra Leoa: *Plano multi-sectorial e plurianual de preparação e resposta à cólera (2013-2017).*

Uganda: *Plano nacional integrado e abrangente para a prevenção e controlo da cólera (2017-18 – 2021/22).*

Zâmbia: *Plano integral para a eliminação da cólera (2018/19 – 2027/28).*

Zanzibar: *Plano integral para a eliminação da cólera de Zanzibar (ZACCEP) 2018-2027.*

Secção 1: Ambiente propício à acção multi-sectorial

A aplicação de uma abordagem multi-sectorial à cólera requer um conjunto de funções e estruturas interligadas que apoiem o planeamento coordenado, a execução, o acompanhamento, a avaliação e a revisão entre ministérios do governo, departamentos e parceiros externos dos sectores da saúde, da ASH, da educação e de outros sectores relevantes.

Quatro dos 13 critérios referem-se ao ambiente propício mais geral em torno da cólera, incluindo a liderança política, a coordenação multi-sectorial, o alinhamento com o roteiro global da cólera e a identificação e atribuição de prioridade aos focos de crise.



a) Liderança e coordenação políticas

Na maioria dos países (10 dos 13), a liderança da cólera cabe ao Ministério da Saúde, com o envolvimento de outros sectores, incluindo a ASH, através de plataformas de coordenação multi-sectorial e grupos de trabalho dedicados à cólera. Em alguns países, como o Bangladesh e o Uganda, existe uma referência específica a mecanismos de coordenação nos níveis inferiores do governo. Esta descentralização da coordenação constitui um factor crítico para permitir a aplicação eficaz de abordagens multi-sectoriais,⁵ ajudando a traduzir as políticas nacionais em acções concretas aos níveis locais. Esta análise, no entanto, não foi capaz de determinar a eficácia destas estruturas de coordenação nem se o sector da ASH teve uma participação activa. Por exemplo, o plano da Nigéria refere que existe uma lacuna em termos da participação do sector da ASH nas reuniões de coordenação a todos os níveis, enquanto no Uganda se observa que há uma coordenação e atribuição de prioridades insuficientes em matéria de intervenções preventivas na maioria dos distritos onde se registam casos de cólera – com reuniões irregulares e pouco participadas e falta de seguimento. O resultado é que a responsabilidade pelo controlo da cólera é muitas vezes entregue ao sector da saúde cuja capacidade para sustentar a prevenção





a longo prazo é limitada sem o envolvimento activo de outros sectores e intervenientes fundamentais. Em muitos países, o incentivo a um envolvimento significativo do sector da ASH é provavelmente um desafio decorrente do não entendimento da cólera como um “problema do sector da ASH”, de prioridades concorrentes e de capacidade, tempo e recursos limitados para uma participação activa. A superação destes desafios será específica do contexto, mas poderá exigir uma combinação de esforços para motivar e incluir o sector da ASH. Tal poderá implicar o envolvimento do sector da ASH nas fases iniciais do planeamento em matéria de cólera a fim de garantir a assunção da importância da cólera e a sua posição a um nível político superior por forma a congregar ministérios e a determinar uma acção coordenada. O posicionamento do mecanismo de coordenação nacional pode ser uma indicação da vontade política de um governo para combater eficientemente a cólera e da sua capacidade para coordenar com eficácia diferentes partes interessadas, sendo provável que um posicionamento a um nível mais elevado apoie mais fortemente o trabalho transversal.⁵ O entendimento das prioridades e das medidas de sucesso dos diferentes sectores e partes interessadas através da comunicação e da partilha de informações regulares é susceptível de ter um impacto importante no impulso a abordagens mais concertadas.

b) Alinhamento com o programa *Erradicar a cólera – um roteiro global até 2030*⁴

O novo roteiro global de 2017 para a erradicação da cólera fornece um quadro importante de orientação dos governos e dos parceiros para que controlem e eliminem a cólera até 2030. Quatro dos 13 planos nacionais analisados estão harmonizados com o roteiro global e os seus três eixos. Dos restantes planos, vários foram elaborados antes de 2017 e/ou visam a resposta e não a prevenção e controlo, tornando a avaliação menos directa. No entanto, é útil ter uma visão geral do progresso destes 13 países no que diz respeito à actualização dos seus planos, bem como à integração e coordenação da ASH, de acordo com as mais recentes recomendações, indicadores e orientações normativas do GMGCC e respectivos parceiros.

c) Identificação de focos de crise de cólera

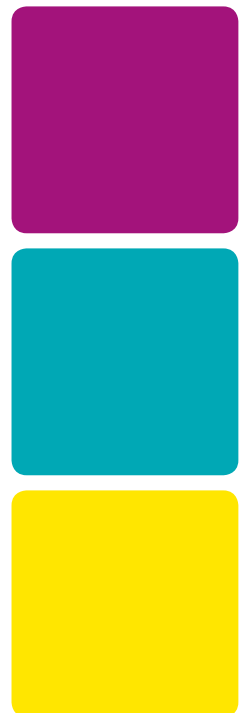
A análise constatou que os países com planos de cólera a longo prazo têm, por norma, identificado focos de crise de cólera aos quais destinar intervenções multi-sectoriais (Bangladeche, Malavi, Níger, Nigéria, Uganda, Zâmbia e Zanzibar), enquanto os planos de emergência e resposta não incluem, em regra, o levantamento destes focos de crise. A identificação das populações e comunidades em maior risco pode aumentar a eficiência dos programas de controlo, definindo prioridades e direccionando melhor recursos limitados,⁴ além de contribuir para direccionar o apoio internacional e atribuir-lhe prioridades. Esta abordagem de “focos de crise” exigirá, no entanto, melhorias dos sistemas de dados e vigilância para captar adequadamente os dados sobre a cólera e notificá-los oficialmente à OMS. Além disso, a utilização de dados do sector da saúde, como a análise de surtos de cólera para direccionar os investimentos em ASH e atribuir-lhes prioridade, pode responder a alguns dos desafios associados à ausência de dados de ASH localizados em muitos dos países analisados.

Recomendações

- Os governos nos países com taxas de incidência elevadas devem tornar a cólera numa prioridade de saúde pública que exige acção da parte de vários sectores através do reforço de plataformas de coordenação multilaterais, sob a liderança das mais altas esferas do Estado.
- Os países afectados por surtos regulares de cólera devem actualizar os seus planos, em conformidade com o novo roteiro global para a erradicação da cólera, dedicando atenção e recursos a abordagens preventivas de longo prazo, incluindo a ASH.
- Os governos e os parceiros devem reforçar os sistemas de dados e identificar as populações mais em risco de contrair cólera, a fim de garantir progressivamente uma melhor orientação para focos de crise por meio de intervenções de controlo da cólera prioritárias e integradas.
- O sector da ASH nos países afectados pela cólera deve dar prioridade e atenção aos focos de crise de cólera para conseguir melhorias dos serviços de ASH sustentáveis a longo prazo, o que teria um impacto substancial na redução da cólera, mas também proporcionaria amplos benefícios em relação a outros problemas de saúde e nutrição, bem como em termos de redução das desigualdades no acesso à ASH.

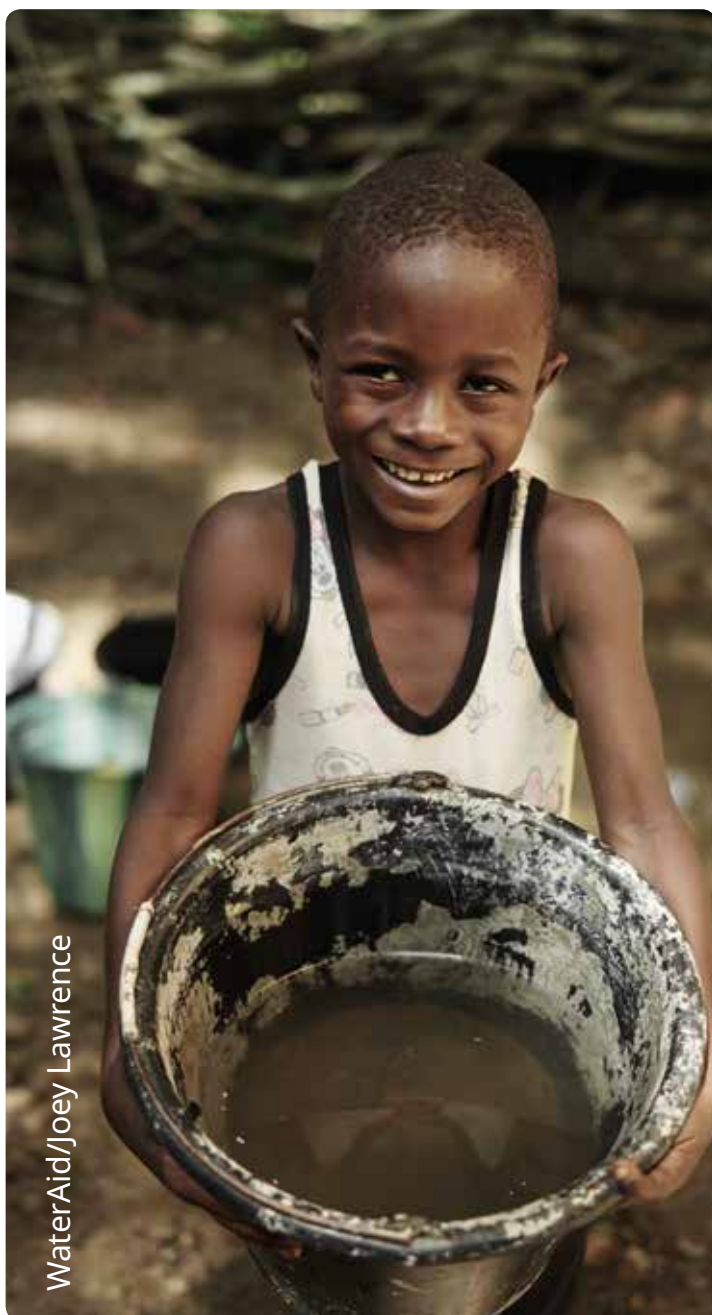


WaterAid/Dennis Lupenga



Estudo de caso: Liderança e financiamento do Plano integral para a eliminação da cólera da Zâmbia (2018/19–2027/28)

Em 2018, o Governo da Zâmbia, liderado pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Governo do Haiti, iniciou um esforço ambicioso para colocar a cólera no topo da agenda global da saúde, patrocinando uma nova resolução na 71.ª Assembleia Mundial da Saúde (AMS71). Ao mesmo tempo, o Governo iniciou um processo de revisão e actualização do seu plano a fim de harmonizá-lo com o novo roteiro global para a erradicação da cólera.



WaterAid/Joey Lawrence

Um forte envolvimento político do Ministério da Saúde e do gabinete do vice-presidente traduziu-se no desenvolvimento de um plano abrangente que reúne todos os sectores pertinentes. O plano é de uma qualidade particularmente elevada, pois inclui um amplo espectro de intervenções de ASH com um orçamento pormenorizado, que descreve as contribuições dos diferentes ministérios e parceiros, bem como as principais lacunas de financiamento.

Torna-se evidente que o processo de desenvolvimento do plano foi participativo, inclusivo e baseado num amplo consenso sobre a necessidade de transformar a cólera numa prioridade de saúde pública. No entanto, a sua aplicação efectiva estagnou em razão de dificuldades em torno da liderança e da coordenação, bem como por falta de modalidades claras para o financiamento sustentável do plano, especialmente as componentes de ASH, que constituem uma parcela significativa do orçamento total do plano.

A WaterAid Zâmbia realizou recentemente uma revisão do estado de execução do plano com base em entrevistas informativas fundamentais a partes interessadas nos diferentes sectores envolvidos na cólera. A revisão destaca os próximos passos e recomendações para o Governo, que incluem: 1) a realização de uma consulta sobre a estrutura de gestão do plano; 2) a atribuição de prioridade à designação de pontos focais nos ministérios relevantes e a clarificação de responsabilidades de execução; 3) o desenvolvimento de uma estratégia de mobilização de recursos para financiar o plano; e 4) a garantia de harmonização com outras estratégias e planos governamentais.

Fonte: Revisão do plano multilateral de eliminação da cólera da Zâmbia (2019–2025) Zâmbia. WaterAid Zâmbia, 2019 (ainda não publicado).

Secção 2: Integração da ASH no controlo e prevenção da cólera

Há mais de um século que se conhece a importância da ASH nos esforços de prevenção e controlo da cólera. Este conhecimento é amplamente reconhecido nos planos nacionais através da inclusão da ASH e do destaque dado à análise situacional e contextual na totalidade dos 13 países. No entanto, a prioridade atribuída à ASH nos planos varia significativamente em termos de um objectivo abrangente, da inclusão de intervenções integrais de ASH, do orçamento dedicado à ASH e de funções e responsabilidades claramente articuladas entre os intervenientes do sector.

a) Prestação de serviços de ASH sustentáveis e completos

A solução final para a erradicação da cólera em qualquer contexto passa por serviços de ASH abrangentes e sustentáveis. Para tal, é fundamental trabalhar a todos os níveis para melhorar a gestão, coordenação, planeamento, acompanhamento, financiamento e responsabilização em matéria de ASH. A melhoria dos serviços de ASH, juntamente com outras intervenções de controlo da cólera, requer a adopção de medidas básicas simples durante os surtos, bem como o planeamento de abordagens sustentáveis de mais longo prazo nos focos de crise de cólera.

No entanto, embora a maioria dos planos inclua alguma atenção à melhoria de serviços completos de ASH, poucos abordam todas as componentes (ou seja, água, saneamento, lavagem das mãos, higiene alimentar) em múltiplos contextos (agregados familiares, comunidades e instituições). Por exemplo, alguns planos centram-se quase exclusivamente no abastecimento de água limpa durante um surto. O plano do Nepal inclui fortes intervenções relacionadas com a água e a higiene, mas dedica pouca atenção ao saneamento, e os planos do Paquistão e do Níger não abordam a melhoria da ASH em instituições essenciais, como as unidades de saúde (US) e as escolas.



As doenças como a cólera não se limitam a ambientes domésticos e podem, com efeito, propagar-se rapidamente em espaços públicos. Em particular, nas US e nos centros de tratamento da cólera (CTC), são fundamentais serviços de ASH adequados para prestar cuidados de saúde de qualidade aos pacientes, bem como em matéria de infecção, prevenção e controlo (IPC).⁶ No entanto, apenas cinco países (Bangladeche, Gana, Moçambique, Nepal e Zâmbia) mencionam especificamente intervenções para melhorar a ASH nas US e nos CTC. Estas necessitam de ser integradas no âmbito dos esforços para fortalecer os sistemas de saúde, visando não apenas a melhoria das infra-estruturas, mas também os comportamentos de higiene e o fortalecimento do ambiente propício necessário para apoiar o acompanhamento e a coordenação com o sector da ASH, como uma componente central da qualidade dos cuidados de saúde e da IPC.

Além disso, muitos planos favorecem soluções de curto prazo e medidas de controlo durante surtos e ignoram abordagens de longo prazo e problemas de infra-estruturas críticos. Por exemplo, embora os planos do Gana e do Malavi façam referência a várias actividades específicas de ASH (desinfecção de instalações sanitárias, depósitos de armazenamento de água clorada, tratamento de água doméstica), não há menção à melhoria das infra-estruturas gerais de ASH. Sem abordar todos os aspectos da ASH e ter em consideração, mais do que o controlo imediato, o fortalecimento a longo prazo dos sistemas, é improvável alcançar a sustentabilidade do controlo e da prevenção da cólera nestes países. É necessário mais trabalho para entender quais as intervenções e acções a que é necessário atribuir prioridade, a fim de passar gradualmente de serviços de ASH “básicos” para serviços de ASH “geridos de forma segura” para as comunidades mais em risco. Tal requer uma abordagem mais holística e abrangente, analisando as múltiplas vias de transmissão da doença, como os alimentos e a água, e concebendo intervenções para alcançar uma cobertura elevada (pelo menos 80%) da população em risco. Este objectivo só será alcançado com investimentos nos sistemas de ASH governamentais e no seu reforço, incluindo capacidade, coordenação, planeamento e financiamento, para manter os serviços ao longo do tempo.⁷

b) Funções dos intervenientes do sector da ASH no controlo e prevenção da cólera

Em contraste com as funções dos intervenientes do sector da saúde nos planos, as funções dos intervenientes do sector da WASH no controlo e prevenção da cólera são em geral muito menos pormenorizadas. Em quase metade dos planos na análise, os intervenientes do sector da ASH não estavam explicitamente incluídos ou as suas funções eram pouco claras ou encontravam-se mal definidas. Muitos planos enfermavam da falta de informações sobre quem é responsável pela realização de actividades específicas de ASH, bem como de confusão sobre o modo como os intervenientes do sector da ASH dividiam as actividades conjuntas e estabeleciam articulações com outras agências e intervenientes.

No plano do Paquistão, por exemplo, a ASH é apontada como uma parte essencial do controlo ambiental e são delineadas acções relacionadas com a ASH. No entanto, o papel dos intervenientes do sector da ASH (Ministérios da Água ou Saneamento, serviços públicos locais) na resposta não se encontra explicitado e as modalidades da sua participação não são claras. O plano do Bangladesh destaca que o Departamento da Educação é responsável pela promoção



da higiene em todo o país. As demais responsabilidades pelos serviços de ASH são atribuídas ao Ministério do Governo Local, mas não se especifica em pormenor quem tem a responsabilidade por que componentes da ASH. Da mesma forma, no plano do Nepal, encontram-se delineadas as actividades e responsabilidades em matéria de ASH, mas muitas vezes são várias as agências responsáveis por uma determinada actividade e a forma como as actividades seriam divididas ou coordenadas entre elas não é clara.

Outras lacunas passam por não identificar os responsáveis pela execução das actividades de ASH para além das intervenções de controlo imediato, bem como por uma divisão pouco clara de responsabilidades entre os níveis nacional, distrital/provincial e local. No plano de Moçambique, as responsabilidades do sector da ASH encontram-se bem definidas para intervenções de ASH de emergência, mas não estão planeadas quaisquer intervenções de longo prazo sob a responsabilidade do Ministério da ASH. Na Zâmbia, embora a ASH seja mencionada, o plano carece de pormenores adequados sobre as actividades individuais de ASH e sobre quais os departamentos ou ministérios ou quais os parceiros externos e a que nível (nacional, provincial, local) estão encarregados de realizar cada actividade.

Sem funções claras e bem definidas dos intervenientes do sector da ASH, existe o risco de que as actividades de ASH sejam remetidas para segundo plano, pois as agências dedicadas à saúde, que lideram os planos, podem não ter os conhecimentos especializados necessários para realizar estas actividades ou considerar que não se enquadram no seu mandato. A confusão quanto às funções também dificulta a coordenação eficaz entre sectores e intervenientes e pode impedir o sucesso geral das intervenções de controlo da cólera lideradas pelo sector da saúde. Por estes motivos, é fundamental que os intervenientes do sector da ASH sejam incluídos quando estes planos são elaborados e quando são considerados parceiros essenciais para a sua execução.



c) Orçamento para intervenções relacionadas com a ASH

O controlo e a prevenção abrangentes da cólera constituem um investimento rentável. Os benefícios incluem economias em cuidados de saúde, ganhos de tempo em razão do acesso mais fácil a instalações de água e saneamento e uma incidência reduzida de outras doenças relacionadas com a ASH. Uma análise recente demonstrou que o direccionamento das intervenções de ASH para focos de crise de cólera mais do que duplica o retorno sobre o investimento em ASH de 4⁸ USD para 10⁹ USD por cada dólar investido.

A existência de melhores serviços de ASH é uma componente essencial no controlo da cólera, mas implica igualmente custos significativos que devem ser considerados e orçamentados. Por mais ambicioso que o plano seja, sem financiamento adequado o progresso estagna. Entre os planos que analisámos, os orçamentos para as actividades de ASH variavam consideravelmente. Entre os planos que indicavam o financiamento para as intervenções de ASH, as afectações variavam entre 14% (plano de Moçambique) e 68% (plano da Zâmbia) do orçamento total. Alguns planos, como o de Moçambique, apenas financiam actividades de ASH de emergência



e outros, como o do Bangladesh, centram-se nas melhorias da ASH a nível dos agregados familiares, mas não destinam financiamentos para a ASH nas US. Além disso, embora muitos planos incluam rubricas orçamentais de primeira linha para a ASH, poucos discriminavam de que modo os financiamentos da ASH seriam aplicados e qual a fonte desses financiamentos. Quatro países (Gana, Malavi, Nepal e Paquistão) não incluíam qualquer orçamento para intervenções de ASH nos respectivos planos.

d) Integração das intervenções de ASH na Vacinação Oral contra a Cólera (VOC)

Apenas três países (Bangladeche, Nigéria e Zâmbia) incluíam propostas para actividades conjuntas de VOC e ASH. A crescente utilização da VOC em ambientes endémicos de cólera apresenta uma importante oportunidade para associar efectivamente a resposta do sector de saúde a intervenções críticas de ASH necessárias para a prevenção e o controlo a longo prazo. Em particular, a integração da promoção dos principais comportamentos de higiene antes, durante e após a administração da VOC garante uma resposta abrangente à doença, ajudando a fortalecer as abordagens preventivas a longo prazo que se estendem além da vida útil de três anos da vacina. Por outro lado, a experiência crescente e os dados cada vez mais numerosos sugerem que a integração de

vacinas e intervenções de ASH poderia melhorar a aceitação das vacinas,¹⁰ mas ter também o potencial de melhorar a eficácia da vacinação em ambientes em que existe uma elevada incidência de infecções entéricas, que comprometem a imunogenicidade das vacinas orais.¹¹

e) Quadro de execução

Com excepção do Malavi, do Mali, da Nigéria e de Zanzibar, a maioria dos países carece de uma estrutura de execução pormenorizada para orientar as actividades prioritárias em relação a calendários específicos, com metas, indicadores e orçamento claros, bem como funções e responsabilidades definidas. A ausência de uma estrutura deste tipo pode dificultar a execução adequada dos planos, bem como um processo sistemático para acompanhar o progresso face a um calendário e, quando necessário, adaptar e modificar as abordagens. As lacunas entre políticas, planos e directrizes e a sua respectiva execução estão bem documentadas,¹² especialmente quando envolvem várias partes interessadas em diferentes departamentos e ministérios governamentais. Os planos nacionais beneficiariam de estruturas de execução circunstanciadas, que descrevessem as funções e responsabilidades associadas a actividades específicas ou áreas de interesse, com prazos e metas claramente definidos.

Estudo de caso: Envolvimento do sector da ASH no plano de acção estratégico nacional para o controlo da cólera da Nigéria (2018-2023)

O Governo da Nigéria desenvolveu recentemente um novo plano de acção estratégico nacional para o controlo da cólera (2018-2023), harmonizado com o roteiro global para a erradicação da cólera e os seus três eixos estratégicos. O plano articula claramente o papel da ASH na consecução dos objectivos do plano, com intervenções abrangentes descritas tanto no eixo um, sobre a resposta a emergências, como no eixo dois, sobre a prevenção a longo prazo, incluindo uma orientação para a promoção de infra-estruturas e higiene.

Em comparação com outros planos, o plano da Nigéria é um dos mais robustos em termos dos critérios avaliados nesta análise. Em particular, é um dos poucos planos que possui uma estrutura de execução circunstanciada, que inclui dados, áreas, metas e prazos de execução específicos. A liderança e a coordenação da cólera competem ao Centro de Controlo de Doenças da Nigéria e à Agência Nacional de Desenvolvimento de Cuidados Primários de Saúde, com propostas de desenvolvimento de plataformas multilaterais nos estados onde ocorrem focos de crise. Embora o sector da

ASH seja identificado como parte interessada fundamental, refere-se que a participação do sector da WASH nas reuniões de coordenação a todos os níveis é actualmente limitada. Esta questão precisa de ser resolvida com urgência para que o sector da ASH se envolva mais activamente nas plataformas multilaterais nacionais e locais, que assumem uma importância crucial na garantia de uma acção coordenada e sustentada em matéria de ASH como a solução final e de longo prazo para prevenir a cólera.

A WaterAid Nigéria está a trabalhar no estado de Bauchi, onde a cólera persiste há muitos anos, a fim de fortalecer o envolvimento do sector da ASH e apoiar a coordenação com o sector da saúde no controlo da cólera. Contudo, é necessário traduzir o plano nacional num plano de acção concreto ao nível do Estado, com funções e responsabilidades claras entre os diferentes intervenientes para impulsionar o progresso e a execução.



WaterAid/Onome Oraka

Conclusão

O lançamento do novo roteiro global para a erradicação da cólera em 2017 proporciona uma dinâmica e um ímpeto renovados para eliminar esta antiga doença. É inaceitável que os casos de cólera e as mortes causadas pela cólera continuem a persistir no século XXI, sobretudo quando as soluções são conhecidas há mais de 100 anos. Além disso, a orientação para os focos de crise tem o potencial não apenas de pôr fim à cólera, mas de proporcionar uma abordagem útil para orientar recursos limitados para os mais carenciados, ajudando a adoptar uma abordagem equitativa e eficiente aos objectivos de desenvolvimento sustentável (ODS). À medida que o mundo entra nos últimos 10 anos dos ODS, serão fundamentais, para a consecução destes objectivos, novas formas de trabalho e melhorias do trabalho ao nível de múltiplos sectores e intervenientes. Os governos e os respectivos parceiros devem agir agora para garantir que a ASH seja central nos esforços de prevenção e controlo da cólera, o que não só tornará possível a eliminação da doença, mas também catalisará melhorias em vários domínios do desenvolvimento sustentável.



Agradecimentos

O presente relatório foi elaborado por Megan Wilson-Jones (WaterAid Reino Unido) e Danielle Zielinski (WaterAid América) com o apoio de Julie Littlefield e Sophie Aujean. Agradecemos os contributos e a revisão de Helen Hamilton, Chitimbwa Chifunda, Dimuna Mwanza, Gerald Ogoko, Blessing Sani e Wandoo Akosu.

Referências

- ¹Registo Epidemiológico Semanal da OMS. *Cólera, 2018*. Disponível em: extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/handle/10665/330003/WER9448-eng-fre.pdf?ua=1 (acedido em 29 de Novembro de 2019).
- ²Ali M et al. (2015). Updated Global Burden of Cholera in Endemic Countries. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. vol 9, no 6: e0003832. doi:10.1371/journal.pntd.0003832. Disponível em: ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4455997/pdf/pntd.0003832.pdf (acedido em 3 de Dezembro de 2019).
- ³Lessler J et al. (2018). Mapping the burden of cholera in sub-Saharan Africa and implications for control: an analysis of data across geographical scales. *Lancet*. vol 391, 1908-1915, doi:10.1016/S0140-6736(17)33050-7. Disponível em: [thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)33050-7/fulltext](http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)33050-7/fulltext) (acedido em 10 de Dezembro de 2019).
- ⁴OMS (2017). *Erradicar a cólera – um roteiro global até 2030*. Disponível em: who.int/cholera/publications/global-roadmap/en/ (acedido em 10 de Dezembro de 2019).
- ⁵PNUD (2017). *Institutional and coordination mechanisms. Guidance note on facilitating integration and coherence for SDG implementation*. Disponível em: sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2478Institutional_Coordination_Mechanisms_GuidanceNote.pdf (acedido em 17 de Dezembro de 2019).
- ⁶GMGCC (2019). *Nota técnica: Água, saneamento e higiene e infecção, prevenção e controlo nos Centros de Tratamento da Cólera, Janeiro de 2019*. Disponível em: who.int/cholera/task_force/technical-note-WASH-IPC-CTCCTU-2019.pdf?ua=1 (acedido em 17 de Dezembro de 2019).
- ⁷WaterAid (2017). *Alcançar uma mudança radical no desempenho do sector: rumo ao acesso universal à água, ao saneamento e à higiene. Nota de debate*. Disponível em: washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxooof256/files/Achieving%20a%20step%20change%20in%20sector%20performance_0.pdf (acedido em 17 de Dezembro de 2019).
- ⁸OMS (2012). *Custos e benefícios globais do abastecimento de água potável e das intervenções de saneamento para alcançar a meta do ODM e a cobertura universal*. Disponível em: who.int/water_sanitation_health/publications/2012/globalcosts.pdf (acedido em 10 de Dezembro de 2019).
- ⁹Hutton G (2019). Manuscrito em elaboração [Fonte: comunicação pessoal com o secretariado do GMGCC, Novembro de 2019].
- ¹⁰OMS (2018). *Working together: an integration resource guide for immunization services throughout the life course*. Disponível em: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276546/9789241514736-eng.pdf?ua=1 (acedido em 17 de Dezembro de 2019).
- ¹¹Desai S et al. (2014). Maximising protection from use of oral cholera vaccines in developing country settings. An immunological review of oral cholera vaccines. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. vol 10, issue 6. Disponível em: doi.org/10.4161/hv.29199 (acedido em 17 de Dezembro de 2019).
- ¹²Hudson B et al. (2018). Policy failure and the policy-implementation gap: can policy support programs help? *Policy Design and Practice*. vol 2, issue 1. Disponível em: doi.org/10.1080/25741292.2018.1540378 (acedido em 17 de Dezembro de 2019).



WaterAid/Drirk Picture Library Limited/Farzana Hossen

A WaterAid é uma organização registada sem fins lucrativos

Austrália: ABN 99 700 687 141.

Canadá: 119288934 RR0001.

Índia: U85100DL2010NPL200169.

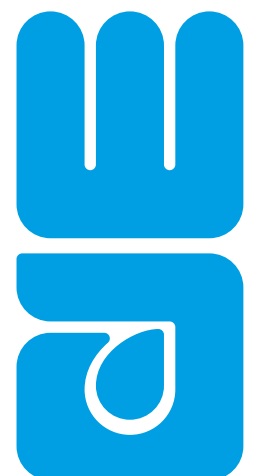
Suécia: Org.nr: 802426-1268, PG: 90 01 62-9, BG: 900-1629.

Japão: 特定非営利活動法人ウォーターエイドジャパン

(認定NPO法人) A WaterAid Japão é uma sociedade de interesse público sem fins lucrativos (sociedade com certificação NPO)

Reino Unido: 288701 (Inglaterra e País de Gales) e SC039479 (Escócia).

EUA: A WaterAid América é uma organização sem fins lucrativos com o estatuto 501(c) (3).



WaterAid