



*Fazer Recuar o Paludismo*

***Estrutura para  
Controlo do  
Progresso  
Avaliação  
dos Resultados  
e Impacto***



Fazer Recuar o Paludismo

Organização Mundial da Saúde

20, Avenue Appia,

CH 1211 Genebra 27

Suíça

E-mail: [rbm@who.int](mailto:rbm@who.int) Website: <http://www.rbm.who.int/>



WHO/CDS/RBM/2000.25

© 2000 Fazer Recuar o Paludismo/Organização Mundial da Saúde

Este documento não é uma publicação formal da Organização Mundial de Saúde e todos os direitos são reservados pela organização. O documento, pode, no entanto, ser livremente revisto, resumido, reproduzido ou traduzido, em parte ou no todo, mas não para venda nem para uso associado a propósitos comerciais.

A designação utilizada e a apresentação do material nesta publicação, incluindo mapas e tabelas, não implica na expressão de nenhuma opinião de parte do secretariado da Organização Mundial da Saúde concernente a situação legal de qualquer país, território, cidade ou área sob sua autoridade ou concernente a delimitação de suas fronteiras ou limites. Linhas pontilhadas nos mapas representam aproximadamente as linhas limites pelas quais pode não haver ainda completo acordo.

A menção de companhias específicas ou certos produtos manufacturados não implica que eles sejam endossados ou recomendados pela Organização Mundial de Saúde em preferência a outros de natureza similar que não são mencionados. Erros e omissões, excluídos, os nomes de propriedade de produtos são diferenciados pelo uso de letras maiúsculas.



# Índice

<b>1</b>	<b>Introdução</b>	<b>5</b>
1.1	O que é a iniciativa Fazer Recuar o Paludismo (FRP)	5
1.2	Controlo e avaliação de programas de saúde	5
<b>2.</b>	<b>Estrutura para controlo e avaliação da iniciativa FRP</b>	<b>5</b>
2.1	Princípios gerais	6
2.2	Estrutura de controlo e avaliação	8
<b>3</b>	<b>Indicadores da iniciativa FRP</b>	<b>9</b>
3.1	Definição de caso	9
3.2	Indicadores básicos propostos para controlo e avaliação da iniciativa FRP	9
3.3	Comentários gerais sobre indicadores	11
3.4	Aplicabilidade de indicadores a regiões diferentes	13
3.5	Indicadores globais	13
<b>4</b>	<b>Abordagens possíveis da coleta de dados</b>	<b>14</b>
4.1	Vigilância de rotina (Sistema de Informação Sanitária)	14
4.2	Inquérito Demográfico de Saúde	14
4.3	Estudos em comunidades e agregados familiares	14
4.4	Avaliação de serviços de saúde	15
4.5	Estudo de documentos	16
<b>5</b>	<b>Planeamento da implementação do Controlo e Avaliação da iniciativa FRP a nível regional e nacional</b>	<b>16</b>
<b>6</b>	<b>Elaboração de meios para recolha de dados</b>	<b>16</b>
<b>7.</b>	<b>Anexos</b>	
7.1	Quadro comparativo de indicadores mundiais segundo as Regiões da OMS	17
7.2	Definições de casos (Extracto de Comissão de Especialistas da OMS em Paludismo, Relatório Técnico da OMS, Série 892, OMS, Genebra - 2000)	18
7.3	Quadro dos Indicadores Mundiais Básicos Propostos para a iniciativa FRP	21
7.4	Referências	28



Fazer Recuar o Paludismo é uma parceria global fundada por governantes de países afetados por malária, pela Organização Mundial de Saúde, UNDP, UNICEF e Banco Mundial. Seu objetivo é reduzir na metade o fardo da malária até o ano 2010, e para atingir este objetivo, salvar vidas, reduzir a pobreza, diminuir o absenteísmo escolar e fazer a vida melhor para milhões de pessoas de países pobres, especialmente na África.

Se você está interessado em fazer parte do Movimento Fazer Recuar o Paludismo, recebendo a newsletter de FRP e se tornando parte da história de sucesso global de reduzir a malária, por favor escreva para:

Fazer Recuar o Paludismo  
Organização Mundial da Saúde  
20, Avenue Appia, CH 1211 Genebra 27  
Suíça  
e-mail: [rbm@who.int](mailto:rbm@who.int). Fax +41 22 791 4824  
Website: [www.rbm.who.int](http://www.rbm.who.int)

### Lista das abreviaturas

AFRO	Sede Regional Africana	MS	Ministério da Saúde
AMRO	Sede Regional das Américas	MTI	Mosquiteiro tratado com insecticida
ASC	Agente de saúde comunitário	OMS	Organização Mundial da Saúde
DITIDI	Diagnóstico e Tratamento Integrados das Doenças da Infância	PIB	Produto interno bruto
EMRO	Sede Regional do Mediterrâneo Leste	RBM	Fazer Recuar o Paludismo
EURO	Sede Regional Européia	SEARO	Sede Regional do Sudeste Asiático
IALP	Iniciativa Africana de Luta contra o Paludismo	SIS	Sistema de informação sanitária
IAP	Incidência anual de parasitas	SR	Saúde Reprodutiva
I&D	Investigação e desenvolvimento	SS	Sistema de saúde
IP	Investigação prática	TBM	Taxa Bruta de Mortalidade
MRE	Medicamentos e remédios essenciais	TMP	Taxa de mortalidade por paludismo
		VID	Vigilância Integrada de Doenças
		WPRO	Sede Regional do Pacífico Oeste



# Introdução

## 1.1 O que é a iniciativa FRP?

FAZER RECUAR O PALUDISMO é uma nova iniciativa mundial de luta contra o paludismo. FRP foi elaborada sobre as fundações da implementação acelerada da luta contra o paludismo na Região Africana que tinha tido por base a Estratégia Regional e Mundial de Luta contra o Paludismo. O seu objectivo é reduzir a metade o fardo da doença nos países participantes graças a intervenções adaptadas às necessidades locais e ao reforço do sector da saúde. Para atingir tal objectivo, o principal mecanismo é uma acção nacional reforçada de parcerias a nível nacional trabalhando em conjunto para objectivos comuns dentro do contexto do desenvolvimento do sector da saúde e utilizando estratégias e práticas aceites. As parcerias nacionais serão apoiadas por parcerias sub-regionais, regionais e mundiais, e redes de apoio técnico destes três níveis fornecerão a assistência técnica necessária. Graças ao apoio dirigido para investigação, incluindo investigação prática, FRP também encorajará investimentos estratégicos na elaboração de melhores meios e estratégias de intervenção.

Após o seu lançamento em Outubro de 1998, a iniciativa FRP iniciou uma fase preparatória que terminou em Dezembro de 1999. Durante esse período, realizaram-se reuniões iniciais entre países e iniciaram-se processos a nível nacional. As operações da iniciativa FRP irão começar brevemente em muitos países e a sua eficácia precisará de ser controlada e avaliada.

Um sistema eficaz de controlo do progresso e de avaliação dos resultados e do impacto será vital para que a iniciativa FRP tenha êxito. Esta precisará comunicar o progresso obtido e as lições tiradas, na redução da mortalidade e da morbilidade, assim como o impacto económico. Tais informações serão vitais para a identificação de áreas que necessitam de modificações em relação a estratégias de intervenção e atribuição de recursos em fases ulteriores da iniciativa FRP ao nível nacional, sub-regional, regional e mundial.

## 1.2 Controlo e avaliação de programas de saúde

O controlo é necessário para verificar, passo a passo, o progresso de programas de saúde a nível distrital, provincial, nacional, regional e mundial. Por exemplo, verificar se a aplicação prática de actividades decorreu como planeado, assegurar responsabilidades, e detectar qualquer problema e/ou obstáculo para fornecimento de informações locais às autoridades competentes. Além disso, prestar apoio às mesmas para fomentar melhor planeamento, graças a escolha cuidadosa de alternativas para acções futuras. Para tal, os indicadores de progresso devem ser cuidadosamente escolhidos.

A avaliação de resultados e de impacto é necessária para documentar periodicamente se as estratégias definidas e as actividades aplicadas produzem os resultados esperados em termos de:

- resultados: para documentar, por exemplo, procura de tratamento, melhor qualidade de tratamento, alterações em conhecimentos, atitudes, e comportamento a nível comunitário ou no funcionamento de componentes essenciais do sistema local de cuidados de saúde como por exemplo uma melhor qualidade de serviços, proporção de cobertura, estabelecimento de relações entre sectores para que se possam introduzir melhoramentos onde e quando houver necessidade.
- impacto: avaliação do impacto, por exemplo, a medida da alteração desejada em termos de redução de mortalidade, morbilidade ou perdas económicas. A escolha de indicadores de impacto e a coleta de dados necessários para o seu cálculo é, de longe, a fase mais difícil do processo de avaliação.

Enquanto o controlo é um processo contínuo, a avaliação necessitará de ser realizada de maneira intermitente. A periodicidade da avaliação varia de maneira importante segundo as alterações previstas nas diferentes áreas avaliadas.

## 2. Estrutura para controlo e avaliação da iniciativa FRP

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE elaborou esta proposta de estrutura acompanhada de indicadores para controlo do progresso e avaliação de resultados e impacto da iniciativa FRP. Esta

**OBJECTIVOS DOS PLANOS DE ACÇÃO FRP****O QUE TEM DE SER CONTROLADO E AVALIADO****EXEMPLOS DE INDICADORES A ESCOLHER**

PROCESSO OU FUNCIONAMENTO	Os indicadores de processo devem verificar se o que estava planeado (i) foi realizado & (ii) a tempo	% de pessoal de saúde prestando cuidados, treinado em tratamento de casos de paludismo e DITIDI
RESULTADOS INTERMEDIARIOS RELACIONADOS COM INTERVENÇÕES PRIORITARIAS DO PROGRAMA	Os indicadores de resultados devem reflectir as alterações em conhecimentos atitudes, comportamento ou recursos do serviço especificadas nos objectivos dos resultados	% de pacientes com paludismo sem complicações recebendo tratamento correcto nas 24 horas seguintes ao início dos sintomas, a nível de posto de saúde e de comunidade, segundo directivas nacionais
IMPACTO	Redução da mortalidade e morbilidade	Taxa de mortalidade por paludismo (provável e confirmada) entre grupos-alvo

estrutura apoia-se no enorme trabalho realizado no passado pelas Sedes Regionais da OMS e nos esforços mais recentes das Sedes Regionais Africana e do Mediterrâneo Oriental durante a Implementação Acelerada da Luta contra o Paludismo na África em 1997-1998. Assim, e para evitar esforços repetidos, propõe-se a utilização desta estrutura geral por todas as parcerias nacionais que escolherão os indicadores mais apropriados à sua situação epidemiológica específica e à sua estratégia de intervenção.

Como a epidemiologia do paludismo é determinada por factores naturais que não coincidem com as divisões políticas das Regiões da OMS, é difícil ter indicadores regionais que sejam aplicáveis às três principais tipologias da situação do paludismo:

- países muito endémicos, isto é, na África ao sul do Sahara;
- países onde o paludismo foi controlado embora ainda seja um problema, isto é, na Ásia e na América Latina;
- países onde o paludismo está a desaparecer e países sem paludismo mas com áreas receptivas, isto é, no norte da África e nas repúblicas austrais da ex-URSS.

Apesar das grandes variações da epidemiologia do paludismo entre e dentro de regiões e países, esta estrutura propõe 5 indicadores mundiais dos quais, 3 pelo menos, devem ser utilizados por todas as regiões.

### 2.1 Princípios gerais

Na elaboração da estrutura e indicadores, levou-se em conta os seguintes princípios gerais:

#### RELAÇÃO COM OS OBJECTIVOS DA INICIATIVA FRP

A estrutura e os indicadores devem ser directamente pertinentes aos objectivos da iniciativa FRP. Devem permitir o controlo das principais intervenções antipalúdicas e esforços relacionados para reforçar o sector da saúde, e permitir uma avaliação do impacto da acção da iniciativa FRP sobre o fardo do paludismo.

#### DISPONIBILIDADE E OPORTUNIDADE DA INFORMAÇÃO

Durante as fases de implementação e de controlo/avaliação, os dados devem estar disponíveis sem atrasos excessivos.

#### SEGURANÇA

Indicadores e critérios devem ser consistentes e dependentes segundo as aplicações ou ocasiões.

#### ABORDAGENS UNIFORMIZADAS MAS ADAPTÁVEIS

A epidemiologia do paludismo, as estratégias de intervenção e o desenvolvimento do sector de saúde variam muito entre regiões e países, e o processo de controlo e avaliação deve levar/tomar em consideração tais variações. Assim, tentou-se elaborar uma estrutura geral cobrindo todas as situações e um conjunto de indicadores básicos da iniciativa FRP reflectindo as principais variações da epidemiologia do paludismo e as principais intervenções. Os países e as regiões podem escolher os indicadores de base mais apropriados à sua situação específica. Esta abordagem garantirá a uniformização dos indicadores e métodos da iniciativa FRP, permitindo ao mesmo tempo adaptação às variações locais.

#### RECOLHA DE DADOS MÍNIMA

O fardo representado pela manutenção e notificação de dados é inaceitável em muitos contextos de cuidados de saúde, e uma grande parte das informações recolhidas e notificadas nunca é utilizada. A recolha de dados para a iniciativa FRP deve manter-se num mínimo possível e só deve ser realizada se os dados tiverem probabilidades de ser fidedignos e úteis para tomadas de decisão. Deve utilizar-se o mais possível os mecanismos existentes de recolha de dados, e a colaboração com outros programas de saúde a nível nacional, regional e mundial deve ser reforçada para evitar a multiplicação de esforços com outros programas, por exemplo, Diagnóstico e Tratamento Integrados das Doenças da Infância, Vigilância Integrada das Doenças, Saúde Reprodutiva, Medicamentos Essenciais, Gestão de Serviços de Saúde, Política de Saúde, etc.

#### INFORMAÇÃO LOCAL PARA CONTROLO

A recolha de dados a nível comunitário e distrital deve ter como prioridade fornecer informações aos serviços nacionais de luta contra o paludismo e de cuidados de saúde. Tais informações devem ser facilmente obtidas e pertinentes.

#### VASTO CONSENSO

A iniciativa FRP é o esforço colectivo de muitos parceiros e múltiplas disciplinas. Tais parceiros e disciplinas estarão directamente implicados no controlo e avaliação das actividades da iniciativa, e entre todas as partes interessadas a existência de um vasto consenso sobre as abordagens de controlo e avaliação é vital.

Para assegurar consenso entre disciplinas, criou-se na OMS um grupo pluridisciplinar sobre controlo e avaliação da iniciativa FRP com representantes de diferentes departamentos da OMS. O grupo foi incumbido de

- propor uma estrutura para controlo e avaliação tecnicamente válida e que possa ser aprovada por todos os parceiros,
- especificar, tanto quanto possível e apropriado, métodos padrões, indicadores e critérios apropriados para utilização,
- escolher um conjunto de meios que serão utilizados na recolha dos dados necessários para medir indicadores mundiais,
- propor um guia para utilização de tais meios.

A elaboração da estrutura e indicadores através deste mecanismo, que também implicou reuniões consultivas com as sedes regionais da OMS e alguns parceiros mundiais, necessitou de tempo e esforço consideráveis. O produto resultante obteve um vasto consenso dentro da organização e entre certos parceiros implicados no processo numa fase inicial. Embora haja necessidade de manter um certo nível de consistência para facilitar a detecção de alterações com o decorrer do tempo, este documento também é suficientemente flexível para permitir as revisões que irão sendo necessárias com base em resultados da avaliação inicial do processo de aplicação de actividades de controlo e avaliação.

## 2.2 Estrutura de controlo e avaliação

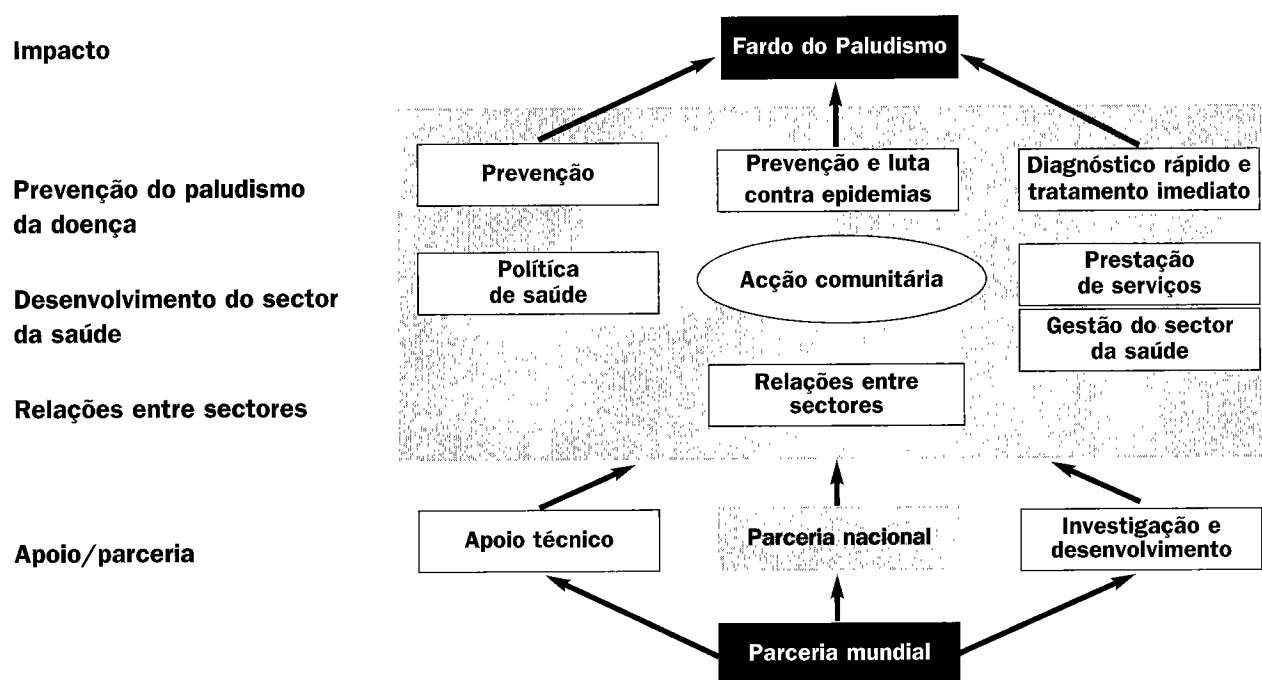
O Grupo de Controlo elaborou um projecto de estrutura de controlo e avaliação que identifica cinco "áreas vitais" para controlar o progresso e avaliar os resultados e o impacto da iniciativa FRP. Estas cinco áreas vitais estão directamente relacionadas com o objectivo da iniciativa e incluem:

- o impacto sobre o fardo do paludismo, isto é, mortalidade, morbilidade e perdas económicas
- os melhoramentos em prevenção do paludismo e tratamento da doença incluindo prevenção e luta contra as epidemias
- o desenvolvimento relacionado do sector da saúde
- as relações intersectorais que precisam de ser criadas ou reforçadas
- o apoio e parcerias.

Propõe-se que todas as regiões e países da iniciativa FRP utilizem esta estrutura para desenvolver o seu próprio sistema de controlo e avaliação. A estrutura será então a mesma para todas as regiões e países, mas os indicadores para cada área vital podem variar entre sub-regiões e/ou regiões e países segundo a epidemiologia palúdica local e a estratégia para fazer recuar o paludismo.

O esquema apresentado a seguir mostra a estrutura para controlo e avaliação da iniciativa FRP proposta pelo Grupo de Controlo e Avaliação, indicando as cinco áreas vitais para controlo. As janelas com sombreado referem-se a controlo e avaliação a nível nacional.

### Áreas vitais para Controlo e Avaliação da iniciativa FRP



A estrutura descreve as principais componentes da iniciativa FRP, especialmente a nível nacional. O objectivo final da iniciativa é reduzir a metade o fardo do paludismo, e uma das áreas vitais de avaliação é obviamente o seu impacto no fardo da doença, isto é, na mortalidade e morbilidade e o impacto económico. Conseguir-se-á reduzir o fardo graças a intervenções iniciadas pela parceria nacional da iniciativa FRP e esta parceria é outra área vital a monitorar e avaliar. As intervenções irão variar segundo a epidemiologia do paludismo e o estado do sector da saúde. Contudo, as intervenções antipalúdicas específicas incluirão as áreas vitais de:

- prevenção, por exemplo, prevenção antipalúdica durante a gravidez, utilização de materiais tratados com insecticidas e outras medidas de luta contra o vector;

- diagnóstico e tratamento rápido;
- prevenção e luta contra epidemias em áreas e situações a tal de risco;
- acção comunitária;
- investigação prática.

A realização de tais intervenções necessita do reforço, e assim controlo e avaliação, das componentes pertinentes do sector de saúde que vão desde política de saúde, gestão de sistemas de saúde e prestação de serviços especialmente em serviços de saúde de primeiro nível. Um problema tão importante e complexo como a luta antipalúdica não pode ser só da competência do sector da saúde, e a participação de outros sectores importantes como agricultura, educação ou meteorologia também precisa de ser controlada e avaliada.

Estas intervenções exigirão apoio internacional, e os recursos postos à disposição a todos os níveis, o apoio técnico fornecido aos países, e a eficácia da investigação e desenvolvimento na elaboração de novos meios e estratégias de luta são outras áreas vitais a controlar e avaliar.

### **3. Indicadores da iniciativa FRP**

Recomenda-se que o principal sistema de controlo e avaliação da iniciativa FRP a nível regional, sub-regional e nacional seja baseado num pequeno número de indicadores centrais que representarão cada uma das áreas vitais na estrutura de controlo e avaliação. Tais indicadores devem estar orientados para intervenções e fornecer informações para acções a nível prático pertinente, especialmente a nível distrital. Após um estudo considerável de documentos e do processo consultivo, o grupo de controlo da iniciativa FRP propôs um conjunto de indicadores FRP básicos segundo áreas vitais tal como definido na estrutura de controlo e avaliação.

#### **3.1 Definições de casos**

A enorme variedade de dados sobre paludismo recolhidos e notificados por diversos programas de luta antipalúdica torna difícil as comparações entre países. Contudo, tal como se declara no Vigésimo Relatório da Comissão de Especialistas do Paludismo da OMS, "...o acordo sobre definições padrão de morbidade e mortalidade por paludismo, e sobre um número limitado de 'indicadores' que possam ser utilizados em todas as situações para controlo de actividades antipalúdicas, representaria um grande passo em frente. A utilização de indicadores básicos não impedirá que os países recolham outras informações que considerem necessárias para controlo do progresso dos seus planos de acção individuais de luta contra o paludismo."

Assim, seria muito útil que grupos de países ou sub-regiões com epidemiologia e estratégias de intervenção semelhantes escolhessem o mesmo grupo mínimo de indicadores. Isto facilitaria imenso, a nível mundial, o controlo de iniciativas regionais de FRP e de revisão entre países do progresso a nível regional. Também se recomenda que, quando apropriado e possível, a informação relativa a mortalidade e morbidade seja separada segundo idade, sexo e condição socioeconómica.

Também se recomenda fortemente a utilização das definições oficiais de casos de paludismo grave, paludismo sem complicações, insucesso terapêutico e alguns outros indicadores apresentados no Relatório da OMS anteriormente mencionado (Anexo 2). Tais definições fazem a diferença entre países onde o diagnóstico do parasita é possível e países onde não é possível.

#### **3.2 Indicadores básicos propostos para controlo e avaliação da iniciativa FRP**

O quadro da página a seguir apresenta uma lista provisória de indicadores básicos para nível nacional e/ou regional por área vital. O Anexo 3 apresenta uma descrição detalhada dos indicadores propostos (classificados segundo impacto, resultados e processo). Para cada indicador, este quadro dá a sua definição prática, o método de recolha de dados, a fonte de informação, o nível da coleta de dados e a sua periodicidade. Também apresenta alguns comentários.

Tal como já foi dito, propõe-se que cada sub-região, região ou país só escolha desta lista os indicadores que considera importantes para a epidemiologia local e a estratégia de intervenção. Recomenda-se a escolha de pelo menos dois indicadores, um processo e um resultado de cada área vital da estrutura.

## Indicadores FRP de base propostos

### I. IMPACTO

- Taxa bruta de mortalidade entre grupos alvo
- Taxa de mortalidade por paludismo (casos prováveis e confirmados) entre grupos alvo
- % de mortes por paludismo prováveis e confirmadas entre pacientes com paludismo grave admitidos num serviço de saúde
- Número de casos de paludismo grave (prováveis e confirmados) entre grupos alvo
- Número de casos de paludismo sem complicações (prováveis e confirmados) entre grupos alvo
- Incidência Anual de Parasitas (API) entre grupos alvo (por região/segundo a situação epidemiológica)

### II. PREVENÇÃO DO PALUDISMO E TRATAMENTO DA DOENÇA

#### *Prevenção*

- % de países tendo introduzido na lista de medicamentos e materiais essenciais piretróides para utilização em saúde pública e materiais tratados por insecticidas
- % de fornecedores de serviços (pessoal de saúde, agentes de saúde comunitários ...) formados em técnicas de tratamento de mosquiteiros e/ou de pulverização de interiores de acordo com a política nacional
- % de famílias tendo pelo menos um mosquiteiro tratado
- % de mulheres grávidas tendo seguido tratamento quimioproláctico ou medicamentoso intermitente, segundo a política nacional de medicamentos
- % de pessoal clínico de cuidados pré-natais formado em tratamento antipalúdico intermitente de prevenção destinado a grávidas

#### *Prevenção e luta contra epidemias*

- % de países com áreas/situações sujeitas a epidemias e possuindo um plano de acção nacional preventivo para detecção imediata e luta contra epidemias
- % de epidemias de paludismo detectadas menos de duas semanas depois do início e devidamente controladas

#### *Diagnóstico rápido e tratamento imediato*

- % de pessoal de saúde formado em tratamento de casos de paludismo e DITIDI (IMCI)
- % de serviços de saúde capazes de confirmar o diagnóstico de paludismo segundo a política nacional (microscopia, testes rápidos, etc)
- % de pacientes hospitalizados com diagnóstico de paludismo grave e recebendo tratamento antipalúdico e sintomático correcto segundo as directrizes nacionais
- % de pacientes com paludismo sem complicações recebendo tratamento correcto a nível de posto de saúde e comunitário, nas 24 horas seguintes ao início dos sintomas, segundo as directrizes nacionais

### III. DESENVOLVIMENTO DO SECTOR DA SAÚDE

#### *Política de saúde*

- % de distritos com planos de acção reflectindo a política nacional de saúde
- % de distritos utilizando em planeamento informações sobre saúde
- % de países com uma política de cobertura universal para todos com um conjunto de base incluindo actividades pertinentes de luta antipalúdica

#### *Prestação de serviços*

- % de serviços de saúde não tendo nos 3 meses anteriores qualquer rotura superior a uma semana na reserva de medicamentos antipalúdicos, tal como especificado na política nacional de medicamentos

#### *Acção comunitária*

- % de países com directrizes nacionais sobre prevenção e tratamento do paludismo, incluindo formação de todos os agentes de saúde não convencionais e recomendações para tratamento em caso de doença febril/suspeita de paludismo, reconhecimento dos mais frequentes sinais de perigo em crianças, prevenção do paludismo durante a gravidez e utilização de materiais tratados com insecticida
- % de aldeias/comunidades com pelo menos um agente de saúde comunitário preparado para tratar casos de febre e reconhecer doença febril grave
- % de mães/pessoas cuidando de crianças capazes de reconhecer sinais e sintomas de perigo de doença febril numa criança menor de 5 anos

### IV. RELAÇÕES ENTRE SECTORES

- % de países com parcerias estabelecidas com muitos sectores e entre agências
- % de países tendo estabelecido ligações oficiais, incluindo a elaboração de programas de investigação de interesse de saúde pública, entre instituições de investigação e Ministério da Saúde

### V. APOIO/PARCERIA

- % de países com orçamento nacional FRP aceite e financiado por doadores
- % de países com centros-piloto para controlo da eficácia de medicamentos antipalúdicos de 1ª e 2ª linha
- Número de medicamentos antipalúdicos que têm avançado até ao nível da fase experimental III



### 3.3 Comentários gerais sobre indicadores

#### INDICADORES DE IMPACTO

Esta estrutura propõe seis indicadores de base: três para mortalidade e três para morbidade.

##### *Mortalidade*

O objectivo da iniciativa FRP é “reduzir a metade o fardo do paludismo por meio de intervenções adaptadas às necessidades locais e reforço do sector da saúde”. Como a mortalidade pelo paludismo é de longe a contribuição mais importante para o fardo do paludismo, propõe-se a mortalidade relacionada com o paludismo como o principal indicador de impacto para a iniciativa FRP.

Os indicadores de mortalidade apropriados em áreas endémicas são a Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) e a Taxa de Mortalidade por Paludismo (TMP) em crianças de 0-59 meses, segundo a idade e o sexo.

Tanto a TBM como a TMP são recomendadas porque:

- há circunstâncias que permitem avaliar com segurança alterações na TBM, o que não é o caso em alterações na TMP: certas mortes incluídas em estudos não podem ser atribuídas com precisão ao paludismo
- onde a TBM é baixa, intervenções contra o paludismo podem ter benefícios indirectos e directos, reduzindo a mortalidade atribuída em parte a outras afecções; quantificar estes benefícios indirectos é do maior interesse
- onde a TBM é alta, o paludismo é por vezes um “risco concorrente”, e nesse caso menos casos de morte por paludismo são compensados por mais mortes por outras causas; quando não há alteração evidente na TBM, é preciso distinguir entre duas explicações possíveis — insucesso da luta antipalúdica e mortalidade de compensação
- um certo número de intervenções FRP não serão específicas ao paludismo, por exemplo, tratamento de anemia na gravidez.

N.B.: Na África do sul do Sahara onde predomina o *Plasmodium falciparum*, a taxa de casos fatais de paludismo grave entre crianças menores de cinco anos e mulheres grávidas ou outros grupos alvo será avaliada em alguns centros-piloto (hospitais distritais ou nacionais).

##### *Morbidade*

Embora o objectivo mundial da iniciativa FRP tenha sido exprimido em termos de mortalidade (50% de redução do número de mortes até ao ano 2010), muitos países necessitarão de estabelecer indicadores de morbidade como objectivos de impacto.

Na África do sul do Sahara e em outras regiões onde o *Plasmodium falciparum* é um problema corrente ou ressurgente, o número de casos de paludismo grave/paludismo cerebral notificados por ano é um bom indicador para avaliação indirecta do tratamento efectivo de paludismo sem complicações tanto em serviços de saúde como a nível comunitário. Em muitos países os únicos dados actualmente comunicados por rotina são o número de casos de paludismo (grave e sem complicações), mas a maioria de tais casos baseia-se em diagnóstico presumível sem confirmação parasitológica. Embora estes dados sejam limitados e muitas vezes só representem uma pequena proporção de casos de paludismo, não havendo alterações importantes no sistema de notificação, a compreensão de tais limitações tomará em consideração a utilização dos dados para originar avaliações do fardo global da doença afectando as comunidades e a determinação de tendências com o decorrer do tempo.

Exceptuando a África a sul do Sahara e a Papua Nova-Guiné, o melhor “indicador de base” único é a Incidência Anual de Parasitas, isto é, o número de casos de paludismo confirmados por exame ao microscópio e detectados durante um ano por unidade de população, segundo a idade, o sexo e a espécie do parasita, avaliados durante a vigilância de rotina. Muitos países na Europa, Ásia, Oceânia, Norte de África e América Latina têm demonstrado poder medir a Incidência Anual de Parasitas pela vigilância de rotina (pacientes com sintomas que contactam os serviços de saúde), e identificar o *Plasmodium* por microscopia. Para países cujo principal objectivo é reduzir a incidência será conveniente um indicador de morbidade, e incidência reduzida pode significar menos mortes. Além disso, muitos países têm grande número de casos mas poucas mortes por paludismo, por exemplo, onde predomina o *P. vivax*, e onde a maioria dos casos de *P. falciparum* são devidamente tratados.

### *Perdas económicas*

O paludismo impõe um terrível fardo económico às famílias que têm menos possibilidades de enfrentar os custos de tratamento e prevenção e a perda de rendimentos. Além disso, nos seus esforços para lutar contra o paludismo, os países onde este é endémico têm de utilizar as poucas divisas disponíveis em medicamentos, mosquiteiros e insecticidas. Segundo estimações de um estudo recente de Harvard pedido pela iniciativa FRP, o PIB da África seria 32% maior se o paludismo tivesse sido controlado há 35 anos. Como as questões relacionadas com a avaliação do fardo económico do paludismo são complexas, FRP reuniu um grupo especial de trabalho para elaborar indicadores e directrizes destinadas a detectar alterações no fardo económico ao nível familiar, nacional e macro-económico. Espera-se que, em fins do ano 2000, recomendações deste grupo estejam disponíveis para disseminação como um apêndice ao presente documento.

### PREVENÇÃO DO PALUDISMO E TRATAMENTO DA DOENÇA

#### *Prevenção*

Os indicadores de base propostos para prevenção do paludismo reflectem as intervenções mais importantes para redução do fardo mundial representado pela doença.

- Assim, embora Mosquiteiros Tratados com Insecticidas ou outros materiais não sejam utilizados em toda a parte, esta intervenção é considerada crucial para redução da mortalidade e morbidade por paludismo, especialmente entre crianças e mulheres grávidas em áreas da África onde a transmissão é estável. Em áreas de transmissão instável, deve entrar-se em consideração com outros grupos etários.
- Durante a gravidez, recomenda-se o tratamento intermitente de prevenção como método apropriado e eficaz para redução das consequências do paludismo na gravidez em áreas de grande endemia, especialmente no caso de primeira e segunda gravidez. Actualmente, são poucos os países africanos que adoptaram tal tratamento como política nacional. Há necessidade de ter bons dados sobre a eficácia do tratamento intermitente de prevenção durante a gravidez e da quimioprofilaxia onde esta está disponível. Espera-se que brevemente sejam seguidos por outros países.

#### *Tratamento*

A acção mais importante contra o paludismo é diagnóstico rápido e tratamento apropriado. Os oito indicadores de base propostos (5 resultados e 3 processos) fornecerão informações sobre alterações na qualidade do tratamento e, se necessário, permitirão que as autoridades nacionais tomem as acções apropriadas. Um dos indicadores de resultados é definido como a "Percentagem de pacientes com paludismo sem complicações recebendo tratamento correcto ao nível de posto de saúde e comunitário, segundo as directrizes nacionais, nas 24 horas seguintes ao início da doença". Onde e quando existem e são muito utilizados bons serviços de diagnóstico e clínicos, este indicador pode ser limitado a casos de paludismo confirmados por exame do parasita. Contudo, na maioria das áreas endémicas, especialmente na África, os serviços de saúde nem são largamente disponíveis nem utilizados e mais de 80% dos casos são tratados em casa. Em tais áreas, um indicador mais apropriado é a "Percentagem de pessoas (ou mães/pessoas encarregadas de crianças menores de 5 anos) que comunicam a nível comunitário que nas 24 horas seguintes ao início da febre o paciente recebeu o antipalúdico de primeira linha recomendado ou foi levado ao posto de saúde". Resultados preliminares de experimentação de um meio de avaliação de tal indicador a nível comunitário indicam que, em áreas endémicas da África, menos de 7% das crianças com febre obtêm tratamento antipalúdico apropriado. A avaliação da melhoria neste indicador será extremamente importante.

### PREVENÇÃO E LUTA CONTRA EPIDEMIAS DE PALUDISMO EM ÁREAS E SITUAÇÕES PROPENSAS A TAIS EPIDEMIAS

Um bom indicador para áreas e situações propensas a epidemias é a detecção oportuna da epidemia, isto é, nas duas semanas seguintes à notificação dos primeiros casos, e o seu controlo correcto. Segundo a política nacional, isto inclui tratamento correcto dos casos e medidas apropriadas de luta contra o vector tais como o uso de materiais tratados com insecticidas e/ou pulverizações dos interiores das casas.

#### *Desenvolvimento do sector da saúde*

Os dois indicadores de base propostos para desenvolvimento do sector da saúde (1 de resultado e 1 de processo) não estão limitados ao paludismo pois abrangem questões mais vastas do sector da



saúde que precisam de ser enfrentadas para lutar efectivamente contra a doença. Os indicadores avaliam a presença das políticas de saúde pertinentes e a sua implementação ao nível prático (normalmente o distrito). Também se propõe verificar se tais unidades práticas têm fundos adequados e pessoal competente para aplicar as políticas e prestar serviços básicos (estudos anteriores mostraram que alguns distritos de saúde gastavam mais de 95% do seu orçamento em pessoal e que praticamente não tinham fundos para prestação de serviços). Apresenta-se a seguir dois exemplos de indicadores tratando de serviços relacionados com paludismo assim como de tratamento da doença:

- 1) Percentagem de serviços de saúde sem notificação de rotura contínua de uma semana da reserva de medicamentos antipalúdicos (como especificado na política nacional de medicamentos) durante os três meses anteriores.
- 2) Para áreas onde houver tal política: se existe um laboratório de parasitologia em estado de funcionar, isto é, um laboratório com um microscópio em estado de funcionar, pelo menos um empregado treinado e disponibilidade de reagentes e materiais, de acordo com a política nacional.

#### COLABORAÇÃO ENTRE SECTORES

Como a aplicação das actividades da iniciativa FRP exigirão o acordo e a participação de outros sectores além do sector da saúde (por exemplo, ministérios da educação, finanças, meio ambiente, agricultura) será importante controlar e avaliar a colaboração entre tais sectores. Está proposto monitorar a colaboração no campo da investigação prática entre instituições nacionais de pesquisa e o Ministério da Saúde dado que se nota muitas vezes ser fraca a colaboração entre investigação e sector de controle. Também será importante verificar se nas escolas primárias em áreas endémicas se ensina prevenção e procura de tratamento antipalúdico, e se na planificação e elaboração de projectos se entra em linha de conta os factores de risco ambiental.

#### ACÇÃO COMUNITÁRIA

Na maior parte das áreas, a participação da comunidade será vital. Como as diferenças em conhecimentos, comportamento e atitudes dependem de muitos factores que são diferentes de um lugar para outro, haverá necessidade de definições locais de indicadores. São propostos alguns exemplos de tais indicadores a fim de ajudar as regiões e os países a definir os indicadores mais apropriados ao seu contexto sociológico local.

#### PARCERIA E APOIO

Uma verdadeira parceria nacional é a chave do êxito para a iniciativa FRP. Sugere-se verificar se as parcerias nacionais realmente reúnem todos os parceiros potenciais, e se tais parceiros produzem os recursos necessários para fazer recuar o paludismo nos países graças a um sistema de detecção.

Também será avaliado o grau de satisfação dos países em relação ao apoio técnico que lhes é prestado.

O principal indicador composto para controlo das parcerias mundiais, regionais e nacionais é a percentagem de países/distritos endémicos com estratégias bem definidas de saúde para todos acompanhadas de atribuição explícita de recursos à iniciativa FRP cujas necessidades em recursos externos estão a receber apoio constante e adequado por parte dos parceiros.

#### INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Para investigação e desenvolvimento escolheram-se dois indicadores de base que são considerados da maior pertinência para o curto e médio prazos.

### **3.4 Aplicabilidade de indicadores a regiões diferentes**

O controlo da iniciativa FRP a nível nacional e mundial será principalmente uma questão de recolha dos resultados para os indicadores específicos ao país.

### **3.5 Indicadores mundiais**

Embora a maior parte dos indicadores venham a ser diferentes segundo os países, há cinco que são considerados tão importantes que foram escolhidos como indicadores mundiais. Recomenda-se que todos os países da iniciativa FRP notifiquem sobre tais indicadores sempre que eles se apliquem. Os cinco indicadores mundiais são:

- Taxa de mortalidade por paludismo (casos prováveis e confirmados) entre grupos-alvo (por exemplo, menores de 5 anos)
- Número de casos de paludismo grave e sem complicações (prováveis e confirmados) entre grupos-alvo (por exemplo, menores de 5 anos)

- Proporção de agregados familiares tendo pelo menos um mosquiteiro tratado
- Percentagem de pacientes com paludismo sem complicações recebendo tratamento correcto a nível de serviço de saúde e de comunidade, de acordo com as directrizes nacionais, nas 24 horas seguintes ao aparecimento dos sintomas
- Percentagem de serviços de saúde sem notificação de rotura da reserva de medicamentos antipalúdicos superior a uma semana (como especificado na política nacional de medicamentos) durante os três meses anteriores.

Tal como anteriormente mencionado, a escolha de indicadores básicos FRP para uma dada área dependerá do padrão epidemiológico, da infra-estrutura de saúde e da estratégia de intervenção local. O Anexo 4 indica até que ponto os indicadores mundiais FRP propostos podem ser aplicados a países em diferentes regiões do mundo, utilizando as divisões regionais da OMS. Espera-se que este quadro ajudará os países da mesma região ou sub-região a chegar a um acordo sobre conjuntos semelhantes de indicadores FRP. Isto facilitaria enormemente a implementação do controlo da iniciativa FRP dentro de uma dada região.

#### **4. Abordagens possíveis da recolha de dados**

AS PRINCIPAIS abordagens da recolha de dados para os indicadores FRP propostos são cinco: (i) sistema regular de informação sanitária, (ii) Inquérito Demográfico de Saúde, (iii) estudos comunitários, (iv) estudos sobre serviços de saúde e (v) estudo de documentos. O quadro a seguir apresentado mostra alguns dos indicadores FRP propostos segundo o método pertinente de recolha de dados.

##### **4.1 Vigilância de rotina (Sistema de Informação Sanitária)**

Tanto o Sistema de Cuidados de Saúde como o Sistema de Informação Sanitária (HIS) estão bem desenvolvidos em vários países endémicos da Ásia, América e Europa mas em poucos países da África. Existem muitas vezes sistemas de notificação eficazes que estão indicados para os objectivos da iniciativa FRP. Na África, onde o Sistema de Informação Sanitária é muitas vezes limitado, tais dados podem ser utilizados em certos hospitais distritais e em alguns hospitais de apoio. Esta abordagem também pode fornecer informações pertinentes para controlo das tendências em mortalidade nacional bruta e relacionada com o paludismo.

##### **4.2 Sistemas de Vigilância Demografico**

Para controlo das tendências em mortalidade por paludismo na África onde a qualidade e confiança das informações provenientes do Sistema de Informação Sanitária são fracas, e tal sistema raramente fornece informações sobre o fardo do paludismo a nível comunitário, uma opção possível existe graças aos Sistemas de Vigilância Demografico em centros-piloto. Tais sistemas estão actualmente em funcionamento em 28 centros em 14 países africanos, centros que se uniram na rede INDEPTH que trabalha a favor da normalização da metodologia. Devido à necessidade de informações fidedignas sobre tendências em mortalidade por paludismo, a iniciativa FRP têm a intenção de apoiar tal rede para incluir vigilância da mortalidade por paludismo nos seus centros africanos.

##### **4.3 Estudos em comunidades e agregados familiares**

Informações baseadas na comunidade sobre prevenção e tratamento serão vitais para controlar a eficácia de intervenções FRP relacionadas. Tais informações são especialmente importantes para controlar os resultados e os efeitos da acção FRP em áreas onde uma grande proporção de casos são tratados em casa e onde o fardo do paludismo é normalmente muito grave. Já se realizaram alguns estudos em comunidades mas há necessidade de os repetir em outros países. Como este tipo de estudos tem tendência para ser demorado e relativamente dispendioso, só podem ser realizados em centros-piloto escolhidos em cada país e a 2-3 anos de intervalo. Já se está a recolher informações sobre os indicadores propostos baseados na comunidade graças a várias actividades em curso. Os Estudos Demográficos e Sanitários, financiados pela USAID e executados por MACRO, foram alargados para incluir um fascículo sobre o paludismo que permite a recolha de informações baseadas na comunidade sobre vários indicadores FRP. O mesmo se aplica ao Estudo Grupado de Indicadores Múltiplos do UNICEF que será realizado num grande número de países no ano 2000. Finalmente, a iniciativa FRP elaborou uma metodologia para análise de situação que inclui meios para avaliação de indicadores a nível comunitário tais como % de menores de 5 anos que dormem

## Indicadores FRP propostos por recolha de dados (alguns exemplos)

### *Vigilância de rotina (Sistema de Informação Sanitária)*

- Taxa bruta de mortalidade entre grupos-alvo
- Taxa de mortalidade por paludismo (provável e confirmada) entre grupos-alvo
- Número de casos de paludismo sem complicações (provável e confirmada) entre grupos-alvo
- Incidência anual de parasitas (por região/epidemiologia)
- % de epidemias de paludismo detectadas nas duas semanas seguintes ao início e devidamente combatidas

### *Sistemas de Vigilância da Demografia (África)*

- Taxa bruta de mortalidade entre grupos-alvo
- Taxa de mortalidade por paludismo (provável e confirmada) entre grupos-alvo

### *Estudos em comunidades*

- % de grávidas que receberam quimioprofilaxia ou tratamento preventivo antipalúdico intermitente, segundo a política nacional
- % de pacientes com paludismo sem complicações recebendo tratamento correcto a nível comunitário, segundo as directrizes nacionais, nas 24 horas seguintes ao início dos sintomas
- % de mães/pessoas encarregadas de crianças capazes de reconhecer os sinais e sintomas de doença febril em menores de 5 anos
- % de famílias tendo pelo menos um mosquiteiro tratado

### *Estudos sobre serviços de saúde*

- % de serviços de saúde sem notificação de rotura superior a uma semana da reserva de medicamentos antipalúdicos (como especificado na política nacional de medicamentos) durante os três meses anteriores
- % de serviços de saúde capazes de confirmar diagnóstico de paludismo segundo a política nacional (por microscopia, teste rápido, etc.)

### *Estudo de documentos*

- % de distritos utilizando informações sanitárias para planeamento
- % de países tendo introduzido piretróides para utilização em saúde pública e materiais tratados por insecticidas na lista de medicamentos e remédios
- % de países tendo estabelecido ligações oficiais, incluindo a elaboração de um programa de investigação de interesse de saúde pública, entre instituições de investigação e o Ministério da Saúde
- % de países tendo uma política de cobertura universal para todos com um conjunto de base incluindo actividades pertinentes de luta antipalúdica

sob mosquiteiros tratados com insecticida, tratamento intermitente na gravidez, tratamento oportuno e apropriado de crianças com febre, e acção comunitária contra o paludismo. Oito países já realizaram uma análise de situação durante o ano 2000 como parte do desenvolvimento da sua estratégia FRP, e as informações resultantes fornecerão dados de referência importantes sobre indicadores FRP fundamentais.

Estudos especiais não são uma solução viável para a necessidade de informações baseadas na comunidade e a iniciativa FRP apoiará o desenvolvimento de abordagens alternativas que permitam ao Sistema de Informação Sanitária a recolha por rotina de dados de nível comunitário, e à comunidade o controlo de indicadores FRP fundamentais.

#### **4.4 Avaliação de serviços de saúde**

As Sedes Regionais da OMS elaboraram sistemas de Controlo e Avaliação para controlar o progresso, avaliar os resultados e impacto das suas Estratégias Regionais respectivas para Prevenção e Luta contra o paludismo. Os sistemas, indicadores e meios específicos às Regiões foram experimentados no terreno, revistos e adaptados a situações nacionais específicas nas respectivas Regiões. Estes sistemas forneceram a base para relatórios nacionais sobre o fardo do paludismo. Além disso, um guia para avaliação da implementação de programas para promoção do uso de mosquiteiros tratados com insecticidas e outros materiais na Região Africana da OMS está a ser experimentado no terreno em 14 países.

DITIDI (IMCI) também elaborou e experimentou uma metodologia e meios para uma avaliação multinacional do tratamento integrado da criança doente. Os meios incluem uma avaliação das capacidades clínicas do pessoal de saúde, assim como dos fornecimentos e equipamento dos postos de saúde. A avaliação fornece todas as informações necessárias para os indicadores FRP propostos baseados no serviço. A vantagem da abordagem DITIDI (IMCI) reside no facto que a avaliação não

se limita a capacidades para tratamento do paludismo unicamente, mas aborda o tratamento de crianças doentes, incluindo com paludismo. Assim, propõe-se utilizar para avaliação do serviço de saúde as secções pertinentes da metodologia de avaliação DITIDI (IMCI) ou apoiar-se nos seus resultados onde esta é levada a cabo. A aplicação do método exige capacidades especiais, e não pode ser feita em todos os serviços. Assim, recomenda-se combinar a avaliação do serviço de saúde com os estudos baseados na comunidade, e realizá-los nos mesmos distritos e com o mesmo intervalo.

Se o indicador de capacidades técnicas do pessoal de saúde não for escolhido, a avaliação do serviço de saúde torna-se muito mais simples e consiste unicamente numa avaliação da existência dos medicamentos antipalúdicos exigidos e, onde a política de saúde o exigir, da existência de serviços de detecção do parasita. Esta avaliação simplificada pode ser feita como parte de visitas de supervisão de rotina ou facilmente combinada com os estudos em comunidades. Mas recomenda-se a avaliação das capacidades técnicas do pessoal de saúde todos os dois anos pelo menos.

#### **4.5 Estudo de documentos**

Este é o mais fácil e mais barato dos métodos de recolha de dados. A principal exigência é a existência e disponibilidade dos necessários documentos, podendo também haver necessidade de alguns esforços especiais e viagens para assegurar que tal é o caso. Também será importante guardar cópias dos documentos pertinentes para poderem ser utilizadas como prova dos resultados do controlo sobre os indicadores escolhidos.

#### **5. Planeamento da implementação do Controlo e Avaliação da iniciativa FRP a nível regional e nacional**

A PRINCIPAL acção para fazer recuar o paludismo será realizada por parcerias FRP nacionais nos países endémicos com o apoio técnico de equipas de diferentes países e/ou das Sedes Regionais se necessário. Assim, a responsabilidade pelo controlo do processo e avaliação dos resultados e do impacto de tal acção deve incumbir às parcerias nacionais e regionais.

Recomenda-se que cada parceria nacional e regional/sub-regional estude a estrutura e indicadores propostos, decida até que ponto deseja controlar o processo e avaliar os resultados e impacto das suas intervenções, escolha os indicadores FRP propostos que deseja adoptar, e como e quando utilizará os resultados do controlo para tomada de decisões destinadas a fazer recuar o paludismo. As parcerias nacionais também devem avaliar os custos de implementação do sistema de controlo escolhido e como os cobrir. A parceria mundial contribuirá com recursos para a rede INDEPTH com o fim de controlar a mortalidade por paludismo na África. Os outros custos para controlo a nível nacional precisarão de ser enfrentados por parcerias nacionais. Caso seja pedido, a OMS e os outros parceiros mundiais prestarão às parcerias regionais e nacionais assistência técnica para controlo e meios para recolha de dados para indicadores escolhidos.

#### **6. Elaboração de meios para recolha de dados**

SUPERVISÃO, controlo e avaliação fazem parte do processo de gestão e serão realizadas numa base regular para avaliar o progresso da iniciativa FRP a todos os níveis e/ou para identificar os obstáculos e os problemas que impedem tal progresso.

Assim, há necessidade de elaborar meios ou adaptar os já existentes para recolha de dados.

Ao desenvolver tais meios é preciso, além da escolha dos indicadores, entrar em linha de conta com alguns critérios importantes:

- De fácil utilização no terreno
- Concisos
- Adaptáveis às condições epidemiológicas locais
- Cobrindo todas as áreas de indicadores de base
- Computerizados para conservação e análise dos dados
- Divididos em grupos principais segundo o nível e os métodos de recolha de dados.

O ideal seria que os meios fossem previamente codificados para facilitar a elaboração de um software para análise.

Para facilitar a recolha de dados no terreno, também se deveria elaborar uma directriz para utilização dos meios.

# Anexo 1

## Aplicabilidade dos Indicadores Mundiais FRP Propostos para Controlo e Avaliação nas Regiões da OMS



Indicadores	AFRO	EMRO	EURO	SEARO	WPRO	AMRO
Taxa de mortalidade por paludismo (casos prováveis e confirmados) entre grupos-alvo (menores de 5 anos e outros grupos-alvo)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não (Total de mortes)
Número de casos de paludismo agudo e sem complicações (prováveis e confirmados) entre grupos-alvo (menores de 5 anos e outros grupos-alvo)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não (Total de casos)
Proporção de agregados familiares tendo pelo menos um mosquito tratado	Sim	Sim	No	Sim	Sim	Não
% de pacientes com paludismo sem complicações recebendo tratamento correcto a nível de posto de saúde e comunitário, segundo as directrizes nacionais, nas 24 horas seguintes ao início dos sintomas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
% de serviços de saúde sem rotura de reserva de medicamentos antipalúdicos (tal como determinado na política nacional de medicamentos) superior a uma semana, durante os três meses anteriores	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

## Anexo 2

### (Comissão de Especialistas da OMS em Paludismo, Série de Relatórios Técnicos 892, p.46-50)

#### 9.1.1 Definições de casos uniformizadas

##### *Morbilidade e mortalidade*

As definições de morbilidade e mortalidade por paludismo serão diferentes segundo as capacidades de diagnóstico dos diferentes níveis do sistema de cuidados de saúde. Sempre que possível, os dados sobre casos de paludismo devem ser notificados segundo o grupo etário do paciente e os tipos de parasita.

##### *Em áreas sem acesso a diagnóstico laboratorial*

- Caso provável de paludismo sem complicações—paciente com sinais e/ou sintomas de paludismo sem complicações recebendo tratamento antipalúdico.
- Caso provável de paludismo agudo—paciente necessitando hospitalização devido a sinais e/ou sintomas de paludismo agudo recebendo tratamento antipalúdico.
- Morte por paludismo provável—morte de paciente diagnosticado com provável paludismo agudo.

##### *Em áreas com acesso a diagnóstico laboratorial*

- *Paludismo assintomático*—confirmação laboratorial (microscopia ou teste de imunodiagnóstico) de parasitemia numa pessoa sem história recente de sinais e/ou sintomas de paludismo.
- *Caso confirmado de paludismo sem complicações*—paciente com sinais e/ou sintomas de paludismo sem complicações, recebendo tratamento antipalúdico, com diagnóstico confirmado por exame de laboratório.
- *Caso confirmado de paludismo agudo*—paciente necessitando hospitalização devido a sinais e/ou sintomas de paludismo agudo, recebendo tratamento antipalúdico, com diagnóstico confirmado por exame de laboratório.
- *Morte por paludismo confirmada*—morte de um paciente diagnosticado com paludismo agudo, com diagnóstico confirmado por exame de laboratório.

Os sinais e sintomas de paludismo a incluir nestas definições podem variar em contextos epidemiológicos diferentes (3). As categorias de paludismo sem complicações e paludismo agudo devem excluir-se mutuamente. Por exemplo, um paciente que de início apresenta paludismo sem complicações mas que depois desenvolve sintomas ou sinais de doença aguda, só deve ser classificado como tendo paludismo agudo e não contado duas vezes. Isto também se aplica às categorias de paludismo provável e confirmado. Assim, os países devem notificar os casos prováveis e os casos confirmados separadamente.

Devido à importância crescente da resistência aos medicamentos antipalúdicos nos esforços de luta contra o paludismo, há necessidade de uma definição de caso uniformizada para insucessos em tratamento:

- Insucesso do tratamento antipalúdico—paciente com paludismo confirmado, sem complicações, tendo tomado a dose correcta e seguido o tratamento antipalúdico recomendado na política nacional, mas apresentando parasitemia assexuada em amostra de sangue nos 14 dias seguintes ao início do tratamento.

#### 9.1.2 Indicadores

Uma vez um acordo estabelecido sobre as definições de casos uniformizadas, os indicadores podem ser elaborados para medir o progresso do programa de luta (38). Para fins de controlo e avaliação, os indicadores devem estar estreitamente ligados aos objectivos do programa. Ao decidir quantos indicadores devem ser utilizados, não esquecer que é preferível ter valores precisos de um pequeno número de indicadores de base a valores imprecisos de um grande número. À medida que

houver disponibilidade de mais recursos, e que o programa ganhe mais experiência e faça progressos, estes indicadores podem ser corrigidos, melhorados e acrescentados. A maior parte das informações necessárias para medir os indicadores pode ser obtida de três fontes gerais, embora a qualidade dos dados fornecidos possa ser muito diferente. As fontes de informação são:

1. Dados de rotina recolhidos pelo sistema nacional de informação sanitária (partindo do princípio que foram aceites e se utilizam definições de casos uniformizadas, e que tais dados são de qualidade aceitável);
2. Entrevistas e/ou observações em serviços de saúde. Isto pode ser realizado durante visitas de inspecção de rotina ou durante estudos especiais;
3. Estudos específicos sobre agregados familiares ou comunidades 1.

As duas primeiras fontes de informação devem ser acessíveis para todos os programas; a terceira necessitará de recursos adicionais.

Embora o custo da realização de tais estudos possa ser grande, é possível fazer certas economias medindo vários indicadores no mesmo estudo.

### **Indicadores de base**

Embora a escolha dos indicadores deva ser feita por cada programa nacional, os seguintes indicadores de base (impacto e resultados) devem ser utilizados em todos os programas de luta contra o paludismo, independentemente da situação epidemiológica local ou dos seus objectivos.

### **Indicadores de impacto**

*Morbilidade atribuída ao paludismo:*

- Número de casos de paludismo sem complicações (prováveis e confirmados) entre grupos-alvo por unidade de população por unidade de tempo;
- Número de casos de paludismo agudo (prováveis e confirmados) entre grupos-alvo por unidade de população por unidade de tempo.

*Mortalidade atribuída ao paludismo:*

- Número de mortes por paludismo (prováveis e confirmadas) entre grupos-alvo por unidade de população por unidade de tempo;
- percentagem de casos fatais—proporção de mortes por paludismo (prováveis e confirmadas) entre pacientes admitidos num serviço de saúde com paludismo agudo por unidade de tempo.

*Insucessos do tratamento antipalúdico*

- Número de insucessos do tratamento antipalúdico confirmados por microscopia por número de pacientes tratados. Estes dados devem ser comunicados por cada medicamento utilizado.

### **Indicadores de resultados**

*Disponibilidade de medicamentos antipalúdicos*

- percentagem de serviços de saúde sem notificação de rotura da reserva de medicamentos antipalúdicos (como especificado na política nacional de medicamentos) durante os três meses anteriores;
- Notificação de indicadores de morbilidade e mortalidade—percentagem de distritos notificando indicadores de morbilidade e mortalidade ao programa nacional numa base mensal durante os 12 meses anteriores.

### **Outros indicadores**

Outros indicadores que podem ser utilizados dependendo da situação epidemiológica e dos objectivos do programa:

- Incidência anual de parasitas (IAP)—número de casos de paludismo confirmados por microscopia, detectados durante um ano por unidade de população.
- Utilização de mosquiteiros tratados com insecticida—proporção de grupos-alvo cobertos por mosquiteiros tratados com insecticida e proporção dos que comunicam ter dormido na noite



anterior sob um de tais mosquiteiros. Estes indicadores exigem estudos sobre agregados familiares ou comunidades e são apropriados em situações onde limitar e evitar a transmissão do paludismo por *falciparum* são os objectivos do programa.

- Acção de mães ou pessoas cuidando de crianças—proporção de mães ou pessoas cuidando de crianças que asseguram o tratamento correcto em casa de crianças com febre, segundo as políticas nacionais. Este indicador exigirá estudos sobre agregados familiares ou comunidades.
- Protecção de mulheres grávidas—proporção de mulheres na sua primeira e segunda gravidez que notificam por unidade de tempo ter beneficiado de quimioprofilaxia ou tratamento medicamentosos intermitente, segundo as políticas nacionais de medicamentos.
- Preparação para epidemias de paludismo—proporção de áreas sujeitas a epidemias tendo um plano de limitação de epidemia e reservas adequadas de medicamentos antipalúdicos, fornecimentos e equipamento em estado de funcionamento, localmente ou facilmente acessível, pelo menos um mês antes do início do período de epidemias. Este indicador é pertinente quando os objectivos do programa são reduzir a mortalidade e morbilidade, limitar a transmissão e evitar epidemias de paludismo por *falciparum*.
- Pulverização do interior das casas com insecticidas—proporção de casas pulverizadas em relação ao número total alvejado. Este indicador está indicado quando os objectivos do programa são limitar a transmissão e evitar epidemias de paludismo por *falciparum* e *vivax*.
- Diagnóstico laboratorial:— proporção de distritos de saúde onde existem práticas de controlo de qualidade para lutar contra o paludismo;
  - proporção de postos de saúde com capacidades de diagnóstico laboratorial, tendo recebido confirmação, por parte de um laboratório de referência, de uma amostra adequada de esfregaços positivos e negativos.

***Indicadores de resultados específicos a áreas onde a transmissão é residual ou não existe***

*Presença de focos de transmissão:*

- número de aldeias onde tenham sido notificados casos autóctones desde o princípio do período de transmissão anterior;
- número de casos investigados (classificados segundo a espécie) e classificados como autóctones;
- número de casos de paludismo investigados.

Nestas áreas, as infecções mistas devem ser contadas como casos de *P. falciparum*.

# Anexo 3:

## Definições práticas de indicadores de base propostos (impacto, resultados e processo) para controlo e avaliação da iniciativa FRP



<b>IMPACTO</b>							
Indicadores	Definição prática	Método de recolha de dados	Fonte de informação	Nível de recolha de dados	Periodicidade recolha de dados	Comentários	
<b>1</b>	Taxa bruta de mortalidade entre grupos-alvo	Nº total de mortes por ano entre o grupo-alvo dividido pela população de meia-idade do mesmo grupo-alvo	I. Rotina SIS II. Estudos especiais II.1 SVD (INDEPTH) II.2 SSD II.3. Estudos sobre serviços de saúde em comunidades II.4 Estudos em comunidades	Relatórios de serviços de saúde Relatórios de estudos SVD, SSD e sobre serviços de saúde e/ou comunidades	I. Di., Pr., Pa. II.1 Com. II.2 Com. II.3 Di. II.4 Com.	I. 1 ano II.1. contínua II.2. 5 anos II.3. 2-3 anos II.4. 2-3 anos	I. Relativamente barato mas inexacto II. Mais preciso mas difícil e dispendioso - Os estudos exigem entrevistadores bem formados
<b>2</b>	Taxa de mortalidade por paludismo (provável e confirmada) entre grupos-alvo	Nº total de mortes anuais por paludismo (prováveis e confirmadas) entre o grupo-alvo dividido pela população de meia-idade do mesmo grupo-alvo	I. Rotina SIS II. Estudos especiais II.1 SVD (INDEPTH) II.2 SSD II.3. Estudos sobre serviços de saúde em comunidades II.4 Estudos em comunidades	Relatórios de serviços de saúde Relatórios de estudos SVD, SSD e serviços de saúde	I. Di., Pr., Pa. II.1 Com. II.2 Com. II.3 Di. II.4 Com.	I. 1 ano II.1. contínua II.2. 5 anos II.3. 2-3 anos II.4. 2-3 anos	Ver indicador 1
<b>3</b>	% de mortes por paludismo prováveis e confirmadas entre pacientes com paludismo agudo internados num posto de saúde	Nº de mortes por paludismo prováveis e confirmadas entre um grupo-alvo internado num dado serviço de saúde por unidade de tempo, dividido pelo número total de casos de paludismo agudo prováveis e confirmados do mesmo grupo-alvo internado pela mesma unidade de tempo no mesmo serviço de saúde	I. Rotina SIS II. Estudos especiais Estudos sobre serviços de saúde (vigilância de pacientes internados)	I. Relatórios do SIS II. Relatórios de estudos sobre serviços de saúde	I. Di., Pr., Pa. II. Di.	I e II: anual	I. Como parte de controlo de rotina de muitos PNL.P - Dependente de notificação coerente II. Relativamente barato e mais preciso
<b>4</b>	Nº de casos de paludismo agudo (prováveis e confirmados) entre grupos-alvo	Nº de casos de paludismo agudo provável e confirmado notificados por ano entre <5 anos (outros grupos-alvo)	I. Rotina SIS II. Estudos especiais Estudos em comunidades	I. Relatórios do SIS II. Relatórios de estudos sobre serviços de saúde	I. Di., Pr., Pa. II. Com.	Anual	Para áreas com <i>P. falciparum</i> . Definição de caso de paludismo agudo a ser claramente determinada a nível nacional segundo definições da OMS. Formação necessária.

5	Nº de casos de paludismo sem complicações (prováveis e confirmados) entre grupos-alvo	Nº de casos de paludismo sem complicações (prováveis e confirmados) notificados por ano entre <5 anos (outros grupos-alvo)	SIS	Relatórios do SIS	Di., Pr., Pa.	Anual	Como parte de controlo de rotina de muitos PNL.P - Dependente de notificação coerente
6	Incidência anual de parasitas (IAP)	Nº de casos de casos de paludismo confirmado por microscopia detectados durante 1 ano por unidade de população (normalmente 1000)	Como parte de controlo de rotina de muitos NMCP, principalmente fora da África	Relatórios NMCP/SIS	Di., Pr., Pa.	Anual	Não recomendado para áreas de grande transmissão onde a especificidade é baixa, os sistemas de informação sanitária são fracos ou muitos casos de paludismo não chegam até ao sistema de saúde

Indicadores	Definição prática	Método de recolha de dados	Fonte de informação	Nível de recolha de dados	Periodicidade de recolha de dados	Comentários
<b>RESULTADOS</b>						
<b>1</b>	% de pacientes hospitalizados com diagnóstico de paludismo agudo e recebendo tratamento antipalúdico e sintomático correcto dividido pelo nº total de pacientes hospitalizados com diagnóstico de paludismo agudo pela mesma unidade de tempo X 100	1. Parte da vigilância de rotina da equipa de PNL/P/distrito e província 2. Estudos serviço de saúde 3. Avaliação FRP	1. Relatórios de vigilância 2. Relatórios de estudos 3. Relatórios de avaliação FRP	Di., Pr., Pa.	1: Anual 2&3: 2-3 anos	Necessita formulários uniformizados, inspectores habilitados e formação
<b>2</b>	% de pacientes com paludismo sem complicações recebendo tratamento correcto a nível de posto de saúde e comunitário, segundo as directrizes nacionais, nas 24 horas seguintes ao início dos sintomas	1. Parte da vigilância de rotina da equipa de PNL/P/distrito e província 2. Estudos serviço de saúde 3. Avaliação FRP	1. Relatórios de vigilância 2. Relatórios de estudos 3. Relatórios de avaliação FRP	Di., Pr., Pa.	1: Anual 2&3: 2-3 anos	Necessita formulários uniformizados, inspectores habilitados e formação
<b>3</b>	% de serviços de saúde sem rotura de reserva de medicamentos antipalúdicos (tal como determinado na política nacional de medicamentos) superior a uma semana, durante os três meses anteriores, dividido pelo nº total de serviços de saúde visitados X 100	1. Vigilância distrital 2. Estudos em comunidades 3. Avaliação FRP	Relatórios	Di., Pa.	1. Anual 2. 2 anos (se possível, 1 ano) 3. 2 anos	1. Estudos exigem inspectores habilitados 2. Periodicidade depende da regularidade da vigilância 3. A nível comunitário a vigilância deve seguir as actividades IEC aplicadas
	% de serviços de saúde sem rotura de reserva de medicamentos antipalúdicos (tal como determinado na política nacional de medicamentos) superior a uma semana, durante os três meses anteriores	1. Vigilância da equipa de saúde de distrito/província 2. Estudos serviço de saúde 3. Avaliação FRP	1. Relatórios de vigilância 2. Relatórios de estudos 3. Relatórios de avaliação FRP	Di., Pr., Pa.	1. Anual 2. 1 ano 3. 2 anos	Em países com uma estação de transmissão curta, controlo/avaliação a fazer durante a estação de transmissão

4	% de serviços de saúde capazes de confirmar diagnóstico de paludismo segundo a política nacional (microscopia, teste rápido, etc.)	Nº de serviços de saúde capazes de confirmar diagnóstico de paludismo segundo a política nacional (microscopia, teste rápido, etc.) dividido pelo nº total de serviços de saúde habilitados a confirmar tal diagnóstico segundo a política nacional X 100	1. Vigilância da equipa de saúde de distrito/ 2. Estudos serviço de saúde 3. Avaliação FRP	Di., Pr., Pa.	Annual	Exige inspetores habilitados para exame das lâminas com amostras
5	% de agregados familiares tendo pelo menos um mosquito tratado	Nº de agregados familiares tendo pelo menos um mosquito tratado, dividido pelo nº total de agregados familiares visitados X 100	Estudos em comunidades	Com., Di., Pr., Pa.	2 anos (se possível, 1 ano)	Exige metodologia casual
6	% de mulheres grávidas tendo recebido quimioprofilaxia ou tratamento medicamentoso intermitente, segundo a política nacional de medicamentos	Nº de mulheres grávidas tendo recebido quimioprofilaxia ou tratamento medicamentoso intermitente, segundo a política nacional de medicamentos, dividido pelo nº total de mulheres grávidas entrevistadas/cuja ANCS foi estudado X 100	1. Estudos de serviços de saúde 2. Estudos sobre cuidados pré-natais 3. Estudos em comunidades	Com., Di., Pr., Pa.	Annual	1. Controlo das parteciras tradicionais nos países onde estas fornecem tratamento intermitente 2. A integrar com o controlo da SR
7	% de epidemias de paludismo detectadas nas 2 semanas seguintes ao início e devidamente controladas	Nº de epidemias detectadas numa dada área geográfica (distrito, país, região) ou situação em 2 semanas durante os últimos 12 meses e para as quais na semana seguinte se tomaram medidas de luta apropriadas, dividido pelo nº total de epidemias de paludismo notificadas durante o mesmo período na mesma área/situação X 100	Estudo de documentos SIS	Di., Pr., Pa.		1. Periodicidade depende da ocorrência de epidemias 2. Medidas apropriadas de luta significam acções baseadas na preparação nacional de planos de acção onde tais medidas são definidas de acordo com directrizes mundiais da OMS 3. Viável mas dependendo da qualidade do SIS
8	% de mães/responsáveis capazes de reconhecer sinais e sintomas de perigo numa criança <5 anos (outros grupos-alvo)	1. Nº de mães/responsáveis capazes de reconhecer sinais e sintomas de perigo numa criança <5 anos (outros grupos-alvo) dividido pelo nº total de mães/responsáveis entrevistados X 100 2. Nº de mães/responsáveis capazes de reconhecer sinais e sintomas de perigo numa criança <5 anos (outros grupos-alvo) dividido pelo nº total de mães/responsáveis que tinham sido treinadas	Estudos em comunidades	Comunitário	2 anos (se possível, 1 ano)	Em certos países já faz parte da vigilância da equipa do PNLDP/distrital
9	% de distritos com planos de acção reflectindo a política de saúde nacional	Nº de distritos com um plano reflectindo a política nacional num dado país dividido pelo nº total de distritos X 100	Estudo de documentos	Di., Pa.	Annual	
10	% de utilização de informações sanitárias em planeamento	Nº de distritos utilizando informações sanitárias em planeamento num dado país dividido pelo nº total de distritos X 100	Estudo de documentos	Nacional Regional	Annual	

<b>11</b>	% de países com parcerias estabelecidas com muitos sectores e entre agências	Nº de países com parcerias estabelecidas com muitos sectores e entre agências dividido pelo nº de países aplicando o plano de acção FRP X 100	Estudo de documentos	Relatório de actividades do PNLIP Relatórios de reuniões de parceiros	Regional Mundial	Anual	
<b>12</b>	% de países com centros-piloto funcionais para controlo da eficácia de medicamentos antipalúdicos de 1ª e 2ª linha	Nº de países com centros-piloto funcionais para controlo da eficácia de medicamentos antipalúdicos de 1ª e 2ª linha, dividido pelo nº de países aplicando o plano de acção FRP X 100	Estudo de documentos Missão no país	Relatórios	Regional Mundial	Anual	A ser controlado por pessoal competente de acordo com o protocolo da OMS
<b>13</b>	Nº de medicamentos antipalúdicos que progrediram até ao nível de experimentação da fase III		Estudo de documentos	Documentos científicos Publicações	Mundial	5 anos	
<b>14</b>	% de países com orçamento nacional FRP aceite e coberto por fundos de doadores	Nº de países com orçamento nacional aceite e coberto por fundos de doadores, dividido pelo nº total de países com uma parceria FRP estabelecida X 100	Estudo de documentos	Relatórios financeiros	Regional Mundial	Anual	1. Periodicidade dependerá da duração do plano de acção nacional 2. Recomenda-se controlo anual

Indicadores	Definição prática	Método de recolha de dados	Fonte de informação	Nível de recolha de dados	Periodicidade recolha de dados	Comentários
<b>PROCESSO</b>						
<b>1</b>	% de pessoal de saúde prestando cuidados, formado em tratamento de casos de paludismo e DITIDI	Nº de pessoal de saúde prestando cuidados a pacientes e formado em tratamento de casos de paludismo e DITIDI dividido pelo número total de pessoal de saúde X 100	1. Controlo dos programas PNL P e DITIDI. 2. Estudos sobre serviços de saúde	Di., Pr., Pa.	Anual	Só para países já implementando actividades DITIDI + 034
<b>2</b>	% de pessoal de posto pré-natal formado em tratamento antipalúdico preventivo intermitente para mulheres grávidas	Nº de pessoal de posto pré-natal formado em tratamento antipalúdico preventivo intermitente para mulheres grávidas dividido pelo nº total de pessoal de posto pré-natal X 100	1. Controlo de PNL P e SR. 2. Estudos sobre serviços de saúde	Di., Pr., Pa.	Anual	1. Em certos países as parteiras tradicionais também serão incluídas no pessoal de saúde pré-natal 2. A ser integrado com o programa SR
<b>3</b>	% de países tendo directrizes nacio-nais para prevenção e tratamento do paludismo, incluindo formação de todos os fornecedores não convencionais de cuidados de saúde e recomendações para tratamento caseiro de doença febril/paludismo suspeito, reconhecimento dos sinais de perigo mais frequentes em crianças, prevenção do paludismo durante a gravidez e uso de materiais tratados com insecticida	Nº de países tendo directrizes nacionais para tratamento do paludismo incluindo os pontos pré-definidos, dividido pelo nº total de países aplicando o plano de acção FRP X 100	Estudos de documentos	Regional Mundial.		Este critério deve ser controlado todos os anos até ficar estabelecida a existência de tais directrizes a nível nacional
<b>4</b>	Nº de aldeias/comunidades tendo pelo menos um ASC formado em tratamento de febre e reconhecimento de doença febril grave	Nº de aldeias/comunidades tendo pelo menos um ASC formado em tratamento de febre e reconhecimento de doença febril grave, dividido pelo nº total de aldeias/comunidades estudadas X 100	Estudos em comunidades	Com., Di., Pr.	2 anos	

5	% de países tendo introduzido piretros para uso em saúde pública e materiais tratados com insecticida na lista de medicamentos e materiais essenciais	Nº de países tendo introduzido o uso de piretros em saúde pública e materiais tratados com insecticida na lista de medicamentos e materiais essenciais, dividido pelo nº total de países aplicando o plano de acção FRP X 100	Estudo de documentos	Lista de medicamentos e remédios essenciais	Regional Mundial		Este critério deve ser controlado todos os anos até ficar estabelecido que a lista de medicamentos e remédios essenciais foi modificada de acordo com a política nacional de luta contra o paludismo
6	% de fornecedores de serviços (pessoal de saúde, ASC...) formados em técnicas de tratamento de mosquiteiros e/ou de pulverizações de interiores de casas segundo a política nacional	Nº de fornecedores de serviços (pessoal de saúde, ASC...) formados em técnicas de tratamento de mosquiteiros e/ou de pulverizações de interiores de casas, dividido pelo nº total de fornecedores de serviços X 100	1. Controlo do PNLN 2. Estudos de serviços de saúde	1. Relatório sobre actividades do PNLN 2. Relatório de estudo sanitário	Di., Pr. Pa.	Anual	
7	% de países com áreas/situações sujeitas a epidemias, possuindo um plano de acção nacional de detecção rápida e de luta contra epidemias	Nº de países com áreas/situações sujeitas a epidemias, possuindo um plano de acção nacional de detecção rápida e de luta contra epidemias, dividido pelo nº total de países com áreas/situações sujeitas a epidemias X 100	Estudo de documentos	Plano de acção nacional	Regional Mundial		Este critério deve ser controlado todos os anos até ficar estabelecida a existência de um tal plano de acção de acordo com a epidemiologia do paludismo
8	% de países tendo uma política de cobertura universal para todos com um conjunto de base incluindo actividades antipalúdicas	Nº de países tendo uma política de cobertura universal para todos com um conjunto de base incluindo actividades antipalúdicas, dividido pelo nº total de países com paludismo endémico X 100	Estudo de documentos	Documento da política nacional	Regional Mundial		Este critério deve ser controlado todos os anos até ficar estabelecida a existência de uma tal política
9	Nº de países tendo estabelecido ligações oficiais, incluindo elaboração de um programa de investigação de interesse de saúde pública, entre instituições de investigação e ministérios da saúde	Nº de países tendo estabelecido ligações oficiais, incluindo elaboração de um programa de investigação de interesse de saúde pública, entre instituições de investigação e ministérios da saúde	Estudo de documentos	Programa de investigação Protocolos de investigação	Regional Mundial		1. Este critério deve ser controlado todos os anos até ficar estabelecida a existência de tais ligações 2. Recomenda-se o seguimento
<p>DITIDI = Diagnóstico e Tratamento Integrados das Doenças da Infância          PNLN = Programa Nacional de Luta contra o Paludismo          SR = Saúde Reprodutiva          TBA = Partejas tradicionais          Di. = Distrito          Pa. = País          Pr. = Província/Região          Com. = Comunidade</p>							





## Anexo 4 REFERÊNCIAS

1. **OMS (1981).** Health Programme Evaluation. *Guiding Principles for its Application in the Managerial Process for National Health Development*
2. **OMS (1981).** Development of Indicators for Monitoring Progress towards Health for All by the Year 2000
3. **OMS (1992).** *Report of the Ministerial Conference on malaria, Amsterdam, 26-27 de Outubro de 1992.* Genebra, Organização Mundial da Saúde (Documento não publicado) CTD/MCM/92.6)
4. **OMS (1993a).** *A Global Strategy for Malaria Control.* Genebra, Organização Mundial da Saúde
5. **OMS (1993b).** Implementation of the Global Malaria Control Strategy. *Report of a WHO study group on the implementation of the global plan of action for malaria control 1993-2000.* Genebra, Organização Mundial da Saúde (Série de Relatório Técnicos da OMS N° 839)
6. **OMS (1993d).** WHO Malaria Unit, Global Malaria Control. *Bulletin of the Organização Mundial da Saúde* (1993) 71 (3/4) 281-284.
7. **OMS (1994).** Bryce J. Rounou, J.B. Nguyen-Dinh, P. Naimoli, J.F. Breman, J.G. Evaluation of national malaria control programmes in Africa. *Bulletin of the WHO* (1994) 72 (3) 371-381 [En.Fr. 16 ref. 6 tab] Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. Organização Mundial da Saúde, 1211 Genebra 27, Suíça.
8. **OMS (1997).** WHO Recommended Surveillance Standards, Organização Mundial da Saúde, WHO/EMC/DIS/97.1, Distribution: Limited, Original: English
9. **OMS (1999).** Indicators for IMCI at First-Level Facilities and Households, Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH), Health Systems and Community Health (CHS), Organização Mundial da Saúde, WHO/CHS/CAH/98.1 K, Rev. 1 1999, Original: English, Distribution: General.
10. **OMS (2000).** WHO Technical Report Series 892, WHO Expert Committee of Malaria, 20th Report.
11. **OMS (2000).** Indicators to Measure the Impact of Malaria Control. Discussion document prepared for Roll Back Malaria, Janeiro 2000. Catherine Watt and Chris Dye. Communicable Disease Prevention, Control and Eradication, WHO Genebra
12. **OMS/AFRO (1992a).** *Guidelines for the diagnosis and treatment of malaria in Africa. Report of an informal consultation of experts on malaria in the African Region.* Brazzaville, Sede Regional Africana da OMS. (AFRO Technical Paper N° 22, Rev.1)
13. **OMS/AFRO (1992c).** *Strategies for Malaria Control in the African Region and Steps for the Implementation.* Brazzaville, Sede Regional Africana da OMS.
14. **OMS/AFRO (1994).** *Strategies for Malaria Control in the African Region: Evaluation and Information Support. Report of a meeting of the regional working group on malaria control in the African Region. Brazzaville, 15-18 de Março de 1993.* Brazzaville, Sede Regional Africana da OMS, 1994 (Documento não publicado AFRO/CTD/MAL/94.2)
15. **OMS/AFRO (1994).** *Information Systems for the Evaluation of the Malaria Control Programmes.* (A practical guide).
16. **OMS/AFRO (1999).** Joint Evaluation of DFID and USAID support to the WHO Regional Office for the African Malaria Unit (AFRO/MAL), de 20 de Setembro a 8 de Outubro de 1999, OMS/AFRO evaluation background documents (Volume 1)
17. **ACSI-CCCD (1993).** Africa Child Survival Initiative Combating Childhood Communicable Diseases. Malaria Control in Africa: Guidelines for the Evaluation of National Programmes, Bujumbura. Burundi, Setembro de 1993. USAID, U.S. Department of Health and Human Services.
18. **Declaração de Abuja para Fazer Recuar o Paludismo em África. By the African Heads of State and Government. Abuja, Nigéria—African Summit on Roll Back Malaria —25 de Abril de 2000.**
19. **Executive Summary for Economics of Malaria Center for Development, Harvard University and London School of Hygiene and Tropical Medicine** (presented by Pr. Sach during the African Summit on Roll Back Malaria — 25 de Abril de 2000)