



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MÉTODOS E FERRAMENTAS PARA REFORÇO DOS SERVIÇOS DE GESTÃO DA MORBIDADE E PREVENÇÃO DA INCAPACIDADE (GMPI) CAUSADAS PELA FILARÍASE LINFÁTICA (LF)

Experiências de vários países na implementação de um protocolo de inspeção direta, análise da situação e recolha dos números estimados de doentes com hidrocele e linfedema

Março de 2021

Autores: Emily Toubali^a, Molly Brady^b, Ernest Mensah^c, Aryc Mosher^a, Emily Wainwright^a, Liz Eddy^a, Aria Gray^b e Alyssa Jordan^b

^aDivisão de doenças tropicais negligenciadas, Gabinete de doenças infecciosas, Departamento de Saúde Global, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

^bUSAID Act to End NTDs East Program gerido pela RTI International

^cUSAID Act to End NTDs West Program gerido pela FHI360

Fotografia: Helen Keller International / USAID GMPI Project

PREÂMBULO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que haja 40 milhões de pessoas, a nível global, que sofrem de morbilidade incapacitante e de incapacidade causada pela filariase linfática (LF). Isto inclui inchaço dos membros e dos seios, designado como linfedema (elefantíase na sua forma mais grave) e inchaço do escroto, designado como hidrocele.¹ As pessoas com linfedema e hidrocele confrontam-se muitas vezes com um grande estigma e isolamento devido à sua doença. Sem cuidados e tratamento, a doença pode continuar a avançar e a final diminuir a qualidade de saúde e a produtividade das pessoas, famílias, comunidades e nações. Em todas as áreas de endemia de LF em que há conhecimento de doentes com hidrocele ou linfedema, os programas nacionais para a eliminação da LF visam proporcionar tratamento e cuidados através da gestão da morbilidade e da prevenção da incapacidade (GMPI). Os serviços de GMPI consistem na higiene, elevação e exercício dos membros no caso do linfedema e cirurgia corretiva para a hidrocele. Estas atividades são oferecidas através do sistema de saúde e são um princípio fundamental da estratégia do Programa Global para a Eliminação da Filariase linfática (GPELF) da OMS.

Para ajudar os países a quantificar o número estimado de doentes e recolher informação para ajudar a planejar e avaliar os serviços de GMPI causadas pela LF, a OMS em colaboração com parceiros desenvolveu os seguintes métodos e ferramentas. Estes encontram-se publicados no Aide-mémoire do GMPI da Filariase linfática para os Gestores Nacionais do Programa: 1) Métodos para a estimar os número de doentes com hidrocele e linfedema ([Anexo B](#)), 2) Análise da situação ([Anexo B](#)) e 3) Protocolo de inspeção direta ([Anexo A](#)).¹ O uso destes métodos e ferramentas pelos países com endemia de LF gera a informação necessária para a validação pela OMS da eliminação da LF como problema de saúde pública.²

QUADRO I. DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS E FERRAMENTAS DISPONÍVEIS PARA AJUDAR A PLANEJAR E AVALIAR OS SERVIÇOS DE GMPI CAUSADAS PELA LF

Métodos para estimar os números de doentes	Ferramenta de Análise da Situação	Protocolo de inspeção direta
<ul style="list-style-type: none">• Descreve os pontos fortes e fracos dos métodos para a recolha dos números estimados de doentes com hidrocele e linfedema• Os dados indicam onde os serviços de GMPI causadas pela LF são necessários e são gerados ao nível da unidade de implementação (IU)	<ul style="list-style-type: none">• Avalia os fatores que influenciam os serviços de GMPI causadas pela LF (por ex., designação das instalações, equipamento, fornecimentos, necessidades de formação e disponibilidade dos dados epidemiológicos)• Serve como método para compilar os dados existentes relativos dos números estimados de doentes• Os dados são gerados a vários níveis (por ex., nacional, regional, unidade de implementação) dependendo do contexto	<ul style="list-style-type: none">• Mede a prontidão e a qualidade dos cuidados do linfedema ao nível da instalação• Identifica os pontos fortes e as lacunas relativamente a: conhecimentos / competências do pessoal que presta cuidados de saúde, rastreio dos doentes e infraestrutura• Os dados são gerados ao nível das instalações, mas com base no âmbito geográfico podem servir com avaliação regional ou nacional

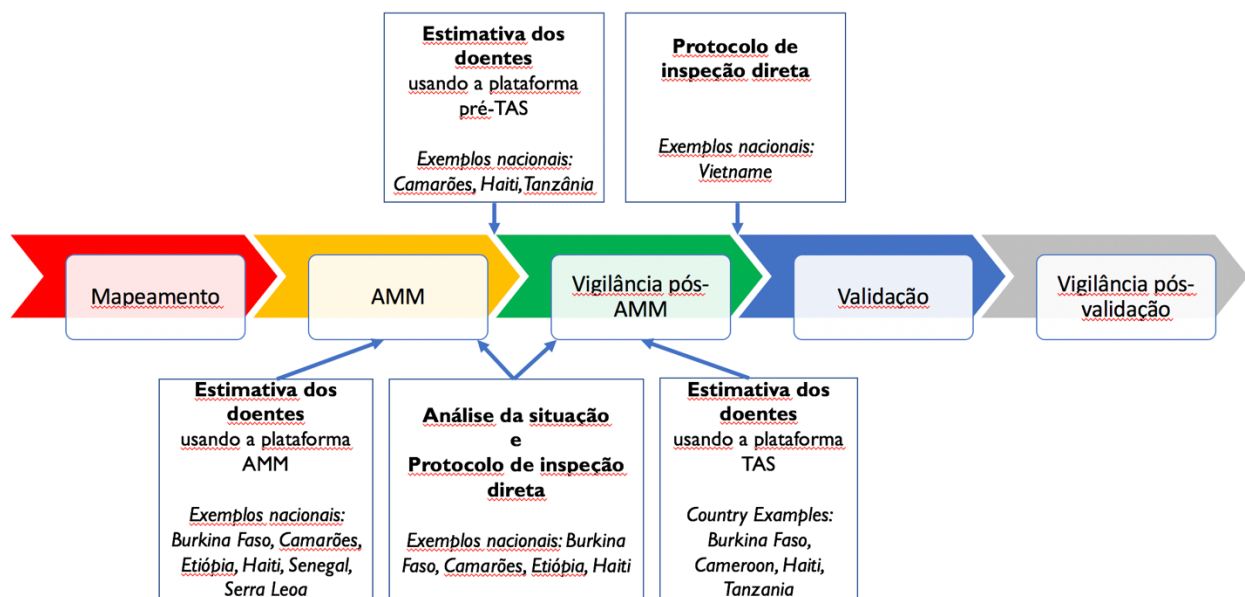
¹ FILARIASE LINFÁTICA: GESTÃO DA MORBIDADE E PREVENÇÃO DA INCAPACIDADE: UM AIDE-MÉMOIRE PARA OS GESTORES NACIONAIS DO PROGRAMA. GENEBRA: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; 2020. LICENÇA: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

² VALIDAÇÃO DA ELIMINAÇÃO DA FILARIASE LINFÁTICA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA. GENEBRA: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; 2017. LICENÇA: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

RESULTADOS DOS INQUÉRITOS DE VÁRIOS PAÍSES SOBRE O USO DOS MÉTODOS E FERRAMENTAS DE GMPI CAUSADAS PELA LF

Em 2019, foi enviado um inquérito, em Excel, a 15 países com endemia de LF para obter mais informação sobre as suas experiências (por ex., escala de implementação, custo e tempo) e aprendizagens fundamentais (por ex., utilidade) do uso dos métodos para os números Estimados dos doentes com GMPI causadas pela LF, ferramenta de análise da situação e o protocolo de inspeção direta. Foram recebidas respostas de Programas Nacionais de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) em 12 países: Burkina Faso, Camarões, Etiópia, Gana, Haiti, Indonésia, Laos, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Uganda e Vietname. Este sumário técnico resume as conclusões da implementação destes métodos no campo através de um vasto conjunto de cenários, em várias fases em cada programa nacional de LF conforme caracterizado pelas fases de enquadramento do GPELF: mapeamento, AMM, vigilância pós-AMM, validação e vigilância pós-validação (Figura 1).

FIGURA 1 EXEMPLOS NACIONAIS DO USO DOS MÉTODOS E FERRAMENTAS DE GMPI CAUSADAS PELA LF NAS DIVERSAS FASES DO PROGRAMA NO QUADRO DE GPELF



NÚMEROS ESTIMADOS DE DOENTES

Doze países recolheram os números estimados de doentes com hidrocele e linfedema através de 983 IUs. A maioria dos países utilizou as plataformas existentes como a administração massiva de medicamentos (AMM), o inquérito de avaliação da transmissão (TAS) e outros inquéritos DTN, como o pré-TAS, o inquérito relativo ao impacto do tracoma e o inquérito de avaliação da cobertura pós-AMM para recolha dos números estimados de doentes. Alguns países usaram métodos autónomos com questionários a informantes chave e pesquisa de casos ativos.

QUADRO 2. DADOS SOBRE OS MÉTODOS, ESCALA, TEMPO E CUSTOS ASSOCIADOS OS NÚMEROS ESTIMADOS DE DOENTES

12 países recolheram os números estimados de doentes usando: <ul style="list-style-type: none">• plataforma AMM• plataforma TAS• Outras plataformas para inquéritos (pré-TAS, inquérito relativo ao impacto do tracoma, inquérito relativo à cobertura pós-AMM)• Questionário do informador chave• Pesquisa de casos ativos	Números estimados de doentes recolhidas em 983 IUs: <ul style="list-style-type: none">• AMM: 376 IUs• TAS: 87 IUs• Outro inquérito: 363 IUs• Questionário ao informador chave: 121 IUs• Pesquisa de casos ativos: 36 IUs
Intervalo temporal*: <ul style="list-style-type: none">• AMM: 4 a 10 dias/ IU• TAS: duração do TAS (variável)• Outro inquérito: 6 a 14 dias/ IU• Questionário ao informador chave: sem dados• Pesquisa de casos ativos: 5 a 10 dias/ IU	Variação de custo: <ul style="list-style-type: none">• AMM**: \$0 - \$54/ IU***• TAS: \$0 - \$76/ IU***• Outro inquérito: 0 - \$242/ IU***• Questionário ao informador chave: sem dados• Pesquisa de casos ativos: \$1200\$ - \$9095/ IU

* Para a AMM, TAS e outras plataformas de inquérito, o tempo reportado não é o tempo suplementar apenas para o componente de estimados do doente, mas é o tempo de atividade total para a plataforma de atividade mais ampla.

** Valor Estatisticamente atípico: o valor de variação mais elevado foi de \$3560/IU num único país dado que os custos incluíam um dia completo de formação em GMPI causadas pela LF para que aqueles que recolhiam os dados pudessem dar formação detalhada sobre gestão clínica a quaisquer doentes que encontrassem.

*** Intervalo do custo suplementar apresentado.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO

Quatro países implementaram a análise da situação em 53 IUs, com a capacidade de usar os dados a nível regional e/ou a nível nacional. Nos quatro países, a implementação da Análise da situação foi realizada em conjunto com o Protocolo de inspeção direta.

QUADRO 3. DADOS SOBRE A ESCALA, TEMPO E CUSTOS ASSOCIADOS À IMPLEMENTAÇÃO DA ANÁLISE DA SITUAÇÃO

4 países implementaram a análise da situação	Análise da situação realizada em 53 IUs <ul style="list-style-type: none"> • 1 país realizou uma avaliação nacional • 3 países realizaram avaliações regionais 	
Intervalo temporal: 1 a 7 dias/ IU	Variação de custo: <ul style="list-style-type: none"> • \$19 200/nível nacional* • \$3150 a \$4334/nível regional • \$724 a \$1319/ nível da IU 	Custo médio: <ul style="list-style-type: none"> • \$19 200/nível nacional* • \$3398/nível regional • \$973/nível da IU

*Dados do custo de 1 só país.

PROTOCOLO DE INSPEÇÃO DIRETA

Cinco países implementaram o protocolo de inspeção direta ao nível das instalações, no entanto dada a conceção, a avaliação foi equivalente a uma avaliação nacional ou regional. Diversos países implementaram um protocolo de inspeção direta modificado ao mesmo tempo que a análise da situação, pelo que as duas ferramentas foram combinadas para otimizar os recursos humanos e monetários.

QUADRO 4. DADOS SOBRE A ESCALA, TEMPO E CUSTOS ASSOCIADOS À IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE INSPEÇÃO DIRETA

5 países implementaram o protocolo de inspeção direta	Protocolo de inspeção direta realizado em 502 instalações: <ul style="list-style-type: none"> • 2 países realizaram avaliações nacionais • 3 países realizaram avaliações regionais 	
Intervalo temporal: 1 a 3 horas/instalações	Variação de custo: <ul style="list-style-type: none"> • \$10 000 a \$19 200/ nível nacional • \$3150 a \$4334/nível regional • \$27 a \$1050/ nível das instalações 	Custo médio: <ul style="list-style-type: none"> • \$14 600/nível nacional • \$3398/nível regional • \$453/ nível das instalações

PRINCIPAIS LIÇÕES APRENDIDAS

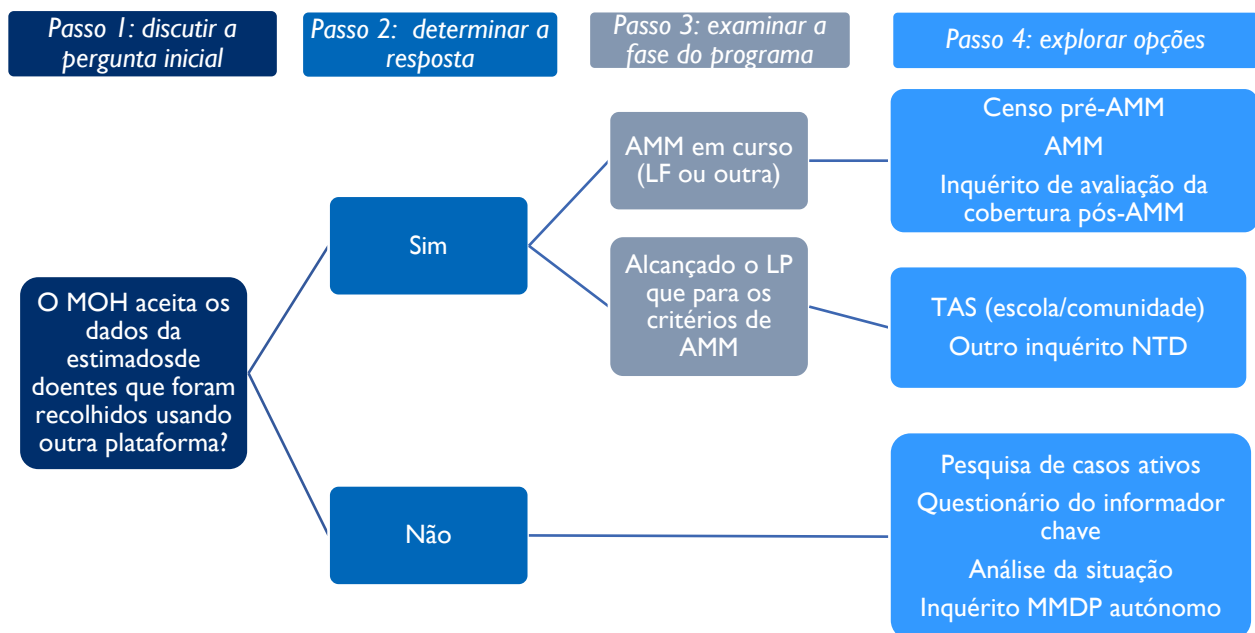
COMENTÁRIOS SOBRE O USO DE MÉTODOS PARA OS NÚMEROS ESTIMADOS DOS DOENTES

- **Discutir os prós e contras das diferentes plataformas em adiantado para determinar qual a melhor abordagem para o contexto do país:** não há um método de para estimar de doentes que seja claramente melhor e os países são incentivados a determinar que plataforma continuada (por ex., AMM, inquéritos) ou plataformas autónomas (por ex., pesquisa de casos ativos) seria a mais aceitável e viável economicamente. A Figura 2 e o Quadro 5 foram concebidos para ajudar na discussão.
- **Começar a recolher os dados agora:** é viável economicamente recolher dados sobre os doentes com linfedema e hidrocele acrescentando estas perguntas às plataformas continuadas, mas

os países têm de agir rapidamente dado que muitas das plataformas existentes têm um prazo. Estes esforços beneficiarão não só os doentes com LF ao tornar a sua localização conhecida, para que pacote essencial de cuidados lhes possa ser prestado, bem como todas as IU com doentes com hidrocele e linfedema conhecidos que precisam dos números estimados para o processo de validação.

- **Desenvolver un documento simple para uso durante a recolha de dados, usando fotografias e vocabulário locais para descrever o linfedema e a hidrocele:** esses documentos ajudam a orientar aqueles que não são profissionais de saúde (por ex., distribuidores de medicamentos, membros da comunidade) para a hidrocele e o linfedema e ajudam na identificação dos doentes. Esses documentos devem incluir fotografias de todas as fases da progressão da doença e não apenas os estados mais graves. Nalguns cenários, o ministério da saúde (MOH) pode pretender ter um trabalhador da área da saúde a validar os números estimados de doentes se houver preocupações de fiabilidade, mas isto não é obrigatório.
- **Discutir a disponibilidade dos serviços, ou planos para a disponibilidade futura dos serviços junto de membros da comunidade no momento da recolha dos dados:** As comunidades e os doentes não recebem bem uma recolha de dados sobre o linfedema e a hidrocele se, no seu seguimento, não houver uma prestação do serviço; se os serviços não estiverem a ser prestados aos doentes, estes podem não se declarar durante as atividades para estimar os doentes.

FIGURA 2. ÁRVORE DE DECISÃO PARA AJUDAR NAS ESCOLHAS DO PAÍS RELATIVAMENTE AOS MÉTODOS PARA ESTIMAR DE DOENTES MAIS APROPRIADOS



QUADRO 5. COMENTÁRIOS DO PAÍS SOBRE OS PRÓS E CONTRAS DOS DIFERENTES MÉTODOS PARA ESTIMAR O NUMERO DOS DOENTES

Prós	Contras
<ul style="list-style-type: none"> • O censo pré-AMM/AMM e a Pesquisa de casos ativos oferecem uma lista de doentes com hidrocele e linfedema por localidade, o que pode ajudar na prestação do serviço e na assistência social • Para as plataformas com base em inquéritos, aquelas que têm uma amostragem com base em conjuntos e muitos conjuntos (por ex., TAS, inquérito de cobertura pós-AMM) proporcionam uma oportunidade mais forte para a recolha dos números estimados de doentes, quando comparadas com outros inquéritos como o pré-TAS em que frequentemente só há dois conjuntos por inquérito • Recolher os números estimados de doentes noutra plataforma pode ser muito menos dispendioso que uma atividade isolada para a recolha da mesma informação 	<ul style="list-style-type: none"> • As plataformas que têm por base inquéritos só prestam informação sobre os indivíduos (e as respetivas famílias) que fizeram parte da amostra • As plataformas que agregam as pessoas numa localização central podem não oferecer um local que seja suficientemente discreto para fazer perguntas delicadas sobre a hidrocele e o linfedema, pelo que são necessários cuidados especiais para possibilitar a privacidade quando são feitas perguntas sobre doenças

COMENTÁRIOS SOBRE O USO DA ANÁLISE DA SITUAÇÃO E DO PROTOCOLO DE INSPEÇÃO DIRETA

- Uso de dados da Análise da situação e do Protocolo de inspeção direta para ajudar a moldar a conceção (início) ou evolução (meio caminho) da prestação do serviço GMPI causadas pela LF: os dados de base podem ajudar a informar a conceção da prestação do novo serviço, enquanto os dados recolhidos a meio do programa podem ajudar a reforçar áreas específicas. Os dados recolhidos imediatamente antes da apresentação do processo de validação podem definir áreas que necessitam de reforço na fase pós-validação. Os dados recolhidos em qualquer fase reforçarão, em última análise, a sensibilização para a GMPI causadas pela LF e as lacunas na prestação do serviço entre o pessoal da área da saúde que trabalha ao nível da comunidade, bem como ao nível do distrito, regional e nacional.
- Integrar a Análise da situação com o Protocolo de inspeção direta ou outra avaliação se for prático combiná-los (por ex., Avaliação da prontidão e Disponibilidade dos serviços da OMS, Avaliação da Prestação dos Serviços DHS): estas duas ferramentas foram concebidas para serem usadas separadamente, mas tendo por base quando e como são usadas, podem ser combinadas para facultar dados mais abrangentes recolhidos de forma economicamente viável aquando da avaliação das instalações quando comparado a uma implementação com uma ferramenta única.
- Partilhar os resultados das ferramentas de GMPI causadas pela LF de forma mais ampla para além das DTNs: a informação recolhida durante a análise da situação sobre os serviços para o linfedema

pode beneficiar outras doenças da pele e a informação sobre a cirurgia da hidrocele pode beneficiar iniciativas cirúrgicas seguras.

COMENTÁRIOS TRANSVERSAIS

- Considerar os prós e os contras de quando os diversos métodos e ferramentas podem ser usados precocemente nos programas de LF e discuti-los abertamente com os principais interessados: as melhores abordagens são as específicas para o país e contexto. A Figura 1 e 2 foram concebidas para auxiliar nestas discussões.
- Uso da captação eletrónica de dados para implementar as ferramentas de GMPI causadas pela LF: o uso de smartphones ou tablets para a recolha de dados no terreno (em comparação com a recolha de dados em papel) acelera a receção dos dados e a capacidade de agir e facultar ou reforçar os serviços baseados nesses dados.

CONCLUSÕES

Estes métodos e ferramentas foram concebidos para melhorar a recolha e a qualidade dos dados e promover o aumento da prestação do serviço, entre outros fatores, das atividades da GMPI causadas pela LF no GPELF. O comentário fornecido por 12 países demonstra que estas abordagens geram dados úteis, podem ser implementadas ao longo da duração do programa desde a conceção à avaliação e, em muitos casos, são economicamente viáveis. Recomenda-se a discussão dos prós e contras numa fase inicial do programa para determinar que método ou ferramenta é mais adequada e o momento da sua utilização.

Métodos e ferramentas de GMPI causadas pela LF:

- São úteis, implementação exequível e economicamente viáveis
- Os dados gerados beneficiam aqueles que têm LF, o sistema de saúde e o processo de validação
- Diferentes abordagens de implementação funcionam melhor em diferentes cenários

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos Gestores do Programa DTN do MOH e aos Pontos Focais no Burkina Faso, Camarões, Etiópia, Gana, Haiti, Indonésia, Laos, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Uganda e Vietname que deram comentários sobre o seu uso destes métodos e ferramentas de GMPI causadas pela LF. Os autores também agradecem ao pessoal do ENVISION Project financiado pela USAID, END in Africa Project e GMPI Project from RTI International, FHI360 e Helen Keller International pelo seu apoio na recolha dos dados.