



Fundo Fiduciário da Rede Global para Doenças Tropicais Negligenciadas para América Latina e Caribe

Pautas para o monitoramento e a avaliação de projetos financiados pelo Fundo Fiduciário para as DTNs

Elaborado pelo Grupo de Trabalho em Mapeamento, Vigilância, Monitoramento e Avaliação

Banco Interamericano de Desenvolvimento, Rede Global para Doenças Negligenciadas/
Banco Interamericano de Desenvolvimento, Rede Global para Doenças Negligenciadas/
Sabin Vaccine Institute e Organização Pan-Americana da Saúde

5/9/2011

O Grupo de Trabalho em Mapeamento, Vigilância, Monitoramento e Avaliação da Iniciativa de DTN para América Latina e Caribe está formado por:

Centros de Controle e Prevenção de Doenças:

Patrick Lammie - pjl1@cdc.gov

Rede Global para Doenças Tropicais Negligenciadas:

Karen Palacio - karen.palacio@sabin.org

Banco Interamericano de Desenvolvimento:

Josh Colston – joshc@iadb.org

Organização Pan-Americana da Saúde:

Steven K. Ault - aultstev@paho.org

Ruben Santiago Nicholls - nichollr@paho.org

Martha Idali Saboya Diaz - saboyama2@paho.org

Índice

1. Resumo executivo	6
2. Propósito e utilização destas pautas	7
3. Antecedentes	8
3.1. A carga regional das DTNs	8
3.2. Descrição dos objetivos da aliança	11
4. Pautas para o M&A de projetos apoiados pela Iniciativa de DTN na ALC	16
4.1. Mapeamento e dados de linha de base.....	16
4.1.1. Dados demográficos e socioeconômicos	16
4.1.2. Dados de linha de base sobre a carga da doença	17
4.2. Monitoramento e avaliação de projetos	20
4.2.1. Indicadores de desempenho:	27
4.2.2. Custos de tratamento.....	29
4.2.3. Indicadores de impacto epidemiológico e/ou de resultados:	29
4.2.4. Outros indicadores necessários:	30
4.2.5. Indicadores adicionais	30
4.2.6. Monitoramento e avaliação para os programas integrados de DTN	32
4.2.7. Avaliação do fortalecimento do sistema de informação de saúde	32
4.2.8. Avaliação da geração de informação e da capacidade de informar.....	33
5. Bibliografia	36
Anexo 1: Lista de publicações	38
Sobre amostragem polietápica por conglomerados	38
Sobre pesquisas de conhecimentos, atitudes e práticas	38
Sobre monitoramento de mudanças de comportamento	38
Anexo 2: Resumo de protocolo para amostragem polietápica por conglomerados para avaliar a prevalência de doenças.....	39
Anexo 3: Indicadores de processo sugeridos para a elaboração de programas integrados de controle de DTN	43
1.1 Anexo 4: Como desenvolver indicadores de mudança de comportamento específicos para o projeto	45
1.2 Anexo 5: Definições das categorias de intensidade da infecção por geo-helmintíase e esquistossomose.....	48

Lista de tabelas

Tabela 1: Resumo da carga de DTNs em nível mundial e regional	12
Tabela 2: Métodos de controle de DTNs na ALC	13
Tabela 3: Características chave das metodologias para o mapeamento de áreas geográficas nas quais possam ser pedidas intervenções de DTN com medidas de controle efetivas na ALC	14
Tabela 4: Indicadores para a avaliação de projetos relacionados com geo-helminíase e esquistossomose	22
Tabela 5: Indicadores para a avaliação de projetos relacionados com tracoma	25
Tabela 6: Definições de unidades de amostragem para geo-helminíase, esquistossomose e tracoma	40
Tabela 7: Marco de amostragem com exemplo	41
Tabela 8: Definições das categorias de intensidade da infecção por geo-helminíase e esquistossomose	48

Abreviaturas

AAC	Amostragem Aleatória por Conglomerados
ALC	América Latina e Caribe
AVAI	Anos de vida ajustados em função da incapacidade
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BSU	Unidade básica de amostragem (da sigla em inglês)
CAP	Conhecimentos, atitudes e práticas
EAG	Efeitos adversos graves
ELISA	Ensaio imunoenzimático indireto
Hb	Hemoglobina
IA	Intervalo da amostra
M&A	Monitoramento & Avaliação
MDA	Administração Massiva de Medicamentos (da sigla em inglês)
MFI	Meta final da intervenção
DTN	Doenças Tropicais Negligenciadas
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PBPS	Estudo de prevalência baseado na população (da sigla em inglês)
PPT	Probabilidade proporcional ao tamanho
QP	Quimioprofilaxia
RAS	Reações adversas severas
Rede Global	Rede Global para Doenças Tropicais Negligenciadas
SIS	Sistemas de informação de saúde
STH	Geo-helmintíase (Soil transmitted helminths da sigla em inglês)
TF	Inflamação tracomatosa folicular (da sigla em inglês)
TI	Inflamação tracomatosa intensa (da sigla em inglês)
TIC	Teste imunocromatográfico
TT	Triquiase tracomatosa
SSU	Unidade de amostragem de segunda etapa (da sigla em inglês)
WISC	Escala Wechsler de inteligência para crianças

1. Resumo executivo

As Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs) têm um efeito debilitante do desenvolvimento social e econômico. Trazem, como consequência, doenças crônicas e seqüelas que provocam incapacidade ou desfiguração, o que pode resultar em redução da produtividade de trabalho, diminuição da capacidade de ganhar um salário, estigma e gerar uma carga adicional para os sistemas de saúde. Convencidos de que é possível controlar e eliminar as DTNs no continente americano, a Rede Global para Doenças Tropicais Esquecidas, o BID e a Opa fizeram uma parceria para dar vida a uma iniciativa para proporcionar apoio técnico e financeiro para controle e eliminar as DTNs na América Latina e Caribe. Esta parceria tem desenvolvido uma série de critérios para a avaliação de propostas, que incluem diretrizes rígidas de monitoramento e avaliação (M&A) para os projetos aprovados pela Iniciativa. O presente documento estabelece as pautas de M&A e define os dados, informação e ferramentas específicas que a Iniciativa exige que sejam incluídos nos planos de M&A dos projetos. Nesta primeira etapa nos centraremos nas DTNs com medidas de controle efetivas, ou seja, aquelas que podem ser abordadas de forma eficaz através de quimioprofilaxia (QP) e outras intervenções de saúde pública testadas. No caso de oncocercose e filaríase linfática, pede-se aos usuários destas pautas que consultem os guias correspondentes da OMS. Para tracoma, geo-helmintíase e esquistossomose nos afastamos ligeiramente das padronizadas, em parte para incentivar um maior rigor epidemiológico nas avaliações e em parte porque a Iniciativa espera que seus projetos abarquem todos os grupos vulneráveis, incluindo crianças em idade pré-escolar, um grupo frequentemente excluído em pautas anteriores. Neste documento também são estabelecidos os requisitos metodológicos e definidos os indicadores de monitoramento e avaliação. Também inclui uma série de referências bibliográficas e anexos para maior orientação sobre os temas, tais como metodologias para amostragem polietápica por conglomerados, desenho e implementação de pesquisas de conhecimentos, atitudes e práticas (CAP), criação de indicadores de processo para programas integrados de controle de DTN e indicadores específicos de mudança de comportamento para cada projeto.

2. Propósito e utilização destas pautas

Em todo o mundo nota-se um aumento considerável no número de programas relacionados com as doenças tropicais negligenciadas (DTN) graças à crescente constatação enorme carga que essas enfermidades impõem aos sistemas de saúde pública. Esta pressão também se nota na disponibilidade de medicamentos econômicos ou doados e nas estratégias de entrega a baixo custo (US\$ 0,05 a US\$ 0,75 por pessoa por ano). Segundo estudos realizados no marco do Projeto Controle de Doenças Prioritárias, a quimioprofilaxia (QP) para o controle das helmintíases intestinais é a intervenção de saúde pública de melhor custo-benefício, tornando os programas de DTN o melhor investimento em saúde pública.¹No continente americano, o controle das DTNs constitui uma meta especialmente atraente para os programas de saúde pública devido a que muitas delas se encontram próximas de sua eliminação em nível nacional ou regional. O Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a Rede Global para Doenças Tropicais Negligenciadas (Rede Global) uniram esforços para levar adiante programas de DTN na região através da criação de uma aliança que vise o estabelecimento de uma iniciativa de DTN para América Latina e Caribe (ALC) e inclua um fundo fiduciário de apoio ao aperfeiçoamento de métodos integrados dirigidos ao controle e eliminação de DTN na região.

Para facilitar o desenvolvimento e a implementação de programas de DTN com apoio de um Fundo Fiduciário para DTN, a aliança definiu uma série de critérios para a avaliação das propostas e um mecanismo de revisão transparente que assegura uma distribuição justa e equitativa dos recursos. Como parte deste processo, é necessário estabelecer pautas rígidas de monitoramento e avaliação (M&A) para aqueles projetos que contam com o apoio do Fundo Fiduciário, garantindo assim que sejam efetivamente entregues os benefícios de saúde pública esperados, tanto no que se refere à população coberta como também o impacto sobre os resultados de saúde. Esta informação é crucial para garantir o apoio de doadores e o fluxo de recursos para o Fundo Fiduciário, bem como para demonstrar a sócios e governos, com fatos, que é possível implementar intervenções com impactos mensuráveis. Por sua vez, os governos se verão encorajados a ampliar essas medidas mais além do financiamento concedido pelo Fundo Fiduciário e incorporar as DTNs em suas estratégias nacionais de forma permanente.

Este guia está dirigido aos indivíduos com funções no desenvolvimento de propostas para financiamento por parte da iniciativa, assim como para aqueles que estarão a cargo de ações de mapeamento e das atividades de M&A em tais projetos. Para desenvolver estas pautas de M&A para o Fundo Fiduciário de DTNs, nos apoiamos nas pautas sobre doenças específicas que a Organização Mundial de Saúde (OMS) tornou públicas. O presente documento resume tais orientações em tabelas e inclui links para as publicações originais da OMS como fonte adicional de material de referência. Em alguns casos, são proporcionadas pautas melhoradas ou mais rígidas, em especial quando se considera que são apropriadas para apoiar os objetivos do Fundo Fiduciário. Contudo, os sócios têm plena consciência de que os programas podem incorrer em gastos adicionais ao tentar cumprir estes requisitos mais

¹ (Jamison et al. 2006)

exigentes em lugar de apenas orientar-se pelas pautas da OMS. Como consequência, a Iniciativa está disposta a designar recursos adicionais (financeiros, apoio técnico etc.) aos postulantes selecionados para cobrir os custos adicionais de somar-se a estes novos requisitos.

Por enquanto, este documento estará focado no que muitas vezes é conhecido como DTNs com medidas eficazes de controle (tool ready em inglês), ou seja, aqueles que podem ser combatidas eficazmente através de tratamentos de quimioprofilaxia e outras intervenções de saúde pública de efeito comprovado. No entanto, à medida que a Iniciativa DTN amadureça e amplie seu portfólio de projetos no futuro – e conforme se desenvolvam novas ferramentas de monitoramento – espera-se que este documento estenda sua cobertura através da incorporação de recomendações específicas para outras DTNs, tais como a doença de Chagas e a leishmaniose. Para mais informações, bem como para obter modelos para planos de projetos de M&A e formatos para reportar dados, pede-se aos encarregados de projeto que se coloquem em contato com o grupo de trabalho em M&A da Iniciativa na ALC.

3. Antecedentes

3.1. A carga regional das DTNs

As doenças tropicais esquecidas ou negligenciadas (DTN) correspondem a um subgrupo de doenças infecciosas que afetam de maneira desproporcional às populações pobres e marginalizadas, acentuando sua incapacidade para escapar da espiral descendente da pobreza. Deste modo, as DTNs exacerbam as desigualdades de saúde existentes entre países e em seu interior. Contudo, a QP como forma de combater as cinco DTNs de maior prevalência surge como a intervenção de saúde mais eficaz em nível mundial em termos de economia em anos de vida ajustados em função da incapacidade (AVAI). Segundo as estimativas, as taxas de retorno derivadas do controle das DTNs flutuam entre 15 y 30%.² Acredita-se que na América Latina e Caribe existam centenas de milhões de pessoas com risco de contrair certas DTNs como a geo-helminíase. As DTNs foram responsáveis por uma perda de AVAI estimada em 1.220.000 na ALC durante o ano 2002, isto é, 1,5% da carga total de doenças nos países da região. Sobre a mortalidade, este grupo de doenças causou cerca de 20.000 mortes na ALC durante o mesmo ano, ou seja, 0,8% do total de mortes registradas.³ Em seu Plano Mundial de Luta contra as Doenças Tropicais Negligenciadas 2008-2015, a OMS destaca 14 DTNs sobre as quais devem ser intensificados os esforços de eliminação e controle.⁴ Também, cada um dos escritórios regionais da OMS se encontra desenvolvendo sua própria lista adicional de DTNs de importância epidemiológica regional. Segundo o enfoque adotado pela Opas – o escritório regional da OMS para as Américas – através da resolução CD49.R19 (2009), as DTNs de relevância regional na ALC se dividem em dois grupos de acordo com seu potencial de eliminação:⁵

² (Perera et al. 2007)

³ (Bitran et al. 2009), (Bitran et al. 2009)

⁴ Junto com “outras zoonoses” (Organização Mundial da Saúde 2007a)

⁵ (Organização Pan-Americana da Saúde 2009b)

Grupo 1 - Doenças em vias de eliminação: São aquelas doenças que possuem a maior probabilidade de ser eliminadas na ALC através de intervenções de boa relação custo-benefício existentes. Para várias destas doenças, a eliminação se define como a redução a zero na incidência de sua transmissão. Entre elas destacam-se:

- Oncocercose (cegueira dos rios)
- Raiva humana transmitida por cães
- Paludismo – eliminação da transmissão na Isla la Española (Haiti e República Dominicana), México e América Central

Para outras doenças do grupo 1, a meta é eliminá-las como problema de saúde pública:⁶

- Doença de Chagas (eliminação da transmissão domiciliar por vetores e por transfusão sanguínea)
- Sífilis congênita
- Filaríase linfática (FL)
- Tétano neonatal
- Tracoma
- Hanseníase (em nível nacional e primeiro nível subnacional)
- Peste

Grupo 2 – Redução drástica da carga de doença: São aquelas doenças para as quais é possível reduzir a carga de doença drasticamente através do uso de ferramentas atualmente disponíveis:

- Esquistossomose
- Geo-helmintíase

No caso de outras doenças infecciosas tais como a leishmaniose e a leptospirose, é preciso realizar uma avaliação mais detalhada da carga que elas representam na ALC, desenvolver novas ferramentas e estabelecer metodologias e estratégias para conseguir um controle de custo-benefício. Para estas doenças e outras de relevância epidemiológica, em alguns países da região são necessárias uma maior investigação operativa, uma avaliação das novas ferramentas e uma melhoria dos sistemas de vigilância, especialmente sobre a capacidade técnica atual dos centros de pesquisa da região.

As DTNs têm um efeito debilitante no desenvolvimento social e econômico. Trazem como consequência doenças crônicas e sequelas que provocam incapacidade ou desfiguração, o que pode causar diminuição da produtividade no trabalho, diminuir a capacidade de ganhar um salário, provocar estigma e contribuir para uma carga adicional para os sistemas de saúde. Por outro lado, várias DTNs impedem o desenvolvimento físico e mental em crianças, incluindo problemas relacionados com anemia severa, danos de órgãos e cegueira, ao mesmo que tempo que aumentam as possibilidades de problemas relacionados com péssimos resultados durante o parto e mortalidade materna. Existem provas contundentes de que uma redução na incidência de doenças parasitárias no solo melhora a saúde infantil (ao reduzir quadros de diarreia e anemia), além de aumentar consideravelmente o

⁶ A definição exata de “eliminação como problema de saúde pública” varia segundo a doença.

desenvolvimento cognitivo, a participação escolar e o bem-estar dos adultos.⁷ Na verdade, enquanto em outras regiões, como a África Subsaariana, as DTNs mostram uma endemicidade extensa e importantes sobreposições geográficas, na ALC a distribuição de muitas DTNs se encontra fortemente associada a nichos ecológicos que possuem condições únicas para a sobrevivência e transmissão dos agentes infecciosos.⁸ Até agora foram identificadas onze sub-regiões ou zonas críticas (consulte a Tabela 1), todas caracterizadas pela precariedade das moradias e pela falta de acesso à água e saneamento para seus habitantes. É assim como certos fatores sociais e econômicos ajudam a perpetuar a carga de DTN nestes setores. Mais ainda, as doenças “... afetam em sua maioria indivíduos de ascendência africana e grupos indígenas, assim como outros grupos vulneráveis como mulheres e crianças”.⁹ A presença de certas doenças na região tem sido parcialmente atribuída a uma “herança da escravidão”,¹⁰ considerando que ao menos 3 das atuais doenças infecciosas existentes na ALC chegaram à região com o comércio de escravos.¹¹ Hoje em dia, a carga de DTN continua sendo particularmente pesada em áreas onde a população é de origem majoritariamente africana, como o Caribe, América Central e Brasil. Nas áreas mais rurais, especialmente Bolívia, Colômbia, Equador, Guatemala, México e Peru – onde vivem 80% dos cidadãos indígenas da região - também prevalecem taxas elevadas de DTN. Um estudo preliminar no qual foi analisado o estado de 10 doenças esquecidas selecionadas na região determinou que em cada país da ALC é possível encontrar ao menos uma DTN. A doença mais prevalente é sem dúvida o grupo das geo-helmintíases, com uma quantidade estimada de 26 milhões de crianças em idade escolar em risco (assim como muitos outros indivíduos em outros grupos de risco, tais como crianças em idade pré-escolar e grávidas), seguida pela esquistossomose (36 milhões em total) e a filariase linfática (8,9 milhões). O estudo concluiu, além disso, que existe uma quantidade considerável de informação disponível para a maioria das doenças esquecidas, ainda que se solicitem estudos adicionais de base que utilizem critérios estandarizados.¹² Também é necessário mapear ou remapear a distribuição de algumas DTNs. Ainda que as diferenças por sexo não apareçam como variável relevante em nenhuma das pesquisas realizadas, alguns estudos sugerem que as mulheres sofrem uma carga maior de DTNs. A distribuição cultural do trabalho e os deveres trazem como consequência uma prevalência maior devido à maior exposição aos fatores de risco. Os obstáculos no acesso a serviços de saúde ou aos serviços de prevenção aumentam a severidade da doença, enquanto que o estigma e a discriminação afetam com mais frequência as mulheres.¹³ É necessário haver mais informação sobre a forma como as DTNs afetam de maneira diferente a outros grupos vulneráveis da população. Durante 49ª reunião anual do Conselho Diretor da Opas celebrada em setembro de 2009, os países membros da Opas aprovaram a primeira resolução destinada a combater as DTN nas Américas. Tal resolução constitui uma amostra clara de que a vontade política e a liderança no controle e eliminação das DTNs

⁷ (Cattaneo et al. 2007)

⁸ (Hotez et al. 2008)

⁹ (Hohlfelder 2008)

¹⁰ (Lammie et al.)

¹¹ Oncocercosis, filariasis linfática y esquistosomiasis (Hotez 2008)

¹² (Organização Pan-Americana da Saúde 2009a)

¹³ (Velez et al. 2001), (Hartigan 2001), (Courtright y West 2004)

estão crescendo nas Américas. Os Estados membros da Opa se comprometeram a redobrar os esforços permanentes para eliminar a FL, a oncocercose e o tracoma, assim como a diminuir a carga da esquistossomose e geo-helminthíases até o ano 2015.

3.2. Descrição dos objetivos da aliança

Convencidos de que é possível controlar e eliminar as DTNs no continente americano, a Rede Global, o BID e a Opas se juntaram para dar vida a uma iniciativa que proporciona apoio técnico e financeiro para controlar e eliminar as DTN na América Latina e Caribe. O objetivo desta aliança é apoiar projetos que utilizem uma metodologia integrada e baseada na comunidade que projete além das medidas curativas de curto prazo, tais como a administração massiva de medicamentos (MDA, da sigla em inglês) como parte de uma QP, que incorporem soluções a longo prazo que abordem os fatores de ordem social e ambiental determinantes na transmissão de doenças e que contribuam para o fortalecimento da vigilância epidemiológica e dos sistemas de saúde. A aliança procura coordenar e apoiar a apropriação e o desenvolvimento de capacidades do país para tratar a carga de DTN na região. Orientada a governos nacionais, programas nacionais de DTN e organizações não-governamentais (ONGs), a aliança tem como meta promover a integração das atividades de prevenção, controle e eliminação das DTNs através dos sistemas e esforços existentes, como, por exemplo, a atenção primária, água limpa e melhores iniciativas de saneamento, programas de transferência de renda condicionados e iniciativas de moradia. A aliança funcionará como o eixo regional com o objetivo de facilitar o desenvolvimento da agenda de DTN para a ALC, ao mesmo tempo em que estabelecerá prioridades para o controle integrado de doenças, execução de projetos, advocacy e mobilização de recursos. Entre as prioridades está incluído o esforço de colaboração orientado a fechar a brecha de tratamento entre crianças em idade escolar e pré-escolar que necessitem desparasitação no continente americano e os esforços regionais dirigidos para a eliminação de determinadas DTNs.

Tabela 1: Resumo da carga de DTNs em nível mundial e regional¹⁴

		DTN									
		Doenças parasitárias							Doenças bacterianas		Doenças virais
		Helmintíase				Parasitas protozoários					
		Geo-helmintíase	Doenças transmitidas por vetores ¹⁵					Tracoma ¹⁶		Hanseníase	Raiva transmitida por cães
			Esquistossomose	Filariase linfática	Oncocercose	Doença de Chagas	Leishmaniose				
Visceral	Cutânea										
Distribuição		Extensa	Focalizada	Focalizada	Focalizada	Extensa	Focalizada	Focalizada	Focalizada	Extensa	Focalizada
Estratégia mundial		Controle	Controle	Eliminação	Eliminação	Controle	Controle	Controle	Eliminação	Eliminação	Eliminação ¹⁷
1	Casos (milhares)	807.000	207.000	120.000	S/I	S/I	S/I		84.000	S/I	55
	AVAI (milhares)	1.600-22.100	4.500	5.800	500	667	2,100		2.300	200	ND
	Incidência de morbidade (milhares)	ND	5.733	1.564	38	217	534	1.157	437	175	55
	Prevalência de morbidade (milhares)	59.999	248.248	38.137	349	10.137	1.508	1.257	2.936	903	ND
	Mortes (milhares)	9	15	0	0	14	51		0	6	55
	Casos (milhares)	50.000-100.000	1.800	720	ND ¹⁹	9.000 ²⁰	5	62	1.100	47.612	0,01
2	AVAI (milhares)	124.8-1.923	36	34.8	2 ²¹	662	44		23.2	18	S/I
	População em risco (milhares)	345.000-523.000	25.000 ²²	8.900	529 ²³	25.000-90.000	ND		50.000	ND	94.850
	% infectados	8,9%-17,8%	0,3%	0,1%	<0,1%	1,6%	ND		<0,1%	<0,1%	ND
	% de pobres infectados	23,5%-46,9%	0,8%	0,3%	<0,1%	4,1%	ND		<0,1%	<0,1%	ND
	% de carga global na ALC	8,7%-16,6%	0,9%	0,6%	0,3%	99,8%	ND		1,31% ²⁴	11,40%	ND
	Cone Sul	-	-	-	-	✓	✓		✓ ²⁵	-	✓
	El Charco	✓	-	-	-	✓	✓		-	-	✓
	Região Andina	✓	-	-	-	✓	✓		-	-	✓
	Bacia Amazônica	✓	✓ ²⁶	-	✓	✓	✓		✓	✓	✓
	Leste do Brasil	✓	✓	✓	-	✓	✓		✓	✓	-
	Noroeste da América do	✓	-	-	✓	-	✓		-	-	-

¹⁴ Dados obtidos de (Hotez et al. 2008) e (Mathers, Ezzati, and Lopez) a menos que se indique o contrário. S/I = Sem informação.

¹⁵ Desde o ponto de vista técnico, a esquistossomose não é uma doença transmitida por vetores, dado que o parasita não a transmite diretamente aos hospedeiros. Contudo, o parasita da esquistossomose requer o caracol para completar seu ciclo de vida. (Hotez et al. 2008)

¹⁶ A distribuição sub-regional provém de (Organização Pan-Americana da Saúde 2009a)

¹⁷ A eliminação é a estratégia para o continente americano

¹⁸ O termo "casos" se refere à população atualmente infectada. Para a oncocercose e o tracoma, a prevalência e incidência de morbidade se referem apenas a cegueira, enquanto que na filariase linfática se referem a hidrocele

¹⁹ 64 novos casos de oncocercose em 2004 (Hotez et al. 2008)

²⁰ (Remme et al. 2006)

²¹ (Organização Mundial da Saúde 2004)

²² (Organização Pan-Americana da Saúde 2009a)

²³ (OEPA 2011)

²⁴ Cálculos realizados pelo staff do BID

²⁵ Tracoma presente no sul do Brasil (Organização Pan-Americana da Saúde 2009a)

²⁶ (Organização Pan-Americana da Saúde 2009a)

		Sul								
		Bacia do Caribe	✓	✓	✓	-	-	-	-	✓
		América Central	✓	-	-	✓	✓	✓	-	✓
		Sul e centro do México	✓	-	-	✓	✓	✓	✓	✓
		Norte do México	✓	-	-	-	✓	✓	-	-

Tabela 2: Métodos de controle de DTNs na ALC

		Tricuríase	Ascaríase	Infecção por uncinárias	Esquistossomose	Filariase linfática ²⁷	Oncocercose ²⁸	Doença de Chagas ²⁹	Leish- maniose ³⁰	Tracoma ³¹	Hanseníase ³²
Administração Massiva de Medicamentos ³³	Albendazol	✓	✓	✓	-	✓	-	-	-	-	-
	Mebendazol	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-
	Dietilcarbamazina	-	-	-	-	✓	-	-	-	-	-
	Ivermectina	(✓)	(✓)	-	-	- ³⁴	✓	-	-	-	-
	Praziquantel	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-
	Levamisol	(✓) ³⁵	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-
	Pirantel	(✓)	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-
	Azitromicina	-	-	-	-	-	-	-	-	✓ ³⁶	-
Transmissão	Controle de vetores/manejo integrado de vetores	-	-	-	✓	✓	- ³⁷	✓	✓	-	-
	Tratamento individual de casos e manejo da morbidade	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

²⁷ (Remme et al. 2006)

²⁸ (Remme et al. 2006)

²⁹ (Remme et al. 2006)

³⁰ (Cattand et al. 2006)

³¹ (Organização Mundial da Saúde 2006a)

³² (Remme et al. 2006)

³³ (✓) indica medicamentos que não são recomendados para tratamento, mas que têm um efeito (de menor ao ótimo) contra a doença (Organização Mundial da Saúde 2006a)

³⁴ A Ivermectina é utilizada apenas no controle de filariase linfática em situações em que doença é coendêmica com oncocercose. Tal situação não é registrada na LAC.

³⁵ Efeito limitado exceto quando utilizado em conjunto com Oxantel

³⁶ A Tetraciclina deve ser utilizada em crianças menores de 12 meses e mulheres grávidas.

³⁷ O controle de vetores para o controle da oncocercose é realizada na África, mas não na LAC.

	Melhorias de moradia ³⁸	✓	✓	✓	-	✓ ³⁹	-	✓ ⁴⁰	✓	-	-
	Melhorias de fornecimento de água/saneamento ⁴¹	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	-	✓	-
	Controle de animal reservatório	-	-	-	-	-	-	✓	✓	-	-
	Educação de saúde para gerar mudança de comportamento	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Deteção e manejo melhorado de casos	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓
	Monitoramento da resistência a medicamentos	Informação não disponível						-	-	-	✓

³⁸ (Cattaneo et al. 2007)

³⁹ Mosquiteiros, portas fechadas, beiral de telhados fechados

⁴⁰ (Campbell-Lendrum et al. 2007)

⁴¹ (Campbell-Lendrum et al. 2007)

Tabela 3: Características chave das metodologias para o mapeamento de áreas geográficas nas quais podem ser pedidas intervenções de DTN com medidas de controle efetivas na ALC

		Oncocercose		Filariase linfática	Tracoma	Esquistossomose	Geo-helminíase
Nível administrativo		Vila	Vila ou comunidade sentinela	Unidade de implementação	Distrito ou comunidade	Comunidade	Distrito ou comunidade
Mapeamento	Linha de base	Prevalência de infecção	<ul style="list-style-type: none"> • Biópsia de pele (microfilaremia) • Sorologia • Presença de nódulos ou afecções oculares • Taxa de infecciosidade de moscas negras 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalência de infecção (microfilaremia ou antigenemia) • Densidade de microfilaremia • Prevalência de manifestações clínicas (linfedema e hidrocele) 	Prevalência de TF e TT	Prevalência e intensidade de infecção	Prevalência e intensidade de infecção
	Seguimento						
População examinada	Linha de base	Adultos (≥ 15 anos)	<ul style="list-style-type: none"> • Crianças menores de 5 anos (sorologia e presença de nódulos) • Adultos ≥ 10 anos (afecções oculares) • Ao menos 10.000 moscas negras fêmeas 	Crianças em idade escolar (5-14 anos) e adultos (≥ 15 anos)	Crianças (1-9 anos) para TF e adultos (≥ 15 anos) para TT	Crianças em idade escolar (5 a 14 anos)	Crianças em idade pré-escolar (1-4 anos) e crianças em idade escolar (5 a 14 anos)
	Seguimento	População em risco ≥ 1 ano					
Procedimento	Linha de base	Biópsia de pele (microfilária)	Biópsia de pele (microfilária)	Exame de sangue (detecção de microfilaremia ou antígenos – teste ICT)	Exame ocular (TF/TI/TT)	Exame de fezes, sorologia (ELISA), Antígeno CCA	Exame de fezes
	Seguimento		<ul style="list-style-type: none"> • PCR para determinar ADN de moscas negras • ELISA para 				

			detectar anticorpos contra OV16				
		Oncocercose		Filariase linfática	Tracoma	Esquistossom ose	Geo-hel- mintíase
Umbral para iniciar MDA		Evidência de transmissão	ND	≥1% de prevalência de infecção	≥10% de TF em crianças entre 1 e 9 anos em nível de distrito e comunidade	≥10% de prevalência	≥20% de prevalência
Critérios para parar MDA		0% de infecção	Menos de uma mosca infectada por cada 2.000 moscas examinadas	<1% de prevalência de infecção	< 5% de TF em crianças entre 1 e 9 anos em nível de comunidade	<10% de prevalência	<20% de prevalência
Pautas existentes ⁴²		(Organização Mundial da Saúde 2000) ○ English ○ Espanhol		(Organização Mundial da Saúde 2005), (Organização Mundial da Saúde 2011)	(Organização Mundial da Saúde 2006b)	(Organização Mundial da Saúde 2006a)	

⁴² A OMS está revisando as publicações existentes para tracoma, esquistossomose e geo-helminíase. As pautas de Monitoramento e Avaliação do Fundo Fiduciário serão atualizadas quando a OMS publicar esses guias.

4. Pautas para o M&A de projetos apoiados pela Iniciativa de DTN na ALC

No restante do presente documento estão especificados os dados, a informação e as ferramentas que a Iniciativa requer que os projetos incluam em seu plano de M&A

4.1. Mapeamentos e dados de linha de base

4.1.1. Dados demográficos e socioeconômicos

O desenvolvimento de programas de DTN se sustenta em parte no convencimento de que as populações mais pobres se veem afetadas de forma desproporcional por estas doenças (ver tabela 1) e que as DTNs agravam o ciclo de pobreza ao induzir à incapacidade e ao afetar o crescimento e o desenvolvimento cognitivo. Por outro lado, nos países da América Latina e Caribe, a filaríase linfática, a oncocercose e a esquistossomose representam um legado vivo do tráfico de escravos que continua afetando seriamente os descendentes dos africanos e as populações marginalizadas. O Fundo Fiduciário das DTNs nasceu com o objetivo de auxiliar os países a serem capazes de garantir o acesso equitativo a intervenções de saúde e a ajudar a reparar desvios históricos. Como consequência, consideramos importante que as propostas de projetos apresentem informação relativa à condição socioeconômica dos beneficiários do programa. Na maior parte dos casos, a informação proporcionada pelo governo será adequada para descrever as características da população alvo. Em especial, as propostas deverão conter a informação mais atualizada possível e desmembrada ao nível administrativo mais baixo em relação aos seguintes indicadores (será dada preferência a dados subnacionais de primeiro ou segundo nível administrativo, por exemplo, estadual ou municipal. Contudo, se esses dados não estiverem disponíveis, serão utilizados dados nacionais):

- **Dados demográficos:** Tamanho da população alvo (por grupos de idade, sexo, distribuição urbana/rural etc.), indicadores de fertilidade e mortalidade, esperança de vida ao nascer e anos de vida perdidos por doenças transmissíveis.
- **Indicadores socioeconômicos:** Estes indicadores podem incluir a população ou proporção da população que vive abaixo da linha de pobreza; renda nacional bruta per capita; taxa de alfabetização em adultos; taxa líquida de matrícula em educação primária (desmembrado por homens e mulheres); população com acesso sustentável a fontes melhoradas de água potável (total, urbana, rural); população com acesso sustentável a saneamento melhorado (total, urbana, rural).
- **Estadísticas de morbidade e mortalidade:** Mortes informadas, hospitalização, egressos hospitalares, taxas de subnutrição, anemia etc.
- **Dados sobre escolas (apenas para aquelas propostas que farão MDA em escolas):** Tamanho da população em idade escolar; número de escolas e professores por unidade administrativa e área ecológica incluídas no projeto; taxas de matrícula em escolas; número e tamanho de escolas na área de implementação; número de professores; calendário escolar.

As propostas também devem proporcionar informação relativa à capacidade, recursos e cobertura do sistema de saúde na área alvo, se estiver disponível. Tal informação pode incluir indicadores como os detalhados à continuação:

- ***Infraestrutura***
 - A existência de centros e postos de saúde nas áreas alvo
 - A disponibilidade de equipes e medicamentos essenciais para o diagnóstico básico, tratamento e referência em atenção primária
 - A existência de laboratórios e laboratórios de referência para o diagnóstico e controle da qualidade do diagnóstico
 - A existência de recursos para a educação em saúde – materiais para educação e capacitação em saúde disponíveis ou em uso nas escolas / pontos de distribuição de MDA etc.
- ***Vigilância rotineira:***
 - Descrição do sistema de vigilância nacional e local em relação às selecionadas
 - O nível de desagregação dos dados informados regularmente (por exemplo, por nível geográfico, grupo de população etc.)
 - Especificação, de acordo com a política nacional, de se as DTNs devem ser obrigatoriamente informadas, e se for assim, com que frequência.

As propostas devem conter informação clara e completa sobre toda a atividade de controle e eliminação que os mesmos programas nacionais ou organizações não-governamentais estejam levando a cabo ou que tenham realizado em relação às doenças em questão durante os últimos três anos. O anterior inclui os tempos e a cobertura alcançada por tais intervenções, caso esta informação esteja disponível. Por outro lado, as propostas orientadas a apoiar atividades de MDA devem também proporcionar informação sobre outras atividades massivas de saúde pública baseadas na população (como campanhas de vacinação, semanas da saúde infantil etc.) que poderiam servir como potenciais canais de distribuição para integrar atividades de DTN. Por último, devem ser consideradas e apresentar oportunidades de mobilização social, como, por exemplo, informação sobre a possibilidade de realizar campanhas publicitárias em meios de comunicação massiva.

4.1.2. Dados de linha de base sobre a carga da doença

Todos os projetos realizados no marco da Iniciativa deverão fazer pesquisas de linha de base com o objetivo de determinar a carga da doença em questão (em termos de prevalência e a intensidade da infecção, entre outros) na área de intervenção antes de proceder com a implementação do programa. Será possível abrir exceções naqueles casos em que tais avaliações tenham sido feitas recentemente que modo que resulte desnecessário e custoso repeti-las. Será possível utilizar dados existentes sobre a carga da doença como linha de base sempre e quando sejam recentes e cumpram certas condições e, na medida do possível, seja anexado um documento que explique detalhadamente a metodologia usada na obtenção dos dados. Estas exceções serão analisadas caso a caso. Contudo, todas as demais propostas deverão indicar claramente a metodologia utilizada para realizar o mapeamento e identificar a linha de base da prevalência da doença.

4.1.2.1. Filaríase linfática e oncocercose

No caso daquelas doenças para as quais se tenha completado o mapeamento e a linha de base, será necessário apresentar a informação mais detalhada e atualizada disponível até o momento. Por exemplo, no continente americano o mapeamento da filaríase linfática e da oncocercose se encontra

quase completo. Como consequência, aquelas propostas que busquem o apoio para os esforços de eliminação destas doenças deverão proporcionar informação publicada em relatórios anuais da OMS, incluindo mapas, o tamanho da população de risco, avaliações dos níveis de infecção de base nos locais sentinela e os níveis atuais de infecção, se forem conhecidos. A tabela 3 apresenta um resumo das pautas de mapeamento existentes junto com os links aos documentos de referência correspondentes da OMS.

Em relação à filariase linfática, existe uma série de testes de diagnóstico que permitem identificar os indivíduos infectados. O Grupo de Trabalho em M&A insiste no uso da técnica TIC (teste imunocromatográfico) para a detecção de antígenos para determinar a prevalência de LF. Também é possível recorrer ao teste de microfilaremia utilizando amostras de sangue tomadas durante a noite para confirmar o diagnóstico em indivíduos que obtiveram resultados positivos com o método TIC e para medir a densidade de microfilárias nos indivíduos infectados. Contudo, dada sua falta de sensibilidade e sua maior demanda logística, recomenda-se usar amostras de sangue tomadas à noite apenas como método principal de detecção naqueles casos em que não seja possível obter placas para TIC de forma oportuna. As pautas da OMS enfatizam a necessidade de monitorar a microfilaremia nos locais sentinela para documentar o impacto do programa como precursor dos estudos para deter a MDA.

4.1.2.2. Tracoma

Os quatro componentes da estratégia apoiada pela OMS e respaldada mundialmente para a eliminação do tracoma – conhecida como estratégia SAFE por seu acrônimo em inglês – são: 1) Intervenção cirúrgica para corrigir a triquíase (TT) ; 2) tratamento com antibióticos para tratar a infecção ocular por *Chlamydia Trachomatis* seja com administração massiva de medicamentos ou um enfoque baseado na família e/ou no indivíduo; 3) promoção da limpeza facial e higiene pessoal para reduzir a transmissão; e 4) melhorias meio ambientais para reduzir a incidência através da interrupção do ciclo de infecção.⁴³ Em concordância com o compromisso do Fundo Fiduciário de estimular uma metodologia integrada para o tratamento das DTN, as propostas de projetos relacionados com tracoma dirigidas ao Fundo deverão abordar cada um destes componentes. Não serão aceitas postulações a o Fundo a menos que estas proponham intervenções para os quatro componentes da estratégia SAFE.

O Programa Mundial da OMS para a Eliminação da Cegueira por Tracoma desenvolveu pautas rígidas para definir a distribuição de infecção assim como a prevalência de base no interior das comunidades alvo. Tais pautas deverão servir de base para qualquer pedido de financiamento para o mapeamento ou implementação de atividades dirigidas ao tracoma. De acordo com estas pautas, é possível medir a carga do tracoma determinando a prevalência do tracoma folicular (TF) em crianças entre 1 e 9 anos. Portanto, para fins de avaliação da prevalência de base e durante o seguimento devem ser definidas as amostras de tal forma que seja possível estimar a prevalência no grupo entre 1 e 9 anos com um grau de segurança aceitável (mesmo que amostra inclua uma franja de idade mais ampla). O anterior tem como finalidade garantir a compatibilidade entre estimativas realizadas em ambientes diferentes. Também faz-se necessário avaliar e informar a prevalência de triquíase tracomatosa (TT) em indivíduos de 15 anos ou mais, ainda que seja importante precisar que seja aceito um nível de precisão menor para esta

⁴³ (Bitran et al. 2009), (Bitran et al. 2009)

estimativa porque esta é uma manifestação incomum.⁴⁴ Trata-se então de um indicador importante já que a TT é um sinal mais urgente de risco de cegueira ou deficiência visual e sua prevalência pode ajudar a determinar a necessidade de serviços cirúrgicos e servir como indicador proxy para sensibilizar aos pacientes a respeito da importância de buscar atendimento de forma oportuna.⁴⁵

A OMS recomenda estimar a prevalência do tracoma ativo em nível de unidades de implementação, isto é, distritos ou municipalidades (o segundo nível sub-nacional corresponde a unidades de implementação com populações aproximadas de 100.000 indivíduos). Dada a alta concentração da distribuição do tracoma na América Latina e Caribe, inclusive no interior de municípios endêmicos, espera-se que as propostas apresentem uma estratégia de avaliação da prevalência a nível de comunidade (o terceiro nível administrativo subnacional ou similar) em áreas críticas de tracoma.

O método standard para estimar a carga do tracoma de maneira confiável é o modelo de estudos transversais de prevalência populacional (PBPS, por seu acrônimo em inglês) com um desenho de Amostragem Aleatória por Conglomerados (AAC). O anexo 2 apresenta um esboço de protocolo para a realização de uma avaliação deste tipo. Também é possível recorrer a ferramentas alternativas para determinar se em uma comunidade dada, o tracoma é endêmico (ferramentas para o Método de Avaliação Rápida – MAR) e para classificar as comunidades como de alta ou baixa prevalência. Estas ferramentas foram desenhadas para apoiar a tomada de decisões operativas em ambientes de recursos limitados e não estão baseadas em amostragens de probabilidade. Portanto, os sócios do Fundo Fiduciário para as DTNs decidiram que os projetos relacionados com tracoma que recebam financiamento do fundo devem propor a medição da prevalência de base e do impacto baseado em PBPS com AAC e, de preferência, com Probabilidade Proporcional ao Tamanho do conglomerado (PPT). É possível utilizar metodologias alternativas durante as atividades de monitoramento para determinar se uma comunidade em particular continua sendo candidata para receber tratamento. Contudo, no caso das avaliações de base e de impacto, as propostas devem estar comprometidas a utilizar metodologias mais rigorosas. As metodologias de amostragem propostas deverão ter em conta um efeito de desenho estimado em 4-5 para o tracoma ativo e de 1.5-2 para a triquíase. A meta final da intervenção (MFI) dirigida ao tracoma é, segundo a OMS, alcançar uma prevalência da TF inferior a 5% e, para todos os casos de TT, ter sido operado ou ter recebido alguma oferta de tratamento cirúrgico. À medida que a unidade de implementação se aproxima da MFI, os programas devem começar a planejar a forma com que será realizada a vigilância. Atualmente a OMS se encontra nas etapas finais de elaboração de um manual guia para vigilância, que deverá ser publicado em breve.

4.1.2.3. Geo-helminíase e esquistossomose

A OMS publicou numerosas pautas relacionadas com o monitoramento e a avaliação das helmintíases transmitidas por contato com o solo e a esquistossomose.⁴⁶ Tais pautas estabelecem os métodos a ser utilizados para uma avaliação rápida da prevalência da infecção em nível comunitário, que são baseados

⁴⁴ (Organização Mundial da Saúde2006b)

⁴⁵ (Organização Mundial da Saúde2006b)

⁴⁶ Montresor et al. 1998), (Montresor et al. 1999), (Montresor et al. 2002), (Organização Mundial da Saúde2006a), (Organização Mundial da Saúde 2007b), (Organização Mundial da Saúde2010), (Organização Mundial da Saúde. Será publicado em breve)

em uma amostragem por conveniência de 250 escolares por região administrativa ou área ecológica. No entanto, as suposições de fundo do método de avaliação rápida são que o uso racional de recursos deve ser priorizado em comparação com a exatidão estatística. A avaliação rápida tem como propósito entregar uma aproximação da carga da doença em um ambiente de recursos limitados para fins programáticos, ou seja, informar os responsáveis das decisões sobre o melhor calendário de tratamento para a comunidade avaliada. Os sócios do Fundo Fiduciário para as DTNs decidiram exigir níveis mais altos de rigor epidemiológico na vigilância das geo-helmintíases e esquistossomose, assim como no monitoramento e avaliação de projetos que recebam financiamento. Deste modo, as atividades do Fundo Fiduciário colaboram com dados confiáveis e válidos para o processo de mapear a prevalência de geo-helmintíase e esquistossomose na região. Para isso, as propostas relacionadas com geo-helmintíase e esquistossomose serão avaliadas de acordo com a qualidade do rigor epidemiológico aplicado à metodologia de mapeamento de linha de base que propõem. Como mencionada na seção 2, os postulantes aceitos receberão recursos adicionais proporcionais para garantir estes altos padrões.

As avaliações de prevalência efetuadas tanto para linha de base como para o seguimento deverão estar sustentadas em metodologias de amostragem probabilística, seja através de amostragem aleatória simples (para projetos de menor escala onde existe um marco amostral e os recursos permitam) ou, no caso do tracoma, através de pesquisas transversais de prevalência populacional ou nas escolas realizadas por meio de AAC e de preferência PPT. O anexo 1 apresenta uma lista de publicações que descrevem este procedimento. Por sua parte, o anexo 2 apresenta um esboço de protocolo para amostragem. Para cada área ecologicamente homogênea no interior da área de implementação devem ser tomadas amostras independentes. A amostragem paralela deverá ser utilizada quando seja necessário obter estimativas separadas de grupos diferentes.⁴⁷

4.2. Monitoramento e avaliação de projetos

Todo projeto deve ir acompanhado de um plano que permita tanto monitorar os processos e o funcionamento do programa como avaliar seu impacto. Reconhecendo os altos custos associados em sua maioria com medições de impacto do programa, seria aconselhável utilizar os guias proporcionados pela OMS como base para tais avaliações. Contudo, para aqueles programas dirigidos ao combate da geo-helmintíase e esquistossomose, recomenda-se um seguimento mais diligente de acordo com a metodologia descrita no parágrafo anterior. Do mesmo modo, os sócios do Fundo Fiduciário expressaram seu interesse em apoiar uma linha de investigação operativa paralela à implementação do programa com o objetivo de avaliar o impacto do tratamento das DTN em termos sociais mais amplos. Para isso, foram formulados os seguintes critérios para avaliar as postulações ao Fundo Fiduciário. Estamos dispostos a comprometer recursos adicionais – tanto apoio técnico e ferramentas de compilação de informação como recursos financeiros – para facilitar a aprovação de projetos que cumpram com esses requisitos. Esperamos que a informação compilada no marco destes projetos contribua para um melhor entendimento da distribuição destas doenças na América Latina e Caribe.

⁴⁷ (Davis et al.)

Tabela 4: Indicadores para a avaliação de projetos relacionados com geo-helmintíase e esquistossomose.

A informação sobre os indicadores de desempenho deverá ser registrada e comunicada ao final de cada ciclo de MDA, enquanto que os indicadores epidemiológicos e de impacto deverão ser avaliados em relação com a linha de base a cada 2 ou 3 anos e no final do projeto.

	Indicador	Numerador	Denominador	Exigido pelo Fundo
Indicadores de desempenho	Cobertura do programa	Quantidade de indivíduos em uma área tratados pelo programa de Quimioprofilaxia (QP)	Número total de indivíduos considerados para tratamento de QP nessa área	Sim
	Cobertura epidemiológica	Quantidade de indivíduos na área tratados pelo programa QP	Número total de indivíduos em risco de contrair a doença nessa área	Apenas quando existirem dados fidedignos sobre a população em risco
	Cobertura geográfica	Quantidade de unidades administrativas endêmicas nas quais se implementa a QP	Número total de unidades administrativas endêmicas que requerem QP	Apenas para projetos de alcance nacional ou estadual
	Cobertura escolar	Quantidade de escolas nas quais foi administrada QP	Número de escolas donde se requer QP, na área de implementação	Apenas para QP em escolas
	Cobertura de atividades de educação em saúde / promoção da saúde	Quantidade de escolas/classes/comunidades onde foi realizada ao menos uma atividade	Número de escolas/classes/comunidades na área de implementação	Não

Indicadores de impacto epidemiológico	Prevalência acumulada de geo-helmintíase	Quantidade de indivíduos infectados com <u>qualquer</u> espécie de geo-helmintos	Número de indivíduos examinados	Sim
	Prevalência de geo-helmintos por espécie	(Para cada espécie X de helmintos) Quantidade de indivíduos infectados com X	Número de indivíduos examinados	Sim
	Prevalência de infecções por esquistossomas	Quantidade de indivíduos infectados por esquistossomas	Número de indivíduos examinados	Sim
	Prevalência geral de infecções de alta intensidade por geo-helmintos ⁴⁸	Quantidade de indivíduos com infecções de alta intensidade por <u>qualquer</u> espécie de geo-helmintos	Número de indivíduos examinados	Sim
	Prevalência de infecções de alta intensidade por cada espécie de geo-helmintos	Quantidade de indivíduos com infecções de alta intensidade pela espécie X de geo-helmintos	Número de indivíduos examinados	Sim
	Prevalência de infecções de alta intensidade por esquistossomas	Quantidade de indivíduos com infecções de alta intensidade por esquistossomas	Número de indivíduos examinados	Sim
Indicadores adicionais de impacto	Prevalência de retardo do crescimento	Quantidade de indivíduos com baixa estatura para a idade	Número de indivíduos avaliados	Não
	Prevalência de anemia	Quantidade de indivíduos com valor de Hb < 11g/dl	Número de indivíduos avaliados	Não
	Participação escolar	Quantidade de alunos que vão à escola em dia dado	Número de crianças matriculadas	Não
	Desempenho escolar	-	-	No

⁴⁸ O anexo 2 proporciona definições de infecções de grande intensidade por espécies de helmintos.

	Função cognitiva	Pontuação no teste WISC-III	Número total de crianças avaliadas	Não
	Desenvolvimento psicomotor	-	-	Não
	Conhecimentos, atitudes e práticas	-	-	Sim
	Indicadores de comportamento	-	-	Não
Outros indicadores	Avaliação de eficácia de medicamentos	-	-	Não
	Presença e uso de latrinas	-	-	Não

Tabela 4: Indicadores para a avaliação de projetos relacionados com tracoma⁴⁹

	Indicador	Numerador	Denominador	Exigido pelo Fundo
Indicadores de desempenho	Cobertura do programa de intervenção cirúrgica (componente '1')	Quantidade de indivíduos com TT que recebem cirurgia corretiva	Número de indivíduos que sofrem de TT na área de implementação	Sim
	Cobertura geográfica do programa de intervenção cirúrgica	Quantidade de unidades de implementação nas quais são realizados trabalhos de identificação e derivação de casos ativos de TT	Número de unidades de implementação indicadas para sua incorporação no programa	Sim
	Cobertura do programa para MDA (componente '2')	Quantidade de indivíduos na área tratados no programa MDA	Número total de indivíduos considerados para tratamento de MDA na área	Sim
	Cobertura epidemiológica de MDA	Quantidade de indivíduos na área tratados no programa MDA	Número total de indivíduos em risco de contrair a doença	Sim
	Cobertura geográfica do programa para MDA	Quantidade de comunidades endêmicas nas quais foi implementada a MDA	Número total de comunidades endêmicas nas quais é necessária a MDA	Sim
	Cobertura geográfica do programa para a promoção da limpeza facial (componente '3')	Quantidade de comunidades endêmicas nas quais foi implementada a promoção de limpeza facial	Número total de comunidades endêmicas nas quais é necessário promover a limpeza facial	Sim
	Cobertura geográfica do programa para as intervenções de melhora ambiental (componente '4')	Quantidade de comunidades endêmicas nas quais foram implementadas intervenções de melhora ambiental	Número total de comunidades endêmicas nas quais são necessárias intervenções de melhora ambiental	Sim
	Cobertura geográfica acumulativa do programa para os componentes 2, 3 e 4	Quantidade de comunidades endêmicas nas quais foram implementados os componentes 2, 3 e 4	Número total de comunidades endêmicas nas quais são necessários os componentes 2, 3 e 4	Sim
res epidemiológicos	Prevalência de TF em crianças entre 1 e 9 anos	Quantidade de indivíduos positivos para TF	Número total de indivíduos entre 1 e 9 anos submetidos a exame de TF	Sim

⁴⁹ Tomado de (Organização Mundial da Saúde 2006b). TT = Triquíase tracomatosa, signo de tracoma ativo. MDA= Administração massiva de medicamentos.

	Prevalência de TT em pessoas de 15 anos ou mais	Quantidade de indivíduos positivos para TT	Número total de indivíduos de 15 anos ou mais submetidos a exame de TT	Sim
--	---	---	--	-----

4.2.1. Indicadores de desempenho:

Os indicadores de desempenho são aqueles utilizados para determinar se a cobertura do programa alcançou seu objetivo.⁵⁰ A informação sobre indicadores de desempenho deve ser registrada e comunicada no final de cada ciclo de MDA. A cobertura de medicamentos é o indicador mínimo para avaliar e comparar o desempenho do programa e é o mesmo para todos os programas onde se implementa a MDA.⁵¹ A informação sobre cobertura deve ser registrada por meio de observação direta no ponto onde o indivíduo ingere o medicamento (ou seja, a pessoa que registra a informação deve poder observar que o indivíduo efetivamente engole o comprimido. Isso normalmente ocorre em projetos de QP em escolas, onde o (a) professor(a) ou a enfermeira da escola administra o medicamento anti-helmíntico e registra o evento ao mesmo tempo). Tal informação deve ser compilada em folhas de registro ou em formulários que indiquem o número e idade das pessoas submetidas ao tratamento. Os anexos do manual Quimioprofilaxia em Helmintíase Humana da OMS⁵² proporcionam alguns exemplos. A cobertura informada deve ser verificada de maneira independente ao menos uma vez durante o projeto proposto através de uma pesquisa de avaliação rápida.

Os sistemas de monitoramento e avaliação devem dar conta da cobertura do programa assim como da cobertura geográfica e epidemiológica da MDA em cada ciclo de tratamento. Estes três indicadores são definidos da seguinte forma:⁵³

4.2.1.1. Cobertura do programa

A cobertura de programa de uma área administrativa determinada se define como:

$$= \frac{\text{Cantidad de individuos en dicha área que han recibido tratamiento del programa de QTP}}{\text{Número total de individuos identificados para tratamiento por el programa de QTP en dicha área}} \times 100$$

= Quantidade de indivíduos em tal área que tenham recebido tratamento do programa de QP

Número total de indivíduos identificados para tratamento pelo programa de QP em tal área

O cálculo representa a proporção de indivíduos que o programa esperava cobrir inicialmente através dos canais de distribuição propostos e que receberam tratamento como resultado do programa. Este indicador será utilizado para monitorar e avaliar a eficácia do programa.

4.2.1.2. Cobertura epidemiológica:

A cobertura epidemiológica para uma área administrativa determinada se define como:

$$= \frac{\text{Cantidad de individuos en dicha área que han recibido tratamiento del programa de QTP}}{\text{Número total de individuos en riesgo de contraer la enfermedad en dicha área}} \times 100$$

⁵⁰ (Organização Mundial da Saúde. Será publicado em breve)

⁵¹ (Organização Mundial da Saúde 2007b)

⁵² (Organização Mundial da Saúde 2006a)

⁵³ (Organização Mundial da Saúde 2007b), (Organização Mundial da Saúde 2010)

= Quantidade de indivíduos em tal área que tenham recebido tratamento do programa de QP

Número total de indivíduos em risco de contrair a doença em tal área

O cálculo representa a proporção de indivíduos no interior do grupo de risco selecionado para a intervenção na área de implementação (independentemente de se é possível ter acesso a eles através do canal de distribuição escolhido) que efetivamente ingerem um medicamento. Por exemplo, em um programa de QP escolar, o denominador do indicador de cobertura do programa será o número de crianças matriculadas em escolas no interior da área de implementação, enquanto que para a cobertura epidemiológica corresponderá o número de crianças em idade escolar na área (sem importar se elas estão matriculadas ou não). Sempre que possível, a informação sobre população deverá ser atualizada com cada avaliação para garantir que o denominador reflita a população realmente em risco. Os programas nacionais deverão informar a cobertura epidemiológica em nível de país.⁵⁴

4.2.1.3. Cobertura geográfica:

A cobertura geográfica de um programa se define como:

$$= \frac{\text{Cantidad de unidades administrativas endémicas en las cuales se ha implementado el programa de QTP}}{\text{Número total de unidades administrativas endémicas en el país que requieren QTP}} \times 100$$

= Quantidade de unidades administrativas endêmicas nas quais foi implementado o programa de QP

Número total de unidades administrativas endêmicas no país que requerem QP

O cálculo anterior representa a proporção de distritos/unidades administrativas endêmicos cobertos pela QP. Corresponde a uma medida para determinar quão completa é a cobertura do programa de entidades administrativas (como distritos, municípios, estados e país) onde resida população em risco de contrair a doença.

4.2.2. Custos de tratamento

Como dito anteriormente, manter o apoio dos doadores é crucial para o desenvolvimento e o crescimento dos projetos relacionados com as DTN na América Latina e Caribe. Um dos aspectos mais importantes para garantir tal apoio é contar com documentos adequados que deem conta do custo-benefício das intervenções. Mesmo que fosse caro demais incluir análises detalhadas de custo-benefício como uma característica standard na maioria dos projetos, estas análises acabam sendo interessantes e seriam vistas como um ponto a favor na hora de dar o apoio. Por outro lado, espera-se que todos os projetos compilem informação básica a respeito do custo da intervenção em termos de número de pessoas tratadas. Convidamos todos os postulantes a propor uma maneira de informar que contenha um detalhamento completo dos custos do programa para permitir análises ex post posteriores sobre o custo-benefício do programa. Para ter acesso aos guias de análises de custos na atenção primária de saúde, consulte:

⁵⁴ Equivalente ao indicador de “cobertura nacional” apresentado pela Organização Mundial da Saúde 2010

- Creese, Andrew, and David Parker. 1994. Cost analysis in primary health care. Geneva: World Health Organization

4.2.3. Indicadores de impacto epidemiológico e/ou de resultados:

A cobertura corresponde a um indicador de processo e não deve ser usado como indicador proxy do impacto. O impacto de um programa de MDA deve ser avaliado em função do efeito de tal programa nos indicadores parasitológicos, sorológicos ou clínicos, o que for mais adequado. A tabela 3 oferece um resumo dos enfoques atualmente recomendados para o monitoramento.

É importante que tanto a prevalência como a intensidade das infecções por geo-helmintíase e esquistossomose sejam informadas e avaliadas em intervalos de dois a três anos e imediatamente antes de realizar a campanha de MDA correspondente a estes anos. A intensidade da infecção deverá ser calculada como a prevalência de infecções em cada um dos três níveis de intensidade (leve, moderada e grave) de acordo com os umbrais determinados pela quantidade de ovos por gramo estabelecidos pela OMS (consulte o Anexo 5).⁵⁵ Como indicador complementar, a intensidade pode ser informada também como a quantidade média de ovos presentes na amostra. Tanto a prevalência como a intensidade da infecção na amostra devem ser apresentadas como medidas acumuladas (para qualquer tipo de parasita) e ser desdobrada segundo a espécie. As infecções por geo-helmintíase e esquistossomose devem ser diagnosticadas seguindo a técnica Kato Katz, embora também poderão ser aceitos projetos que proponham métodos alternativos respaldados por estudos de laboratório, sempre e quando tais métodos tiverem sido validados apropriadamente. Ainda assim, deverão ser realizadas medidas de controle de qualidade com o objetivo de garantir a uniformidade dos resultados de observações realizadas com microscópio.

As pesquisas de seguimento da prevalência utilizadas no final do programa para determinar o impacto da geo-helmintíase e/ou esquistossomose (prevalência parasitológica) e do tracoma (prevalência oftalmológica – TT e TF) deverão empregar as mesmas metodologias de amostragem probabilística usadas nas avaliações de base. Em caso que o projeto assim permita, é aconselhável que as avaliações de base sejam aplicadas novamente na mesma amostra de escolas, comunidades etc. utilizadas para as avaliações de seguimento com o objetivo de que possam logo servir como "lugares sentinela" que proporcionem dados longitudinais. Da mesma maneira que para a geo-helmintíase e a esquistossomose, no caso do tracoma deve-se dar um prazo de 2 a 3 anos entre avaliações de prevalência para assim proporcionar um marco de tempo suficiente para que algum impacto possa ser detectado. Para avaliar o marco lógico e as atividades relacionadas com a oncocercose, as propostas deverão ser ajustadas às pautas publicadas, enumeradas na tabela 3.

É possível que entre a avaliação inicial da linha de base e a avaliação do impacto final seja necessário monitorar os avanços da intervenção utilizando para isso os indicadores epidemiológicos. As pautas referentes à desparasitação de estudantes que a OMS publicará em breve esboçam uma metodologia prática e de baixo custo para a obtenção de informação parasitológica a partir dos "lugares sentinela"

⁵⁵ (Montresor et al. 1998)

para fins programáticos.⁵⁶ Tais pautas poderão servir de guia para aqueles programas de MDA que buscam tratar estudantes na escola. Neste caso, os lugares sentinela corresponderão às escolas. Se o programa tem como objetivo outros grupos, como, por exemplo, pré-escolares, deverão ser especificados métodos alternativos para monitorar os avanços registrados em tais grupos. Do mesmo modo, as pautas sugerem umbrais de prevalência para reduzir a frequência da distribuição de MDA. A Iniciativa de luta contra as DTN na ALC apoia estas sugestões – as quais podem igualmente ser extrapoladas a programas de desparasitação centrados em outros grupos tais como crianças em idade pré-escolar – como uma estratégia guia para outros programas bem-sucedidos de redução e de longa duração, sempre e quando estes sejam aplicados depois de um período de 5 a 6 anos de campanhas de MDA constantes e ininterruptas com altas coberturas (>75%), preferivelmente acompanhadas de melhoras sanitárias e no fornecimento de água. Enquanto tais pautas não tenham sido publicadas, recomenda-se aos postulantes consultar o grupo de trabalho de M&A da Iniciativa contra as DTNs para obter mais detalhes sobre estas sugestões.

4.2.4. Outros indicadores necessários:

Toda informação referente a efeitos adversos graves (EAG) desenvolvidos pelos indivíduos tratados deverá ser registrada e informada à autoridade reguladora nacional e à empresa farmacêutica. Tanto a OMS⁵⁷ como o BID podem fornecer o formulário standard para comunicar os EAG.

É importante compilar informação sobre conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) relacionados com as doenças e seus fatores de risco em ao menos um subconjunto da amostra total de indivíduos a serem avaliados. Para isso, o BID está desenvolvendo questionários CAP standard.

Dependendo da situação particular e das doenças presentes na população alvo, poderá ser necessário especificar o tipo de indicadores a utilizar para monitorar mudanças no comportamento. O anterior é particularmente válido para aqueles projetos que incluem um componente educativo ou de mobilização social. Nestes casos, a escolha de indicadores específicos para monitorar e avaliar mudanças no comportamento dependerá dos objetivos particulares da estratégia estabelecidos na proposta e das ações que o projeto deverá implementar. O anexo 4 apresenta um exemplo de como desenvolver indicadores de mudança de comportamento baseando-se nos objetivos de um projeto. Entretanto, a compilação de dados para medir esta mudança não é sempre direta. Frequentemente não é possível observar o comportamento em si (por exemplo, lavar as mãos).

Neste caso, pode ser necessário identificar indicadores proxy observáveis, tais como a presença de sabão e de um lugar para lavar as mãos perto do vaso sanitário ou do lugar onde são preparados os alimentos.⁵⁸ Sugere-se aos postulantes consultar as seguintes publicações:

⁵⁶ (Organização Mundial da Saúde. Será publicado em breve)

⁵⁷ (Organização Mundial da Saúde 2006a)

⁵⁸ (Favin, Nalmoll, y Sherburne 2004)

- Favin, M and others. Improving Health through Behavior Change: A Process Guide on Hygiene Promotion. Washington DC: Environmental Health Project / Pan American Health Organization / United States Agency for International Development, 2004.
- Parks, W, and L Lloyd. Planning Social Mobilization and Communication for Dengue Prevention and Control. Geneva: World Health Organization, 2004.

4.2.5. Indicadores adicionais

Os seguintes indicadores não são necessários, mas aquelas propostas que contenham algum deles em seus planos de M&A serão especialmente consideradas:

4.2.5.1. Indicadores de processo:

Os indicadores de processo são utilizados para determinar se os elementos organizacionais do programa encontram-se habilitados e funcionam corretamente.⁵⁹ Tais elementos variam segundo o desenho da intervenção, mas no caso dos programas de MDA podem ser incluídos os seguintes:⁶⁰

Indicadores que permitem monitorar a eficiência da aquisição e gestão de medicamentos

- Qualidade dos medicamentos: permite saber se um medicamento de qualidade adequada (comprovada através de um relatório de controle de qualidade) foi recebido ao menos 2 anos antes de sua data de validade.
- Aquisição de medicamentos: proporção de medicamentos recebidos, do total de medicamentos pedidos. Meta 100%.
- Distribuição de medicamentos em unidades periféricas: proporção de postos de distribuição de medicamentos (por ex., escolas) estabelecidos pelo programa que recebem os medicamentos a tempo e em quantidades suficientes para administrá-los.
- Armazenagem de medicamentos: proporção de comprimidos adquiridos que vencem no local de armazenagem central. Meta <5%.

Indicadores que permitem monitorar a distribuição do material de apoio

- Presença de material de apoio (por ex., “tablet pole” ou balanças para a administração de praziquantel, formulários de relatório, materiais de educação em saúde, materiais de capacitação etc.): proporção de unidades de implementação ou postos de distribuição que recebem material de apoio a tempo e em quantidades suficientes para a campanha.

Indicadores que permitem monitorar a apropriada capacitação dos distribuidores de medicamentos

- Número de sessões de capacitação para os distribuidores
- Número de distribuidores treinados
- Suficiência da capacitação (pode ser determinado através de questionários aplicados antes e depois da capacitação)

Ainda assim, é importante permitir a comunicação de toda informação sobre a aceitação do projeto por parte da comunidade (tema que pode ser abordado com pesquisas CAP. O anexo 1 apresenta

⁵⁹ (Organização Mundial da Saúde. Será publicado em breve)

⁶⁰ Adaptado de (Organização Mundial da Saúde. Será publicado em breve)

publicações sobre o assunto). O anexo 3 apresenta uma lista de indicadores de processo sugeridos para os programas de QP e para os programas integrados de DTN.

4.2.5.2. Indicadores adicionais de impacto/resultado:

Ainda que não seja um requisito, será dada preferência a aquelas propostas que tenham como propósito avaliar o impacto da QP na morbidade ou outros resultados negativos associados com as infecções por geo-helmintíase e esquistossomose. Entretanto, o marco de tempo proposto para a medição destes indicadores pode variar, ainda que não deverá ser considerado o fato de que o impacto da MDA na morbidade causada pelas DTNs em geral demora vários anos. Tais indicadores podem incluir:

- Indicadores nutricionais: anemia, retardo no crescimento, circunferência do braço, apetite etc.
- Resultados de testes da função cognitiva e desenvolvimento psicomotor.
- Medições de assistência escolar e desempenho em testes/exames.
- Frequência de sintomas, tais como dor de estômago ou diarreia.

4.2.5.3. Atividades de educação em saúde / promoção da saúde:

A cobertura das atividades de educação em saúde e promoção da saúde dirigidas a reduzir o risco de transmissão das DTNs pode ser medido em nível de comunidade (por ex., cobertura geográfica: proporção de comunidades ou escolas alvo nas quais alguma das atividades tenha sido desenvolvida). Também, é possível informar a assistência a atividades de promoção da saúde. O impacto das atividades de promoção da saúde deve ser medido utilizando uma pesquisa CAP.

4.2.6. Monitoramento e avaliação para os programas integrados de DTN

As postulações correspondentes a aqueles programas que propõem um enfoque integrado para mais de uma DTN em áreas coendêmicas deverão proporcionar um método integrado de monitoramento e avaliação. Para mais orientações sobre o processo para desenvolver ferramentas integradas de monitoramento e avaliação para várias DTNs, recomenda-se aos postulantes consultar o *Manual de Métodos para um Controle Integrado das Doenças Tropicais Negligenciadas*⁶¹ que a OMS publicará em breve.

4.2.7. Avaliação do fortalecimento do sistema de informação de saúde

É sugerido aos postulantes considerar a forma em que o projeto ajudará a fortalecer os sistemas de informação de saúde (SIS) e analisar de que maneira os resultados serão utilizados para influir na política do governo e como será efetuada a avaliação ex post. Cada proposta deverá incluir uma estratégia de fortalecimento dos SIS com a realização de pesquisas epidemiológicas, relatórios periódicos de MDA, cobertura de intervenções e outras atividades que sejam relevantes para os requerimentos de cada nível administrativo – instituições de saúde, nível municipal, estadual, nacional ou internacional – e que permitam desmembrar a informação por idade, sexo, grupo étnico, áreas rurais ou urbanas etc. Além disso pode ser necessário incluir um componente de fortalecimento de recursos humanos não apenas com o objetivo de reunir dados, mas também para consolidar, analisar e divulgar a

⁶¹ (Organização Mundial da Saúde 2010)

informação aos responsáveis atuais na tomada de decisões e, no geral, para a comunidade ligada à saúde pública. Este é um requisito importante para a promoção de enfoques integrados e interprogramáticos às DTNs.

As propostas deverão apresentar uma metodologia para o levantamento e análise da correlação entre as variáveis socioeconômicas e a prevalência das DTNs, assim como para a definição de indicadores socioeconômicos sujeitos a monitoramento e avaliação durante a implementação do projeto. É importante demonstrar de que forma o enfoque intersectorial deverá ser incorporado à coordenação do trabalho no contexto da proposta.

O Fundo Fiduciário se compromete a apoiar aquelas propostas que incluam estratégias e ações que fortaleçam os SIS tanto a escala local como nacional. O anterior é importante para garantir o processo de M&A. A falta de um sistema de informação robusto pode fazer com que a informação relacionada com a prevalência, os serviços de saúde, vigilância etc. não esteja disponível para assegurar a produção, análise, divulgação e utilização de informação relevante e oportuna sobre as DTNs.

As seguintes ações podem ajudar a fortalecer os SIS:⁶²

1. Reforçar a capacidade, habilidades e procedimentos do pessoal e adquirir o equipamento apropriado para facilitar ou melhorar a geração de informação
2. Compilar, analisar ou sintetizar estes dados em informação estratégica
3. Utilizar, divulgar e comunicar a informação sobre saúde

A informação referente às DTNs pode abarcar os seguintes tópicos:

- Sistemas de vigilância: prevalência e incidência por grupo de idade, sexo, grupo étnico, área (rural ou urbana), nível administrativo, etc.
- Cobertura de medicamentos e sistemas de abastecimento
- Intervenções para o controle e a eliminação. Manejo da morbilidade
- Indicadores demográficos e socioeconômicos
- Informação meio ambiental
- Entrega de serviços de saúde

4.2.8. Avaliação da geração de informação e da capacidade de informar

1. Quantidade de pessoas capacitadas em M&A (por nível)⁶³.

A criação de capacidades através de atividades de capacitação em M&A dirigidas ao pessoal de saúde permite aos indivíduos que receberam tal capacitação gerar informação de qualidade, analisá-la e utilizá-la para aperfeiçoar o planejamento de programas e a tomada de decisões, melhorando assim os sistemas de saúde e seu estado. Portanto, este indicador proporciona informação sobre o grupo de trabalhadores cuja capacidade se desenvolva na área de M&A.

⁶² (Fundo Mundial de Luta contra a Aids, a Tuberculose e a Malária 2009)

⁶³ (Fundo Mundial de Luta contra a Aids, a Tuberculose e a Malária 2009)

$$= \frac{\text{Cantidad de personal – voluntarios que han recibido capacitación en M\&E}}{\text{Número total de personal que se encuentra desempeñando labores de M\&E}} \times 100$$

= Quantidade de pessoal – voluntários que tenha recebido capacitação em M&A

Número total de pessoal que se encontra desempenhando funções de M&A

Neste caso, a “capacitação” se refere aos programas de capacitação proporcionados “em serviço” a aqueles funcionários de M&A ou ao pessoal que possui responsabilidades de M&A com o objetivo de atualizar suas habilidades e seu conhecimento ou então agregar novos materiais e exemplos de boas práticas necessários para realizar suas responsabilidades de M&A atuais ou futuras. A capacitação pode ser realizada através de uma metodologia de aprendizagem estruturada e acompanhada de atividades de seguimento ou então seguindo um enfoque menos estruturado dirigido a resolver problemas ou fechar brechas no desempenho. Pode estar constituída por cursos técnicos breves sem diplomação que sejam realizados em estabelecimentos acadêmicos ou de outra natureza, seminários não acadêmicos, workshops, experiências de aprendizagem no local de trabalho, visitas de estudo através de observação ou então exercícios ou intervenções de aprendizagem à distância.

2. Número e porcentagem de instituições ou voluntários de saúde que utilizam formatos de compilação de informação estandarizados seguindo pautas nacionais/subnacionais

O indicador mede o número de instituições ou voluntários de saúde com ferramentas estandarizadas de compilação de informação. Isso inclui documentos e registros manuais como fonte primária, formatos de compilação e informação de dados e bases de dados manuais e eletrônicas utilizadas para a coleta de dados.

$$\frac{\text{Cantidad de establecimientos de salud que cuenta con mecanismos y herramientas de recopilación y análisis de datos}}{\text{Número total de establecimientos de salud que ofrecen servicios de ETD}}$$

Quantidade de estabelecimentos de saúde que contam com mecanismos e ferramentas de compilação e análise de dados

Número total de estabelecimentos de saúde que oferecem serviços de DTNs

3. Número e porcentagem de unidades de implementação que enviam formulários completos, precisos e oportunos em seu nível administrativo superior correspondente

Os programas nacionais e subnacionais que administram o plano nacional das DTNs necessitam poder contar com informação precisa e oportuna sobre os programas gerada em todos os estabelecimentos. Ao dar seguimento a este indicador, os programas nacionais e subnacionais poderão identificar aqueles estabelecimentos de saúde que podem precisar de apoio para gerar seus relatórios de maneira precisa e oportuna.

$$\frac{\text{Cantidad de unidades de implementación que informan los datos clave de manera oportuna, completa y acuciosa}}{\text{Número total de unidades de implementación}} \times 100$$

Quantidade de unidades de implementação que informam os dados chave de maneira oportuna, completa e diligente

Número total de unidades de implementação

5. Bibliografia

- Bitrán, Ricardo, Liliana Escobar, Bernardo Martorell, and Rodrigo Muñoz. 2009. *Regional Study to Estimate the Cost of Preventing, Controlling, and Eliminating Selected NTDs in the Americas*. Bitrán & Asociados/Inter-American Development Bank, February.
- Bitran, Ricardo, Bernardo Martorell, Liliana Escobar, Rodrigo Munoz, and Amanda Glassman. 2009. Controlling and eliminating neglected diseases in Latin America and the Caribbean. *Health Affairs (Project Hope)* 28, no. 6 (December): 1707-1719. doi:10.1377/hlthaff.28.6.1707.
- Campbell-Lendrum, D H, V M Angulo, L Esteban, Z Tarazona, G J Parra, M Restrepo, B N Restrepo, et al. 2007. House-level risk factors for triatomine infestation in Colombia. *International Journal of Epidemiology* 36, no. 4 (August): 866-872. doi:10.1093/ije/dym065.
- Cattand, Pierre, Phillippe Desjeux, M. G. Guzmán, Jean Jannin, A. Kroeger, André Médiçi, Philip Musgrove, Mike B. Nathan, Alexandra Shaw, and C. J. Schofield. 2006. Tropical Diseases Lacking Adequate Control Measures: Dengue, Leishmaniasis, and African Trypanosomiasis. In *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 451-466. 2nd ed. New York: Oxford University Press.
- Cattaneo, Matias D., Sebastian Galiani, Paul J. Gertler, Sebastian Martinez, and Rocio Titunik. 2007. Housing, Health, and Happiness. *SSRN eLibrary* (August 1). http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=981822.
- Courtright, Paul, and Sheila K West. 2004. Contribution of sex-linked biology and gender roles to disparities with trachoma. *Emerging Infectious Diseases* 10, no. 11 (November): 2012-2016.
- Davis, R, J Luna, A Rodriguez, and E Sarriot. *Rapid Health Surveys: Principles and Sampling Design Handbook*. Calverton, MD: ICF Macro.
- Favin, Michael, Gall Nalmoll, and Lisa Sherburne. 2004. *Improving Health through Behavior Change: A Process Guide on HygienePromotion*. Environmental Health Project / Pan American Health Organization / United States Agency for International Development, August.
- Hartigan, Pamela. 2001. *Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud*. Publicação ocasional No. 7. Organização Pan-Americana da Saúde.
- Hohlfelder, Erin. 2008. New Analysis Finds that Neglected Tropical Disease Burden in Latin America and Caribbean May Exceed that of HIV/AIDS, TB and Malaria. *Medical News*. September 24. <http://medical.presslib.com/infectious-diseases/1377304.htm>.
- Hotez, Peter J. 2008. The Giant Anteater in the Room: Brazil's Neglected Tropical Diseases Problem. *PLoS Negl Trop Dis* 2, no. 1 (January 30): e177. doi:10.1371/journal.pntd.0000177.
- Hotez, Peter J., Maria Elena Bottazzi, Carlos Franco-Paredes, Steven K. Ault, and Mirta Roses Periago. 2008. The Neglected Tropical Diseases of Latin America and the Caribbean: A Review of Disease Burden and Distribution and a Roadmap for Control and Elimination. *PLoS Negl Trop Dis* 2, no. 9: e300. doi:10.1371/journal.pntd.0000300.
- Jamison, Dean T., Joel G. Breman, Anthony R. Measham, George Alleyne, Mariam Claeson, David B. Evans, Prabhat Jha, and Philip Musgrove. 2006. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd ed. Washington, D.C.: The World Bank.
- Lammie, Patrick J., John F. Lindo, W. Evan Secor, Javier Vasquez, Steven K. Ault, and Mark L. Eberhard. Eliminating Lymphatic Filariasis, Onchocerciasis, and Schistosomiasis from the Americas: Breaking a Historical Legacy of Slavery. *PLoS Neglected Tropical Diseases* 1, no. 2. doi:10.1371/journal.pntd.0000071.
- Mathers, Colin D., Majid Ezzati, and Alan D. Lopez. Measuring the Burden of Neglected Tropical Diseases: The Global Burden of Disease Framework. *PLoS Neglected Tropical Diseases* 1, no. 2. doi:10.1371/journal.pntd.0000114.

- Montresor, A., D. W. T. Crompton, T. W. Gyorkos, and L. Savioli. 2002. *Helminth Control in School-age Children: A guide for managers of control programmes*. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/wormcontrol/documents/en/itoviii.pdf>.
- Montresor, A., D. W. T. Crompton, A. Hall, D. A. P. Bundy, and L. Savioli. 1998. *Guidelines for the Evaluation of Soil-Transmitted Helminthiasis and Schistosomiasis at community level*. Geneva: World Health Organization. http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CTD_SIP_98.1.pdf.
- Montresor, A., T. W. Gyorkos, D. W. T. Crompton, and D. A. P. Bundy. 1999. *Monitoring Helminth Control Programmes*. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/wormcontrol/documents/publications/en/99_3.pdf.
- OEPA. 2011. Programa para la Eliminación de la Oncocerciasis en las Américas. Programa para la Eliminación de la Oncocerciasis en las Américas.
- Pan American Health Organization. 2009a. *Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections related to Poverty in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C. <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/nds-epi-profiles.pdf>.
- . 2009b. 49th Directing Council: Elimination of Neglected Diseases and Other Poverty-Related Infections. October 28. <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20%28Eng.%29.pdf>.
- Parks, Will, and Linda Lloyd. 2004. *Planning Social Mobilization and Communication for Dengue Prevention and Control: A Step By Step Guide*. World Health Organization. http://apps.who.int/tdr/publications/training-guideline-publications/planning-social-mobilization-dengue-fever/pdf/planning_dengue.pdf.
- Perera, Myrtle, Margaret Whitehead, David Molyneux, Mirani Weerasooriya, and Godfrey Gunatilleke. 2007. Neglected Patients with a Neglected Disease? A Qualitative Study of Lymphatic Filariasis. *PLoS Negl Trop Dis* 1, no. 2 (November 21): e128. doi:10.1371/journal.pntd.0000128.
- Remme, Jan H. F., Piet Feenstra, P. R. Lever, André Médici, Carlos Morel, Mounkaila Noma, K. D. Ramaiah, et al. 2006. Tropical Diseases Targeted for Elimination: Chagas Disease, Lymphatic Filariasis, Onchocerciasis, and Leprosy. In *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 433-450. 2nd ed. New York: Oxford University Press.
- The Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria. 2009. *Monitoring and Evaluation Toolkit: HIV, Tuberculosis and Malaria and Health Systems Strengthening - Part 2: Tools for monitoring programs for HIV, tuberculosis, malaria and health systems strengthening*. http://www.rollbackmalaria.org/toolbox/tool_MEtoolkit.html.
- Velez, Iván Dario, Erik Hendrick, Sara Maria Robledo, and Sonia del Pilar Agudelo. 2001. Leishmaniosis cutánea en Colombia y género. *Cadernos de Saúde Pública* 17, no. 1.
- World Health Organization. Forthcoming. *Deworming school-age children*. Geneva.
- . 2000. *Certification of elimination of human onchocerciasis: criteria and procedures*. Geneva, September 28. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_CDS_CPE_CEE_2001.18b.pdf.
- . 2004. *World Health Report 2004: Changing History*. Geneva.
- . 2005. *Monitoring and Epidemiological assessment of the Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis at Implementation Unit Level*. Geneva. http://www.searo.who.int/LinkFiles/New_Lymphatic_Filariasis_OMS_LF_ME_Assessment.pdf.
- . 2006a. *Preventive Chemotherapy in Human Helminthiasis*. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241547103_eng.pdf.
- . 2006b. *Trachoma control: A guide for programme managers*. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241546905_eng.pdf.
- . 2007a. *Global Plan to Combat Neglected tropical Diseases*. Geneva.
- . 2007b. *Preventive Chemotherapy in Human Helminthiasis: an implementation guide for programme managers - lecturer's manual*. Geneva. Geneva.

- . 2010. *Manual on approaches to integrated control of neglected tropical diseases*. Geneva.
- . 2011. *Monitoring and epidemiological assessment of mass drug administration: A manual for national elimination programmes*. Geneva.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501484_eng.pdf.

Anexo 1: Lista de publicações

Sobre amostragem polietápica por conglomerados

- Bennett, S, T Woods, W M Liyanage, and D L Smith. 1991. “A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries.” *World Health Statistics Quarterly*. Rapport Trimestriel De Statistiques Sanitaires Mondiales 44 (3): 98-106.
- Davis, R., J. Luna, A. Rodriguez, and E. Sarriot. 2009. *Rapid Health Surveys: Principles and Sampling Design Handbook*. Calverton, MD: ICF Macro.
- Levy, Paul, and Stanley Lemeshow. 2008. *Sampling of Populations: Methods and Applications*. 4th ed. Wiley.
- Magnani, Robert. 1997. *Sampling guide*. Food and Nutrition Technical Assistance Project. <http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/sampling.pdf>.
- *The World Health Survey (WHS): Sampling Guidelines for Participating Countries*. <http://www.who.int/healthinfo/survey/whssamplingguidelines.pdf>.

Sobre pesquisas de conhecimentos, atitudes e práticas

- Pan American Health Organization, American Red Cross, and United Nations Foundation. 2004. Guia para realizar a pesquisa em lares sobre as práticas chave que protegem a saúde infantil. Washington DC, USA. <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-encuesta.pdf>.
- World Health Organization, and Stop TB Partnership. 2008. A Guide to Developing Knowledge Attitude and Practice Surveys. Geneva. http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/ACSM_KAP%20GUIDE.pdf.

Sobre monitoramento de mudanças de comportamento

- Favin, Michael, Gail Naimoli, and Lisa Sherburne. 2004. Improving Health through Behaviour Change: A Process Guide on Hygiene Promotion. Environmental Health Project/Pan American Health Organization/United States Agency for International Development, August.
- Parks, W, and L Lloyd. 2004. Planning Social Mobilization and Communication for Dengue Prevention and Control. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/tdr/svc/publications/training-guideline-publications/planning-social-mobilization-dengue-fever>.

Anexo 2: Resumo de protocolo para amostragem polietápica por conglomerados para avaliar a prevalência de doenças

Em avaliações de prevalência a grande escala, frequentemente acaba sendo impraticável extrair uma amostra aleatória única que seja representativa de toda a população estudada, o que pode ser devido a que não se conta com um marco amostral ou bem ao fato de que a população se encontra dispersa em uma área muito extensa. Uma das soluções para este problema consiste na realização de uma amostragem polietápica que aproveite os agrupamentos ou “conglomerados” já existentes na população, tais como vilas, distritos escolares etc. Este método permite derivar uma estimativa da prevalência tão precisa como a obtida através de uma amostra aleatória simples e de uma forma que não resulta proibitiva em termos de custo e tempo.

À continuação se apresenta um protocolo básico para selecionar uma amostra polietápica e autoponderada através do método de seleção com probabilidades iguais. Para isso são consideradas amostras em duas etapas, ainda que seja possível adaptar o método de forma que inclua etapas adicionais. Para uma metodologia mais detalhada, é sugerido aos postulantes que revisem as publicações apresentadas no anexo 1. Segundo a metodologia aqui utilizada, as amostras de conglomerados são feitas com uma probabilidade proporcional à sua população. Com isso se garante que cada indivíduo na área em estudo tenha uma probabilidade conhecida de ser incluída na amostra e, portanto, que a prevalência da doença possa ser estimada com um grau de precisão conhecido. Esta metodologia pressupõe que é possível obter um marco confiável se for proporcionado o tamanho da população (ou seu tamanho relativo) em cada unidade primária de amostragem. Naqueles casos em que não seja possível obter um marco de amostragem deste tipo, se deverá recorrer a outros métodos. A tabela 8 apresenta uma série de definições referidas a este protocolo e a sua aplicação na área das DTNs. Para determinar a linha de base será necessário elaborar um mapeamento.

Tabela 5: Definições de unidades de amostragem para geo-helmintíase, esquistossomose e tracoma

	Geo-helmintíase e esquistossomose		Tracoma
	Em escolas	Em comunidades	
Estimativa de prevalência / área de estudo	Zona ecológica	Zona ecológica	Distrito / Município
Unidade primária de amostragem / Conglomerado	Distrito escolar / Municipalidade	Comunidade	Comunidade
Unidade de segunda etapa	Escola	Lar	Lar
Unidade básica de amostragem	<ul style="list-style-type: none"> Crianças em idade escolar (5-14) 	<ul style="list-style-type: none"> Crianças em idade escolar Pré-escolares (1 a 4 anos) 	<ul style="list-style-type: none"> Crianças entre 1 y 9 anos (TF) Adultos de 15 anos ou mais (TT)

A seguir, são apresentados os passos para selecionar a amostra:

Passo 1: Determinar o tamanho de amostra requerido e o número de conglomerados para o desenho do estudo com base em:

- Recursos disponíveis
- Prevalência estimada da doença
- Nível de precisão esperado da estimativa
- Efeito de desenho

A decisão relativa ao número de conglomerados a selecionar e o número de unidades de segunda etapa (SSU) escolhidas para cada conglomerado afetará a precisão da estimativa. Quanto maior for a amostra, mais precisas serão as projeções realizadas a partir de uma pesquisa. Contudo, dado o mesmo tamanho total geral da amostra, uma avaliação efetuada a partir de um grande número de conglomerados com poucas unidades para cada um entregará estimativas mais precisas que uma baseada em um número maior de unidades extraídas de um número menor de conglomerados. Por exemplo, uma pesquisa na qual são examinados 300 indivíduos terá resultados mais precisos que uma que inclui apenas 200, mas se os mesmos 300 indivíduos se distribuem em 50 conglomerados de seis indivíduos cada um, a estimativa será mais exata que se forem agrupados em 30 conglomerados de 10 indivíduos. Contudo, deve ser considerado que um número maior de conglomerados redundará em custos maiores de transporte, tempo e processos administrativos.

Passo 2: Obter um marco de amostragem que enumere a quantidade de SSU – tamanho da população – em cada um dos conglomerados incluídos na área de estudo (por ex., uma lista de lares na comunidade ou uma lista de escolas no distrito). Suponhamos que deve-se selecionar os conglomerados através de amostragem aleatória simples e depois selecionar igual número de SSU no interior de cada um também com amostragem aleatória simples. Isso implicaria que as SSU de conglomerados com menos SSU teriam maiores possibilidades de ser selecionadas que aquelas de conglomerados maiores. Em tal caso a amostra não seria “autoponderada”. Para poder ter uma amostra “autoponderada” seria necessário que cada unidade básica de amostragem (BSU) da população estudada tivesse as mesmas possibilidades de ser incluída na amostra. Para que a amostra seja autoponderada com probabilidades proporcionais ao tamanho do conglomerado é necessário seguir os passos detalhados a seguir:

Criar uma lista de tamanhos acumulativos da população dos conglomerados. Neste caso “tamanho da população” não se refere a toda a população, mas sim ao tamanho do grupo de risco específico para o qual tenta-se determinar a prevalência estimada (definido por idade, sexo, estado de matrícula escolar etc.). Em outras palavras, o número total de BSU possível no interior do conglomerado.

Exemplo:

Tabela 6: Marco de amostragem com exemplo

Unidade primária de amostragem / Conglomerado	Tamanho da população	Tamanho acumulativo da população	Exemplo		
			Comunidade	População entre 5 e 14 anos	Tamanho acumulativo da população
1	A	A	1	1.000	1.000
2	B	A+B	2	400	1.400
3	C	A+B+C	3	200	1.600
4	D	A+B+C+D	4	300	1.900
5	E	A+B+C+D+E	5	1.200	3.100
6	F	A+B+C+D+E+F	6	1.000	4.100
7	G	T=(A+B+C+D+E+F+G)	7	700	4.800

Passo 3: Dividir a população total de todos os conglomerados (T) pelo número de conglomerados selecionados para obter o intervalo de amostragem (IA)

Exemplo: Se são necessários três conglomerados para a amostra, $IA = (4.800 \div 3) = 1.600$

Passo 4: Gerar um número aleatório (R) entre 1 e o IA. Pode-se gerar um número aleatório introduzindo a seguinte fórmula em uma célula em uma planilha Excel =randbetween(1,1600).

Exemplo: $R = 1.218$

Passo 5: Identificar o primeiro conglomerado que será incluído na amostra localizando a R dentro da lista de tamanho acumulativo da população, ou seja, selecionar o conglomerado que contém o indivíduo número R.

Exemplo: 1.218 se encontra entre 1.000 e 1.400. Assim, o conglomerado 2 contém o indivíduo número R e deve ser incluído como primeiro conglomerado.

Passo 6: Somar o IA a R e localizar o resultado na lista de tamanho de população acumulada (igual que no passo 3) para selecionar o segundo conglomerado que será incluído na amostra, ou seja, selecionar o conglomerado que contenha o indivíduo número (IA + R).

Exemplo: $1.600 + 1.218 = 2.818$. Portanto, (IA + R) se encontra entre 1.900 e 3.100, de tal forma que o conglomerado 5 contém o indivíduo número (IA + R) e é o segundo conglomerado que será incluído na amostra.

Passo 7: Somar o IA novamente para selecionar o conglomerado seguinte, que contém o indivíduo C.

Exemplo: $2.818 + 1.600 = 4.418$. Portanto, ((IA + R) + IA) se encontra entre 4.100 e 4.800, de tal forma que o conglomerado 7 contém o indivíduo número ((IA + R) + IA) e é o terceiro conglomerado que será incluído na amostra.

Passo 8: Continuar somando o IA e selecionando o conglomerado correspondente (repetir o passo 5) até ter obtido o número de conglomerados desejado.

Passo 9: Selecionar as unidades de segunda etapa. Utilizando os marcos de amostragem correspondentes aos conglomerados selecionados, escolher o mesmo número de SSU dentro de cada conglomerado através de amostragem aleatória simples. Os avaliadores visitarão cada uma das SSU selecionadas de maneira aleatória e examinarão as BSU em cada conglomerado até alcançar o número de BSU desejado. Deve-se examinar o mesmo número de BSU em cada conglomerado.

Anexo 3: Indicadores de processo sugeridos para a elaboração de programas integrados de controle de DTN⁶⁴

Planejamento

- Comitê diretor ou de coordenação formado e operativo
- Doenças negligenciadas incluídas no Plano Nacional
- Relatório anual de política do Ministério de Saúde ao Congresso Nacional
- Controle integrado das doenças negligenciadas incluídas nos planos de saúde nacionais e estaduais
- Plano de ação integrado para o controle de doenças negligenciadas disponível nacionalmente
- Número de distritos que contam com mapas de distribuição de doenças
- Número de planos distritais de saúde que incluem um controle integrado de doenças negligenciadas ou seus vetores
- Número de reuniões de planejamento de integração realizadas nos diferentes níveis e participação nelas

Finanças

- Fundos designados e aprovados em quantidade suficiente para o plano de ação integrado
- Proporção de fundos aprovados por sócios para a implementação do plano integrado

Educação em saúde e promoção da saúde

- Disponibilidade de materiais IEC e seu uso/consumo
- Frequência de programas de rádio e televisão sobre integração
- Número de reuniões sobre educação em saúde realizadas
- Avaliação do conhecimento de prestadores de saúde e comunidades objetivo

Promoção e mobilização de recursos

- Compromisso político através de declarações e documentos de política
- Dotação orçamentária em todos os níveis

Capacitação

- Metas de capacitação alcançadas em todos os níveis, ou seja, número de professores e trabalhadores da saúde capacitados
- Qualidade da capacitação avaliada (por ex., manejo de EAG, registros adequados, dosificação apropriada etc.)

Supervisão

- Disponibilidade de listas de verificação integradas para efeitos de supervisão
- Número de visitas de inspeção planejadas efetivamente realizadas

⁶⁴ (Parks y Lloyd 2004)

- Disponibilidade de relatórios integrados de supervisão

Logística integrada

- Disponibilidade de veículos/motocicletas em bom estado e outros equipamentos tais como os computadores usados
- Disponibilidade de documentos integrados de prestação de serviços
- Base de dados e gestão de dados integradas
- Ferramentas de monitoramento, registros, manuais de capacitação etc. integrados

Recursos humanos

- Quantidade de pessoal capacitado em integração
- Atividades de integração do pessoal conforme detalhado no plano de ação

Aquisição /estoque de medicamentos

- Aplicação integrada para a aquisição de medicamentos segundo corresponda
- Aquisição oportuna de medicamentos de boa qualidade e em quantidades suficientes
- Entrega integrada de medicamentos aos distritos e unidades de saúde
- Disponibilidade de registros apropriados de medicamentos para a comunidade
- Entrega oportuna às unidades de atenção primária

1.1 Anexo 4: Como desenvolver indicadores de mudança de comportamento específicos para o projeto

Como exemplo, considere um programa de controle de geo-helmintíase que proponha um componente de educação em saúde que fomente condutas de promoção da higiene pessoal. Neste caso, o indicador de impacto na saúde corresponde à prevalência e intensidade da infecção por geo-helmintos - o resultado de saúde que a atividade de promoção da saúde tenta melhorar. Será possível decidir que o objetivo da atividade de promoção da higiene é promover os seguintes comportamentos:⁶⁵

1. Lavar as mãos apropriadamente com sabão (ou uma alternativa local) em momentos críticos (inclui a disponibilidade de elementos essenciais para a lavagem de mãos, especialmente sabão).
2. Eliminar as fezes de maneira adequada - especialmente as de crianças pequenas que não podem usar o vaso sanitário.
3. Promover o manejo apropriado da água para beber em casa e/ou escola (isso inclui o uso de uma fonte de água melhorada, armazenagem adequada para a água e, dentro do possível, tratamento da água no ponto de consumo).
4. Manipular os alimentos de forma segura em casa.

Neste caso, poderão ser desenvolvidos os seguintes indicadores para monitorar mudanças no comportamento:⁶⁶

1.1.1.1 Acesso a instalações e dispositivos

Indicador prioritário: Porcentagem de lares que usam instalações sanitárias melhoradas

Saneamento e resíduos sólidos

- Porcentagem de lares que dispõem de dispositivos que possam ser utilizados por crianças para a eliminação de fezes
- Porcentagem de lares que contam com um sistema higiênico para a eliminação de resíduos sólidos

Tecnologias e materiais do lar

- Porcentagem de lares que têm sabão
- Porcentagem de lares com produtos para o tratamento de águas
- Porcentagem de lares que utilizam um método seguro para verter água, destinada ao consumo, de um recipiente
- Porcentagem de lares que utilizam recipientes com tampa e pescoço estreito para armazenar água

⁶⁵ (Favin, Nalmoll, y Sherburne 2004), ver também (Parks y Lloyd 2004)

⁶⁶ Adaptado de (Favin, Nalmoll, y Sherburne 2004)

1.1.1.2 Promoção da higiene

- Indicador prioritário: Porcentagem de profissionais de saúde que informam ter lavado as mãos com sabão ao menos em duas oportunidades críticas durante as últimas 24 horas

Conhecimento e atitude

- Porcentagem de profissionais de saúde que conhecem ao menos duas formas de prevenir a diarreia
- Porcentagem de profissionais de saúde que conhecem ao menos dois sintomas perigosos da diarreia
- Porcentagem de estudantes que conhecem ao menos duas formas de prevenir a diarreia
- Porcentagem de profissionais de saúde que sabem como tratar a água para consumo
- Porcentagem de profissionais de saúde que conhecem ao menos duas razões pelas quais é importante lavar as mãos com sabão
- Porcentagem de profissionais de saúde que afirmam que a comunidade pode tomar ações conjuntas para prevenir a diarreia

Comportamento informado

- Porcentagem de profissionais de saúde que conhecem os momentos críticos para lavar as mãos
- Porcentagem de lares que utilizam uma instalação sanitária corretamente aseada
- Porcentagem de profissionais de saúde que lavam os recipientes para guardar água ao menos uma vez por semana
- Porcentagem de profissionais de saúde que compartilharam assuntos relativos a água, saneamento ou higiene com experts de saúde durante o último mês
- Porcentagem de pesquisados que declaram ter os seguintes comportamentos para proteger-se ou a suas famílias de possíveis contágios:

- i. Lavar as mãos com sabão/cinzas após usar a latrina
- ii. Lavar as mãos com sabão/cinzas antes de comer
- iii. Beber água limpa (ou ferver a água)
- iv. Manter os alimentos e a água para consumo limpos/protegidos
- v. Lavar frutas e verduras com água limpa antes de consumi-los
- vi. Cozinhar a carne de maneira apropriada
- vii. Usar calçado
- viii. Usar a latrina
- ix. Manter limpas as latrinas/a área ao redor dos vasos sanitários
- x. Ter as unhas limpas
- xi. Ter as unhas curtas
- xii. Promover o tratamento das infecções por vermes entre amigos e familiares
- xiii. Evitar nadar/contato com rios, lagos, pântanos etc. contaminados
- xiv. Incentivar crianças e familiares a ingerir os medicamentos para a infecção por vermes

Comunicação

- Porcentagem de profissionais de saúde que ouviram falar de atividades de promoção da higiene pessoal

- Porcentagem de profissionais de saúde que afirmam que as mensagens são claras e úteis

Ambiente habilitador

- Porcentagem de lares onde sabe-se a quem dirigir-se para obter informação sobre higiene
- Porcentagem de lares que sabe dos comitês encarregados da higiene
- Porcentagem de lares que participam do comitê
- Porcentagem de lares que participam na identificação de problemas relacionados com a água, saneamento e higiene, e nos exercícios destinados a resolver esses problemas

A compilação de informação para monitorar as mudanças de comportamento não é sempre direta. Frequentemente não é possível observar o comportamento em si (por exemplo, lavar as mãos). Neste caso, pode ser necessário identificar indicadores proxy observáveis, tais como a presença de sabão e de um lugar para lavar as mãos perto do vaso sanitário ou do lugar onde são preparados os alimentos.⁶⁷ Sugere-se aos postulantes consultar a lista de publicações apresentada no anexo 1.

⁶⁷(Favin, Nalmoll, y Sherburne 2004)

Anexo 5: Definições das categorias de intensidade da infecção por geo-helmintíase e esquistossomose⁶⁸

Espécie de helminto	Categoria de intensidade		
	Leve	Moderada	Severa
<i>A. lumbricoides</i>	1-4.999 hpg	5.000-49.000 hpg	≥50.000 hpg
<i>T. trichiura</i>	1-999 hpg	1.000-9.999 hpg	≥10.000 hpg
Uncinarias	1-1.999 hpg	2.000-3.999 hpg	≥4.000 hpg
<i>S. mansoni</i>	1-99 hpg	100-399 hpg	≥400 hpg

Tabela 8: Definições das categorias de intensidade da infecção por geo-helmintíase e esquistossomose

⁶⁸ (Organização Mundial da Saúde 2006a) “hpg” = número de ovos por gramo