

---

# Administração do tratamento preventivo intermitente do paludismo na gravidez com sulfadoxina-pirimetamina na comunidade: guia de campo



World Health  
Organization



# **Administração do tratamento preventivo intermitente do paludismo na gravidez com sulfadoxina-pirimetamina na comunidade: guia de campo**



**World Health  
Organization**

Administração do tratamento preventivo intermitente do paludismo na gravidez com sulfadoxina-pirimetamina na comunidade: guia de campo [Community deployment of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy with sulfadoxine-pyrimethamine: a field guide]

ISBN 978-92-4-010639-0 (versão electrónica)

ISBN 978-92-4-010640-6 (versão impressa)

© Organização Mundial da Saúde 2025

Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença de Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.pt>).

Nos termos desta licença, é possível copiar, redistribuir e adaptar o trabalho para fins não comerciais, desde que dele se faça a devida menção, como abaixo se indica. Em nenhuma circunstância, deve este trabalho sugerir que a OMS aprova uma determinada organização, produtos ou serviços. O uso do logótipo da OMS não é autorizado. Para adaptação do trabalho, é preciso obter a mesma licença de Creative Commons ou equivalente. Numa tradução deste trabalho, é necessário acrescentar a seguinte isenção de responsabilidade, juntamente com a citação sugerida: "Esta tradução não foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não é responsável, nem pelo conteúdo, nem pelo rigor desta tradução. A edição original em inglês será a única autêntica e vinculativa".

Qualquer mediação relacionada com litígios resultantes da licença deverá ser conduzida em conformidade com o Regulamento de Mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

**Citação sugerida.** Administração do tratamento preventivo intermitente do paludismo na gravidez com sulfadoxina-pirimetamina na comunidade: guia de campo [Community deployment of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy with sulfadoxine-pyrimethamine: a field guide]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2025. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Dados da catalogação na fonte (CIP).** Os dados da CIP estão disponíveis em <http://apps.who.int/iris/>.

**Vendas, direitos e licenças.** Para comprar as publicações da OMS, ver <https://www.who.int/publications/book-orders>. Para apresentar pedidos para uso comercial e esclarecer dúvidas sobre direitos e licenças, consultar <https://www.who.int/copyright>.

**Materiais de partes terceiras.** Para utilizar materiais desta publicação, tais como quadros, figuras ou imagens, que sejam atribuídos a uma parte terceira, compete ao utilizador determinar se é necessária autorização para esse uso e obter a devida autorização do titular dos direitos de autor. O risco de pedidos de indemnização resultantes de irregularidades pelo uso de componentes da autoria de uma parte terceira é da responsabilidade exclusiva do utilizador.

**Isenção geral de responsabilidade.** As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico ou as autoridades de qualquer país, território, cidade ou zona, nem tampouco sobre a demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas e tracejadas nos mapas representam de modo aproximativo fronteiras sobre as quais pode não existir ainda acordo total.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Salvo erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registado.

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OMS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

# Índice

<b>Agradecimentos</b>	<b>v</b>
<b>Siglas e acrónimos</b>	<b>vi</b>
<b>Glossário</b>	<b>vii</b>
<b>1. Introdução</b>	<b>1</b>
1.1 Antecedentes e finalidade	1
1.2 Elaboração do guia de campo e público-alvo	3
<b>2. Recomendações da OMS</b>	<b>4</b>
2.1 Recomendações da OMS sobre o TPIg	4
2.2 Recomendações da OMS sobre a CPN para uma experiência positiva na gravidez	6
2.3 Recomendações da OMS sobre os programas para os ACS	7
2.4 Medicamento preferencial para o TPIg, resistência e monitorização da eficácia	8
2.5 Origem da SP de qualidade aprovada para o TPIg	8
<b>3. TPIg-c</b>	<b>9</b>
3.1 O que é o TPIg-c?	9
3.2 Quem é elegível para o TPIg-c?	9
3.3 Onde deve ser implementado o TPIg-c?	11
<b>4. Planeamento</b>	<b>13</b>
4.1 Inclusão do TPIg-c nos planos nacionais estratégicos do paludismo	13
4.2 Análise da situação	13
4.3 Orçamento para o TPIg-c e mobilização de recursos	14
4.4 Coordenação e cooperação: papéis e responsabilidades a vários níveis	16
4.5 Plano de implementação do TPIg-c	16
<b>5. Implementação</b>	<b>19</b>
5.1 Formação	19
5.1.1 Materiais de formação	19
5.1.2 Formação em cascata	19
5.2 Retenção dos ACS	20
5.3 Comunicação sobre mudança de comportamentos sociais	21
5.3.1 Colaboração das partes interessadas e mensagens genéricas	21
5.3.2 Material para advocacia e comunicação	23
5.4 Gestão integrada da cadeia de abastecimento	23
5.4.1 Plano de gestão da cadeia de abastecimento	23
5.4.2 Quantificação dos produtos	24
5.4.3 Armazenamento da SP	24
5.5 Supervisão de apoio	25

5.6 Atividades baseadas nas comunidades	28
5.6.1 Planos de ação comunitários para a implementação do TIPg-c	28
5.6.2 Mapeamento das comunidades	29
5.6.3 Seleção de ACS de acordo com o tamanho da população-alvo	30
5.6.4 O papel das OSC	31
5.6.5 Atividades dos ACS	32
<b>6. Monitorização e avaliação</b>	<b>37</b>
6.1 Quadro de desempenho da M&A	37
6.2 Indicadores e recolha de dados	37
6.3 Ferramentas de recolha de dados: revisão, impressão, divulgação e formação	40
6.4 Recolha, análise e utilização dos dados	40
<b>Referências</b>	<b>42</b>
<b>Anexo 1.</b> Documentos relevantes do manual de implementação TIPTOP	<b>45</b>
<b>Anexo 2.</b> Resultados dos projetos piloto de TPIg-c	<b>46</b>
<b>Anexo 3.</b> Exemplo de ficha de stock do ACS	<b>49</b>
<b>Anexo 4.</b> Exemplo de registo da comunidade/aldeia	<b>50</b>
<b>Anexo 5.</b> Ficha de registo das mulheres grávidas em cuidados comunitários	<b>51</b>
<b>Anexo 6.</b> Exemplo de ficha de paciente	<b>53</b>

## Figuras, tabelas e caixas

<b>Fig. 1.</b> Percentagem de grávidas que visitam um serviço de cuidados pré-natais, pelo menos, uma vez e recebem TPIg, por número de doses de SP, na África Subsariana, 2010–2021	2
<b>Fig. 2.</b> Cuidados continuados nas comunidades-clínicas de CPN	9
<b>Fig. 3.</b> Exemplo de uma roda da gravidez	11
<b>Fig. 4.</b> Mapa completo da comunidade que mostra as características geográficas e os recursos da comunidade numa aldeia do distrito de Kenge, na República Democrática do Congo	29
<b>Tabela 1.</b> Recomendações especiais sobre CPN relevantes para o MIP	6
<b>Tabela 2.</b> Exemplo de orçamento para a implementação do TPIg-c	15
<b>Tabela 3.</b> Exemplo das responsabilidades e atividades por nível administrativo	17
<b>Tabela 4.</b> Tipos ilustrativos de supervisão num programa de TPIg-c	26
<b>Tabela 5.</b> Indicadores ilustrativos para o TPIg-c	38
<b>Tabela 6.</b> Elementos e fontes de dados para indicadores TPIg-c	39
<b>Caixa 1.</b> Atualização de Junho de 2022 das <i>orientações da OMS para o TPIg</i>	4
<b>Caixa 2.</b> Acordos de remuneração e contratação de ACS	21
<b>Caixa 3.</b> Supervisão de apoio aos programas de ACS	25
<b>Caixa 4.</b> Seleção de ACS para formação inicial	30
<b>Caixa 5.</b> Tamanho da população-alvo e programas de ACS	31
<b>Caixa 6.</b> Água potável	35

# Agradecimentos

A Organização Mundial da Saúde (OMS) agradece a Emmanuel Otolorin, Jhpiego, que foi contratado para elaborar a versão inicial deste guia de campo. Os seguintes especialistas forneceram contribuições adicionais ao documento preliminar: Maud Majeres Lugand, Medicines for Malaria Venture (para informações sobre embalagens de sulfadoxina-pirimetamina); Herbert Onuoha, Jhpiego, e Franco Pagnoni, ISGlobal (para o capítulo de monitorização e avaliação); e Elaine Roman, Jhpiego (pelas contribuições para diversas seções e pela revisão do projeto de documento). Parte do conteúdo deste guia de campo, especialmente o Capítulo 5, é proveniente de versões anteriores do plano de formação em intervenções dirigidas à comunidade, publicado pela OMS e pelo Programa Africano para o Controlo da Oncocercose em 2012.

A OMS também agradece aos seguintes membros do painel de peritos de consulta técnica da OMS que avaliaram as evidências sobre a prestação comunitária do tratamento preventivo intermitente do paludismo durante a gravidez e que analisaram e forneceram contributos para o projeto inicial: Constance Bart-Plange, Consultora Independente de Saúde Pública, Acra, Gana; Kassoum Kayentao, Centro de Investigação e Formação em Paludismo, Bamaco, Mali; e Larry Slutsker, Consultor, Saúde Global, Estados Unidos da América.

A OMS agradece às seguintes pessoas pela revisão da versão preliminar do guia de campo: Christina Maly, Jhpiego (pelos contributos para a secção de indicadores e recolha de dados); Maria Barreix Etchegoimberry, Departamento de Saúde Sexual e Reprodutiva e Investigação da OMS (pela revisão do Capítulo 6) e Elizabeth Arlotti-Parish, Jhpiego (pelos seus contributos sobre aspectos relevantes de género).

Na OMS, Andrea Bosman e Silvia Schwarte do Programa Global contra o Paludismo, que coordenaram a elaboração e finalização do guia de campo, com contribuições de Peter Olumese (também do Programa Global contra o Paludismo).

Este guia de campo foi produzido com o apoio financeiro da Unitaid.

# Siglas e acrónimos

<b>ACS</b>	agente comunitário de saúde (a nível das comunidades)
<b>CMSC</b>	comunicação sobre mudanças sociais e comportamentais
<b>CPN</b>	consulta pré-natal
<b>GTT</b>	grupo técnico de trabalho
<b>M&amp;A</b>	monitorização e avaliação
<b>MINSA</b>	ministério da saúde
<b>MIP</b>	paludismo na gravidez
<b>MTI</b>	mosquiteiro tratado com insecticida
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OSC</b>	organização da sociedade civil
<b>TPIg-c</b>	tratamento preventivo intermitente do paludismo na grávida baseado nas comunidades
<b>SIGS</b>	sistema de informação da gestão sanitária
<b>SP</b>	sulfadoxina-pirimetamina
<b>TDO</b>	tratamento diretamente observado
<b>TIPTOP</b>	Transformar o Tratamento Preventivo Intermitente para Otimização da Gravidez
<b>TPIg</b>	tratamento preventivo intermitente do paludismo durante a gravidez
<b>TPIg-SP</b>	TPIg com sulfadoxina-pirimetamina

# Glossário

---

**aceleração**

A primeira consciência percepção da movimentação fetal pela mulher grávida; sugere uma gravidez de, pelo menos, 16 semanas. A prática de administrar a primeira dose de TPIg-SP no início do parto significa que a mulher grávida e o feto podem ficar desprotegidos contra o paludismo durante um período desnecessariamente longo, uma vez que a aceleração depende da percepção individual da mulher e do momento da aceleração. No entanto, a primeira dose de TPIg pode ser administrada o mais cedo possível no segundo trimestre (semana 13 de gravidez).

---

**calendário da dosagem do TPIg com sulfadoxina-pirimetamina (TPIg-SP)**

O TPIg-SP não deve ser administrado antes da 13ª semana de gravidez devido ao risco aumentado de malformação do feto. O TPIg-SP deve começar o mais cedo possível no segundo trimestre. Durante a gravidez devem ser tomadas, pelo menos, três doses de TPIg-SP. As doses podem ser administradas até ao momento do parto, desde que seja feito, pelo menos, com um mês de intervalo.

---

**contraindicações do TPIg**

O TPIg-SP não é recomendado para grávidas antes da 13ª semana de gestação, nem para aquelas que tenham doença aguda grave, que não consigam tomar medicação oral, que tenham recebido uma dose de SP nos últimos 30 dias ou que sejam alérgicas a algum dos componentes da SP. O TPIg-SP não deve ser administrado à mulheres que estejam a tomar um medicamento contendo sulfa como tratamento ou profilaxia, incluindo cotrimoxazol (trimetoprima e sulfametoxazol) para o VIH. Está demonstrado que doses elevadas de ácido fólico (uma dose diária de 5 mg ou mais) neutralizam a eficácia da SP como antipalúdico e apenas formulações de doses baixas (0,4 mg por dia) devem ser coadministradas com SP.

---

**cuidados pré-natais (CPN)-1**

Primeira consulta pré-natal de preferência o mais cedo possível durante a gravidez

**CPN-4**

Quarta consultapré-natal

---

**dosagem de SP**

A dosagem total necessária de SP para o TPIg é 1500 mg/75 mg. Os principais produtos comerciais de SP disponíveis no mercado para o TPIg geralmente contêm 500 mg/25 mg de SP por comprimido, portanto são necessários três comprimidos de SP para fazer uma dose completa.

---

**quantificação**

A quantificação no contexto do TPIg-c determina a quantidade de SP e outros produtos necessários para o TPIg-SP, considerando tanto os serviços prestados nas unidades de CPN como a nível das comunidades através de ASC habilitados.

---

<b>roda da gravidez</b>	Um pequeno calendário que pode ser usado para determinar tanto a idade gestacional como a data prevista para o parto, com base na última menstruação.
<b>TPIg (TPIg-c) baseado na comunidade</b>	Administração, ao nível comunitário, por ASCs formados de SP de qualidade garantida para o TPIg nas grávidas elegíveis. O TPIg-c complementa a administração do TPIg-SP na CPN. A abordagem TPIg-c pretende colmatar a lacuna entre a assistência nas CPN e a cobertura do TPIg e permite aos ASCs consciencializar e sensibilizar as mulheres grávidas para a necessidade de frequentar um serviço de CPN para serviços de CPN abrangentes.
<b>tratamento diretamente observado (TDO)</b>	Fornecimento ou administração de TPIg-SP na presença de um profissional de saúde ou agente de saúde comunitária de (ASC) para garantir que as grávidas tomam a dose correta de SP (consistindo em três comprimidos de SP, cada comprimido contendo 500 mg/25 mg de SP, para uma dosagem total necessária de 1500 mg/75 mg SP).
<b>tratamento preventivo intermitente do paludismo na gravidez (TPIg)</b>	Administração de um tratamento completo com um medicamento antipalúdico a intervalos pré-determinados, quer a grávida esteja ou não infectada com paludismo. A infecção por paludismo durante a gravidez representa riscos substanciais não só para a mãe, mas também para o feto e para o recém-nascido.
<b>TPIg-1</b>	Primeira dose de TPIg-SP
<b>TPIg-2</b>	Segunda dose de TPIg-SP
<b>TPIg-3</b>	Terceira dose de TPIg-SP
<b>TPIg-3+</b>	Três ou mais doses de TPIg-SP (idealmente, estas não devem ser agrupadas, mas documentadas como TPIg-4, TPIg-5, TPIg-6, etc.)

# 1. Introdução

## 1.1 Antecedentes e finalidade

O paludismo continua a ser um grande problema de saúde pública em todo o mundo, resultando em doença, morte e redução da produtividade económica. O *Relatório Mundial sobre o Paludismo de 2023* estimou que, em 85 países e territórios com paludismo endémico teriam ocorrido, em 2022, 249 milhões de casos e 608 000 mortes por paludismo. Os grupos mais vulneráveis são, normalmente, as mulheres e as crianças (1).

A infeção por paludismo durante a gravidez acarreta grandes riscos para a mulher, o feto e o recém-nascido. Para a grávida, a infeção por paludismo pode causar doença grave e morte e o sequestro placentário do parasita, podendo provocar anemia à mãe. A mãe é colocada em maior risco de morte antes e depois do parto, podendo registar-se a ocorrência de nados-mortos ou nascimentos prematuros. A infeção da placenta pode também levar a atraso do crescimento do feto e baixo peso à nascença, o que, por sua vez, pode causar atraso no crescimento da criança e maus resultados cognitivos. A infeção da placenta pode igualmente constituir um grave fator de risco no que respeita à mortalidade perinatal, neonatal e infantil (2-4).

Em 2022, em 33 países<sup>1</sup> com transmissão moderada a alta na Região Africana da Organização Mundial da Saúde (OMS), foram estimadas 35,4 milhões de gravidezes, das quais 12,7 milhões (36%) estiveram expostas a infeção por paludismo. Por sub-região da OMS, a prevalência da exposição ao paludismo durante a gravidez, em 2022, foi mais elevada na África Ocidental, onde cerca de 6,4 milhões (39,3%) de uma estimativa de 16,2 milhões de grávidas tiveram infeção por paludismo, e na África Central, onde, aproximadamente, 3,4 milhões (40,1%) dos 8,3 milhões de grávidas foram infetadas. A prevalência da infeção por paludismo em grávidas foi mais baixa na sub-região da África Oriental e Austral (27%) do que em outras sub-regiões, em 2022; contudo, o número de mulheres infetadas na África Oriental e Austral (2,9 milhões) foi semelhante ao verificado na África Central (3,4 milhões) (1).

A OMS recomenda um pacote de intervenções para o controle do do paludismo e os seus efeitos durante a gravidez, que incluem a promoção e utilização de mosquiteiros tratados com insecticida (MTI), a gestão apropriada dos casos através de diagnóstico rápido e de um tratamento eficaz da doença nas grávidas, assim como a administração do tratamento preventivo intermitente do paludismo na gravidez com sulfadoxina-pirimetamina (TPIg-SP), nas zonas com paludismo endémico.

O TPIg-SP evita as consequências adversas do paludismo nos resultados na mãe e no feto. (5, 6). No entanto, em 2022, a cobertura do TPIg-3 foi de 42%, muito abaixo da meta, que é de pelo menos, 80% (Fig. 1) (1). Isso significa que um número considerável de oportunidades foram perdidas para o TPIg e a necessidade de abordagens inovadoras na administração do TPIg, destinadas a proteger as grávidas e os seus bebés e ultrapassar os obstáculos e barreiras existentes.

O baixo peso à nascença representa um forte risco de mortalidade neonatal e infantil e, portanto, evitar um número significativo de casos de baixo peso à nascença terá um impacto considerável na mortalidade de crianças por todas as causas. Se não existisse a quimioprevenção do paludismo específico na gravidez, estima-se que a exposição

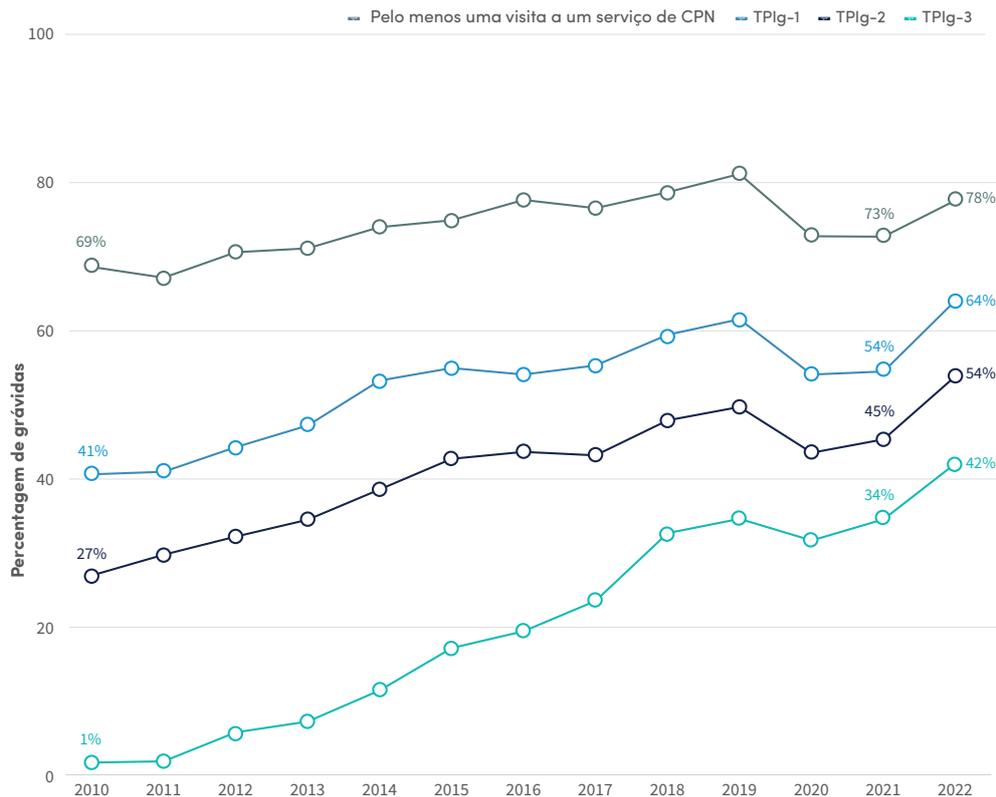
---

1 Angola, Benim, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Congo, Côte d'Ivoire, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné Equatorial, Quênia, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Uganda, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida do Tanzânia, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbábwe.

à infecção por paludismo teria resultado em 914 000 recém-nascidos com baixo peso à nascença em 2022, face a cerca de 393 000 recém-nascidos com baixo peso à nascença estimados aos atuais níveis de cobertura do TPIg em três sub-regiões. A sub-região da África Ocidental comporta cerca de metade (55,1%) do número de recém-nascidos com baixo peso à nascença por via da infecção por paludismo durante a gravidez.

De acordo com o atual impacto do TPIg, está estimado que o baixo peso à nascença tenha sido evitado em cerca de 512 000 recém-nascidos. Se todas as grávidas que visitam os serviços de CPN, pelo menos, uma vez durante a gravidez, receberem uma dose única de TPIg – assumindo que eram todas elegíveis e que os níveis de cobertura do TPIg-2 e TPIg-3 permaneceriam os mesmos – seriam evitados mais 60 000 casos de baixo peso à nascença, reduzindo o restante número residual de casos de baixo peso à nascença por paludismo na gravidez para 332 000. Se a cobertura do TPIg-3 correspondesse aos níveis de cobertura dos CPN -1, assumindo que as visitas de CPN subsequentes também fossem elevadas, seriam evitados mais 164 000 casos de baixo peso à nascença, reduzindo o restante número residual de casos de baixo peso à nascença por paludismo na gravidez para 229 000. Finalmente, se a cobertura do TPIg-3 aumentasse para 90% de todas as mulheres grávidas, seriam evitados mais 221 000 casos de baixo peso à nascença, reduzindo o restante número residual de casos de baixo peso à nascença por paludismo na gravidez para 172 000.

**Fig. 1. Percentagem de grávidas que visitam um serviço de cuidados pré-natais, pelo menos, uma vez e recebem TPIg, por número de doses de SP, na África Subsariana, 2010–2021**



CPN: consultas pré-natal ; CDC: Centro dos Estados Unidos para o Controlo e Prevenção das Doenças; TPIg: tratamento preventivo intermitente do paludismo na gravidez; TPIg-1: primeira dose de TPIg; TPIg-2: segunda dose de TPIg; TPIg-3: terceira dose de TPIg; PNP: programa nacional do paludismo; SP: sulfadoxina-pirimetamina; OMS: Organização Mundial da Saúde.

Fonte: reproduzido do Relatório Mundial sobre o Paludismo 2023 (1).

Em síntese, o TPIg-SP é uma recomendação permanente da OMS e, embora a tendência mundial da cobertura do TPIg-3 tenha aumentado lentamente ao longo da última década, 58% das grávidas continuam a não beneficiar desta intervenção protetora. O presente guia de campo visa minimizar essas oportunidades perdidas aumentando a cobertura do TPIg através da adoção de uma abordagem de administração baseada nas comunidades (TPIg-c), para complementar a atual aplicação do TPIg-SP nos serviços de CPN. A abordagem está devidamente alinhada com a recomendação publicada nas *Orientações da OMS para o paludismo, 3 de Junho de 2022* (7, 8).

## 1.2 Elaboração do guia de campo e público-alvo

Este guia de campo apresenta os passos essenciais e dá orientações aos países sobre a adoção e utilização do TPIg-c, para o integrar no sistema de saúde existente. O guia foi elaborado com base em debates e resultados da consulta técnica da OMS para avaliar as evidências recolhidas na utilização de TPIg baseado nas comunidades, que se realizou em 21–23 de Junho de 2022 (9). As evidências analisadas nessa consulta técnica da OMS compreendiam dados gerados como parte do projeto Transformar o Tratamento Preventivo Intermitente para uma Gravidez Ótima (TIPTOP) financiado pela Unitaid, assim como evidências e experiências de outros países em que o TPIg-c foi implementado. Baseia-se nas melhores práticas e lições aprendidas com as experiências de implementação-piloto em oito países africanos: Burquina Faso, República Democrática do Congo, Madagáscar, Maláui, Moçambique, Nigéria, Senegal e Serra Leoa.

A primeira versão deste guia de campo foi elaborada por um consultor contratado pela OMS que apoiou a implementação do projeto TIPTOP em países-piloto africanos; para certas secções, essa versão foi elaborada em colaboração com os parceiros do projeto TIPTOP, tendo todos participado na consulta técnica da OMS, em Junho de 2022. A versão foi depois revista pelos membros de um painel de peritos da consulta técnica da OMS, em Junho de 2022<sup>2</sup>.

Uma versão revista do guia de campo foi partilhada versão preliminar na reunião do Grupo de Trabalho do Programa Fazer Recuar o Paludismo (RBM) na Gravidez, em Setembro de 2023, tendo as observações adicionais (recebidas por Jhpiego e pelo Departamento de Saúde Sexual e Reprodutiva e Investigação da OMS) sido incorporadas na versão final.

Este guia de campo destina-se a todas as partes interessadas a nível nacional que estão envolvidas na prestação de serviços de saúde materna e infantil, incluindo os decisores políticos a nível nacional e local e os implementadores dos programas do paludismo e saúde materna, infantil, reprodutiva e comunitária, assim como organizações não governamentais e outras.

Os países que decidirem introduzir o TPIg-c são encorajados a adaptar as orientações fornecidas neste documento aos seus contextos nacionais e locais.

---

2 Todos os membros peritos que participaram na consulta técnica da OMS apresentaram as suas declarações de interesses, que foram avaliadas pelo Secretariado da OMS. Um dos membros informou sobre um conflito de interesses, que foi considerado irrelevante para o tópico a discutir na agenda. Foi realizada uma pesquisa de devida diligência, a qual não encontrou nada de significativo que não tivesse já sido declarado pelos membros peritos.

## 2. Recomendações da OMS

A implementação do TPIg (TPIg-c) nas comunidades deve ser orientada por três documentos principais da OMS.

- A OMS publicou as *Orientações da OMS para o Paludismo em 3 de Junho de 2022 (7)* para melhorar a prevenção e controlo do paludismo na gravidez. A secção 2.1 deste guia de campo resume os principais aspetos das recomendações atualizadas para o TPIg, apresentando o modo de aumentar a cobertura do TPIg para além das CPN, através da sua aplicação a nível das comunidades pelos agentes comunitários de saúde (ACS).
- A secção 2.2 visa a necessidade de aumentar o número de contactos, para chegar às grávidas, seguindo as *recomendações de 2016 da OMS sobre cuidados pré-natal para uma experiência positiva na gravidez (10)*. Essas recomendações introduziam um modelo de oito contactos que substituiu o anterior modelo de quatro consultas de CPN.
- A secção 2.3 está centrada nas *orientações de 2018 da OMS sobre apoio à política e ao sistema de saúde com vista a otimizar os programas para os agentes comunitários de saúde (11)*, incluindo os princípios orientadores relevantes para o TPIg-c.

Para além disso, as secções 2.4 e 2.5 apresentam os medicamentos usados para o TPIg, a necessidade de monitorização da resistência e da eficácia da quimioprevenção, bem como a necessidade de procurar produtos de qualidade aprovada.

### 2.1 Recomendações da OMS sobre o TPIg

O TPIg é a administração de um tratamento com um medicamento antipalúdico a intervalos pré-estabelecidos, quer a grávida esteja ou não infetada pelo paludismo. A intenção é de evitar as consequências para a mãe, o feto e o recém-nascido de uma infeção por paludismo durante a gravidez. A Caixa 1 mostra as orientações atualizadas da OMS sobre o TPIg (datadas de Junho de 2022), incluindo uma nova recomendação que aborda as desigualdades no acesso a CPN. Os fatores sociodemográficos, como a idade, o estado civil, a religião e a residência urbana/rural, podem influenciar o acesso ao TPIg. Por outro lado, as barreiras ao sistema de saúde e os fatores socioeconómicos, como a educação, o emprego e o índice de riqueza, foram apontados como fortes influenciadores da aceitação do TPIg-SP (12).

#### **Caixa 1. Atualização de Junho de 2022 das orientações da OMS para o TPIg contra o paludismo (7)**

Nas zonas com paludismo endémico, as grávidas em todas as gestações de todas as gravidades devem tomar medicamentos antipalúdicos a intervalos pré-estabelecidos para reduzir o fardo da doença na gravidez e os resultados *adversos nas gravidezes e nos nascimentos*.

- A SP tem sido amplamente utilizada na quimioprevenção do paludismo durante a gravidez e continua a ser eficaz na melhoria dos principais resultados da gravidez.
- O TPIg-SP deve ser iniciado o mais cedo possível no segundo trimestre e não antes da 13<sup>a</sup> semana de gravidez.
- As doses devem ser tomadas com, pelo menos, um mês de intervalo, com o objetivo de assegurar que, no mínimo, três doses sejam tomadas.
- Os contactos com a CPN continuam sendo uma plataforma importante para a administração do TPIg. Quando existirem desigualdades nos serviços e alcance da CPN, poderão ser explorados outros métodos de administração (por exemplo, a utilização dos ACS), podem ser explorados, garantindo que a frequência a CPN seja mantida e que as desigualdades subjacentes na prestação dos serviços de CPN sejam abordadas.
- O TPIg é geralmente altamente custo-efetivo, amplamente aceite, viável de ser administrado e justificado por um grande volume de evidências geradas ao longo de várias décadas.

Para facilitar a administração do TPIg, é preciso considerar vários aspectos<sup>3</sup>:

- SP deve estar disponível nos serviços de CPN, para que as grávidas tenham acesso imediato ao tratamento com sulfadoxina-pirimetamina durante os cuidados de rotina.
- Uma dose completa de TPIg-SP consiste em 1500 mg/75 mg de SP (i.e., três comprimidos de 500 mg/25 mg SP).
- A SP deve ser preferencialmente administrada como tratamento diretamente observado (TDO), para garantir que as grávidas tomem a dose completa necessária.
- O TPIg-SP pode ser administrado até ao momento do parto, desde que as doses sejam administradas com, pelo menos, um mês de intervalo.
- Se a mulher se apresentar num serviço de CPN com sintomas de paludismo, esses sintomas devem ser investigados antes da administração do TPIg-SP. Se a mulher tiver um teste positivo para o paludismo – quer por microscopia, que por um teste rápido de diagnóstico, – deve ser tratada de acordo com as orientações nacionais para o tratamento de casos de paludismo. Se o teste for negativo, deve fazer o TPIg-SP.
- O TPIg-SP não é recomendado para as grávidas:
  - antes da 13<sup>a</sup> semana de gravidez, por haver maior risco de malformação do feto,
  - com doença aguda grave,
  - que não sejam capazes de tomar medicamentos por via oral,
  - que, durante os últimos 30 dias, tenham recebido uma dose de qualquer um dos medicamentos usados no TPIg,
  - que sejam alérgicas a qualquer um dos componentes da SP.
- O TPIg-SP não deve ser administrado a pessoas que estejam a tomar um medicamento que contenha sulfa como tratamento ou profilaxia, incluindo o cotrimoxazol (trimetoprima e sulfametoxazol) para o VIH. Ficou demonstrado que doses elevadas de ácido fólico (uma dose diária de 5 mg ou mais) contrariam a eficácia da SP enquanto antipalúdico e apenas formulações de doses baixas (0,4 mg por dia) devem ser administradas concomitantemente com a SP.
- A SP para o TPIg continua a ser, normalmente, muito bem tolerada. Efeitos secundários ligeiros e passageiros, como náuseas, vômitos, fraqueza e tonturas têm sido notificados por algumas mulheres, em especial na primeira dose de SP. Os estudos têm demonstrado que os efeitos secundários tendem a diminuir com a administração das doses seguintes. (13, 14). Os efeitos secundários devem ser discutidos abertamente com as grávidas e tratados nos CPN.
- A sinformações sobre o TPIg deve ser totalmente disponibilizadas às grávidas. Como em todas as intervenções de saúde, o consentimento deve ser obtido da gestante antes da administração do TPIg.

---

3 A informação prática para a recomendação sobre o TPIg acima registada é desenvolvida nas *orientações da OMS para o paludismo, de 3 de Junho de 2022 (7)*.

## 2.2 Recomendações da OMS sobre a CPN para uma experiência positiva na gravidez

As CPN são uma plataforma para a prestação de muitas intervenções preventivas e curativas durante a gravidez, incluindo intervenções para a prevenção e controlo do paludismo. As *recomendações da OMS sobre cuidados pré-natal para uma experiência positiva na gravidez*, publicadas em 2016, incluem 39 recomendações relacionadas com cinco tipos de intervenções: intervenções nutricionais, avaliação da mãe e do feto, medidas preventivas, intervenções para sintomas fisiológicos comuns e intervenções do sistema de saúde, para melhorar a utilização e a qualidade dos CPN (10).

São relevantes para o paludismo e o TPIg as recomendações compiladas na Tabela 1, particularmente a recomendação E.7 sobre o cronograma de visitas a CPN, que recomenda o mínimo de oito visitas de CPN. Essas consultas podem ocorrer na unidade de saúde ou na comunidade, desde que alguns serviços essenciais sejam prestados à grávida durante a consulta. Como o modelo de oito consultas substituiu o anterior modelo que recomendava quatro CPN, isto oferece as um maior número de oportunidades para fornecer para rfornece o TPIg-SP às gestantes

**Tabela 1. Recomendações selecionadas de CPN relevantes para o paludismo na gravidez**

Intervenção	Recomendação	Tipo de recomendação
Notas registadas pela mulher	<b>E.1:</b> É recomendado que cada grávida tome notas sobre o seu caso durante a gravidez para melhorar a continuidade, qualidade dos cuidados e experiência na gravidez.	Recomendado
Continuidade dos cuidados a cargo de parteiras	<b>E.2:</b> Modelos de continuidade dos cuidados liderados por parteiras, em que uma parteira conhecida ou um pequeno grupo de parteiras apoiam uma mulher de forma contínua ao longo da consulta pré-natal, intraparto e pós-parto, são recomendados para as mulheres grávidas em contextos com programas de obstetria devidamente funcionais.	Recomendação específica do contexto
Intervenções baseadas nas comunidades para melhorar a comunicação e o apoio	<b>E.4.2:</b> Pacotes de intervenções que incluem a mobilização das famílias e das comunidades, assim como consultas pré-natal domiciliárias são recomendados para melhorar a utilização das CPN e os resultados da saúde perinatal, particularmente nas zonas rurais com mau acesso aos serviços de saúde.	Recomendação específica do contexto
Número de contactos com a CPN	<b>E.7:</b> Os modelos de CPN com um mínimo de oito consultas são recomendados para reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência das mulheres com os cuidados.	Recomendado

Fonte: reproduzido das recomendações da OMS para os cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez (10).

## 2.3 Recomendações da OMS sobre os programas para os ACS

A abordagem TPIg-c está alinhada as orientações gerais da OMS para promover a execução das intervenções mais perto das comunidades, de forma a assegurar a equidade e a rapidez dos serviços. Informação detalhada pode ser encontrada nas *orientações de 2018 da OMS para apoio à política e ao sistema de saúde com vista a otimizar os programas para os agentes comunitários de saúde (11)*. Estas orientações as explicam as 15 recomendações que abordam as seguintes áreas:

- seleção para formação inicial
- duração da formação inicial
- competências no currículo para a formação inicial
- modalidades de formação inicial
- certificação baseada em competências
- supervisão de apoio
- remuneração
- acordos de contratação
- progressão na carreira
- tamanho da população-alvo
- recolha e utilização dos dados
- tipos de ACS
- envolvimento das comunidades
- mobilização dos recursos das comunidades
- disponibilidade de material.

Este guia de campo do TPIg-c fornece várias referências cruzadas particularmente relevantes para as orientações sobre a remuneração e contratação de ACS, supervisão de apoio, seleção de ACS e tamanho da população-alvo (ver as Caixas 2, 3, 4 e 5).

Outras informações sobre o envolvimento das comunidades podem ser encontradas no guia de promoção da saúde da OMS para a cobertura universal de saúde nas mãos das pessoas (15), e no boletim informativo da OMS sobre o uso das ciências comportamentais para apoio ao envolvimento comunitário em África (16).

## 2.4 Medicamento preferencial para o TPIg, resistência e monitorização da eficácia

A SP é o medicamento preferencial para o TPIg. A SP tem sido amplamente utilizada para o TPIg e tem provado ser eficaz, segura, bem tolerada, disponível e de preço acessível. Pode ser facilmente administrada como dose única diretamente observada e deve continuar a ser usada em zonas de alta resistência à SP<sup>4</sup>. A OMS recomenda que o medicamento utilizado no TPIg seja diferente dos utilizados como tratamento de primeira linha para o paludismo.

O TPIg-SP parece ser o mais apropriado para as mutações da resistência aos antifolatos associadas a aumentos baixos a moderados da resistência aos medicamentos. No entanto, não existem evidências convincentes de que essa seleção favoreça as principais mutações, nomeadamente dhpsA581G (uma mutação no genes do *P. falciparum* que codifica a enzima diidropteroato sintase do *P. falciparum*), que está associada à perda de eficácia do TPIg-SP (17). Também não existem evidências suficientes para suspender o TPIg-SP em zonas onde a prevalência de dhpsA581G exceda o limiar de 10% (18). Embora a capacidade do TPIg-SP para eliminar as infeções existentes e evitar novas infeções esteja comprometida em zonas de resistência elevada e muito elevada, a intervenção continua a reduzir o baixo peso à nascença e a anemia materna. Consequentemente, o TPIg-SP deve continuar a ser utilizado em zonas com elevada resistência à SP, até que sejam encontradas alternativas eficazes à quimioprevenção do paludismo (7).

Os países devem monitorizar a resistência à SP, assim como a eficácia desta na prevenção. Em 2022, a OMS publicou um *protocolo de estudo sobre a eficácia da quimioprevenção do paludismo* (19) para avaliar a eficácia da proteção conferida pela SP no TPIg e outras intervenções de quimioprevenção. Esse protocolo adapta alguns dos princípios e práticas subjacentes à monitorização da eficácia do tratamento para fornecer abordagens normalizadas para a monitorização e avaliação da eficácia dos medicamentos usados na prevenção do paludismo.

## 2.5 Origem da SP de qualidade aprovada para o TPIg

A OMS recomenda que apenas seja utilizada SP de qualidade comprovada para o TPIg (isto é, em conformidade com as normas internacionais como a Farmacopeia Internacional). A lista de produtos pré-qualificados pela OMS é regularmente atualizada e pode ser consultada *online* (20). Informação complementar está disponível na *Lista de produtos farmacêuticos para o paludismo classificados de acordo com a Política de Garantia de Qualidade* do Fundo Mundial, que é também periodicamente atualizada e está acessível *online* (21).

---

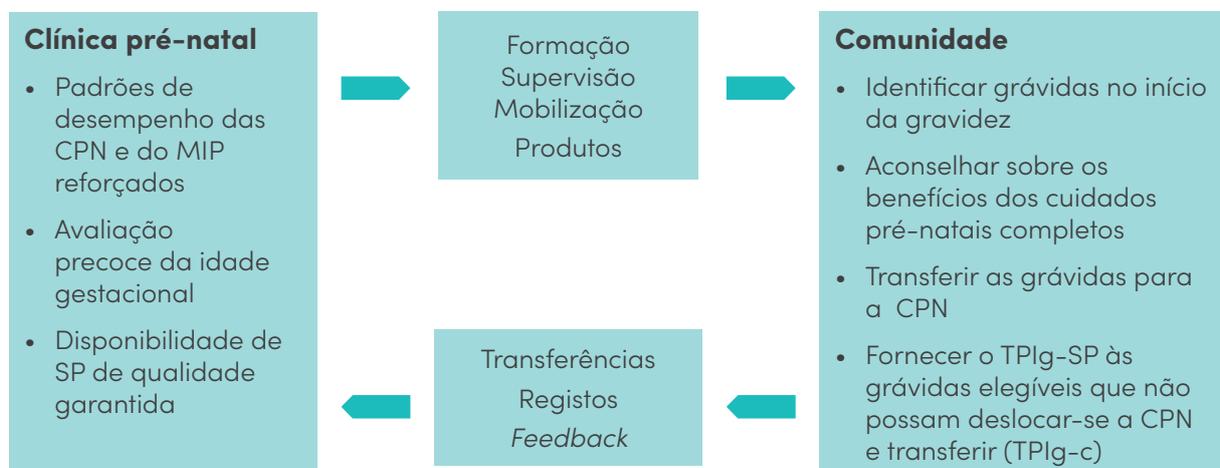
4 O TPIg com SP também continua eficaz nas zonas onde são altamente prevalentes haplótipos **quíntuplo-mutante** do *Plasmodium falciparum* para a SP. É preciso continuar a investigar a relação dos marcadores de resistência à SP e a eficácia do TPIg, particularmente nas zonas onde a transmissão e, portanto, a imunidade materna, diminuiu substancialmente nos últimos anos. Uma associação entre haplótipos **séxtuplo-mutante** do *P. falciparum* e a diminuição do baixo peso à nascença tem sido relatada em estudos observacionais realizados em alguns locais da África Oriental. É necessário realizar mais estudos para o avaliar e para encontrar as estratégias de prevenção melhores e mais custo-eficazes nas zonas de resistência muito elevada à SP (17).

## 3. TPIg-c

### 3.1 O que é o TPIg-c?

O TPIg-c é a administração de SP de qualidade garantida para o TPIg às grávidas elegíveis, realizada por ACS devidamente formados, a nível das comunidades. Esta abordagem, complementa a administração do TPIg-SP nas consultas pré-natais. A abordagem TPIg-c pretende colmatar o fosso entre a assistência nas CPN e a cobertura do TPIg (ver Fig. 1) e permite aos ACS informar e sensibilizar as grávidas para a necessidade de recorrerem às unidades de CPN para beneficiarem de cuidados pré-natais completos. A Fig. 2 ilustra a abordagem comunidade-clínicas de CPN para cuidados continuados.

**Fig. 2. Cuidados continuados nas comunidades-clínicas de CPN**



CPN: cuidados pré-natais; MiP: paludismo na gravidez; SP: sulfadoxina-pirimetamina; TPIg-SP: tratamento preventivo intermitente do paludismo na gravidez com SP; TPIg-c: TPIg baseado na comunidade.

Fonte: Manual da implementação do tratamento preventivo intermitente do paludismo na gravidez com base na comunidade (22).

Em alguns países, as políticas nacionais permitem aos ASC administrar a primeira dose do TPI (TPIg-1), enquanto em outros países, o TPIg-1 deve ser administrado por um profissional de saúde durante a CPN, podendo os ASC administrar apenas as doses seguintes (TPIg-2+).

### 3.2 Quem é elegível para o TPIg-c?

O TPIg-SP deve ser administrado a todas as grávidas que vivem em zonas onde o paludismo é endémico, independentemente do número de gravidezes que tenham tido (7). Esta recomendação da OMS, emitida em Junho de 2022, facilita a implementação do TPIg-c por ACS devidamente capacitados, visto que a grávida não precisa de ser avaliada pelo número de gravidezes. Os ACS habilitados determinam a elegibilidade da grávida para receber TPIg-c-SP, em conformidade com as políticas nacionais e com base na idade gestacional da mesma, histórico de alergias e reações adversas, medicação concomitante e momento da última dose de SP recebida. Os seguintes critérios de inclusão e exclusão aplicam-se para o TPIg-c com SP.

### Critérios de inclusão (a mulher grávida pode receber uma dose de SP administrada por um ACS)

- **Idade gestacional:** para que seja elegível para receber SP, a mulher deverá ter 13 ou mais semanas de gravidez. O ACS pode saber qual é a idade gestacional a partir dos documentos referentes à gravidez da mulher ou determinar a idade gestacional com base na data do primeiro dia do seu período menstrual usando uma roda da gravidez (Fig. 3). Se a grávida não tiver a certeza da data do seu último período menstrual normal ou se a idade gestacional não for clara, o ACS pode perguntar se a grávida já sentiu os primeiros movimentos do feto, se o bebê já começou a mexer-se no ventre; esses movimentos sugerem uma gravidez de 16 ou mais semanas. Note-se que, embora a prática normal em alguns países seja administrar a primeira dose de TPIg-SP na fase de aceleração, isso pode deixar a grávida e o feto sem proteção durante um período de tempo desnecessariamente longo, conforme as variações na percepção da mulher e o momento desses movimentos. O período entre as 13 e as 20 semanas é crítico para as consequências irreversíveis do MIP, quando a densidade dos parasitas é maior e se conseguem retirar os maiores benefícios da prevenção do paludismo (23).
- **Medicamentos que contêm sulfas:** o ACS terá de verificar se a mulher grávida tomou qualquer medicamento contendo sulfas nas últimas quatro semanas, incluindo uma dose anterior de SP para o TPIg. O ACS terá igualmente de verificar se a grávida tem alergia aos medicamentos que contêm sulfas e se teve alguma reação adversa a esse tipo de medicamento<sup>5</sup>.

### Critérios de exclusão (a mulher grávida não deve receber uma dose de SP de um ACS)

- **Idade gestacional:** a grávida com menos de 13 semanas de gestação, que o último período menstrual normal é desconhecido ou a grávida que ainda não sentiu o bebê a mexer-se no ventre (aceleração).
- **Medicamentos que contêm sulfas:** a grávida que tomou um medicamento contendo sulfas nas últimas quatro semanas (incluindo uma dose anterior de SP para o TPIg), tem alergia a algum dos componentes da SP ou a medicamentos que contêm sulfas, ou já teve uma reação adversa a um medicamento contendo sulfas.

O TPIg-SP não deve ser administrado a pessoas que tomam medicamentos contendo sulfas como tratamento ou profilaxia, incluindo o cotrimoxazol (trimetoprima e sulfametoxazol) para o VIH.

- **Outros medicamentos:** a grávida teve uma reação adversa grave a qualquer medicamento que tenha tomado anteriormente.

Doses elevadas de ácido fólico (uma dose diária de 5 mg ou mais) revelaram contrariar a eficácia da SP como antipalúdico e, portanto, apenas devem ser coadministradas com a SP formulações de dose baixa (0,4 mg por dia).

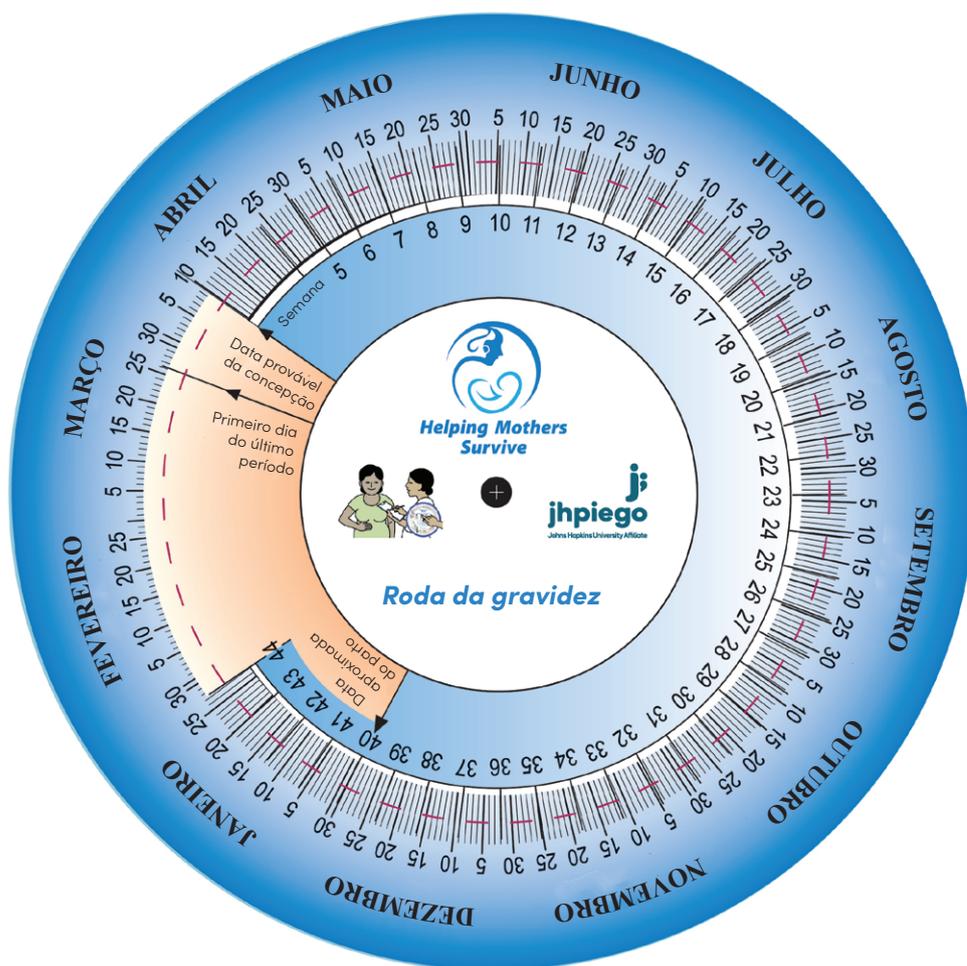
- **Outras considerações:** o TPIg-SP não é recomendado nas mulheres grávidas com paludismo não complicado ou doença aguda grave, nem naquelas que não consigam tomar medicamentos por via oral.

O ACS deve transferir a grávida para uma unidade de saúde com CPN para uma avaliação e cuidados completos.

5 Exemplos de medicamentos contendo sulfas são a sulfadoxina-pirimetamina (e.g., Fansidar, G-Cospe) e a trimetoprima/sulfametoxazol (e.g., Bactrim, Septrin).

Orientações detalhadas para as atividades dos ACS são apresentadas na Seção 5.6.5. Um exemplo de um auxiliar de tarefas para que os ACS possam determinar a elegibilidade para o TPIg-c-SP é apresentado no Anexo 1.

**Fig. 3. Exemplo de uma roda da gravidez**



Fonte: Jhpiego/TIPTOP, 2018. Adaptado do programa financiado pela USAID sobre a sobrevivência da mãe e da criança liderado pela Jhpiego.

### 3.3 Onde deve ser implementado o TPIg-c?

A implementação do TPIg-c pode ajudar a aumentar a cobertura do TPIg-SP nos países com paludismo endêmico. O TPIg-c deve ser considerado nas zonas onde a cobertura do TPIg nas unidades de saúde é baixa e o recurso a CPN é elevado (portanto, onde houver uma elevada proporção de oportunidades perdidas), e onde a política e os fatores programáticos sejam favoráveis à introdução do TPIg-c. Também devem ser considerados os fatores contextuais, como os valores e as preferências das utentes finais, assim como os custos, a cobertura e a sustentabilidade das plataformas alternativas de administração.

Os estudos-piloto sobre o TPIg-c (ver Anexo 2) identificaram vários fatores que favorecem o TPIg-c e podem servir como princípios orientadores para a seleção das zonas de implementação. Esses fatores são:

- existência de uma política nacional de saúde que inclua a prevenção do paludismo na gravidez;

- existência de um programa de ACS com um número adequado de ACS que possam ser destacados dentro da sua área de influência;
- redes funcionais de ACS, integradas nos sistemas de saúde para absorver novas atividades, tais como a aplicação do TPIg com base nas comunidades;
- uma política nacional de rotação e partilha de tarefas que permita aos ACS dispensarem medicamentos, incluindo SP para o TPIg-c;
- zonas com baixa cobertura do TPIg, apesar da existência de serviços funcionais de CPN – experiências do projeto-piloto TIPTOP sugerem que uma abordagem de aplicação do TPIg-c tem maior chance de êxito quando implementada em zonas com uma baixa cobertura inicial do TPIg (ver experiências TIPTOP no Anexo 2);
- viabilidade da integração do TPIg-c nos serviços de CPN, em programas liderados pelos governos e baseados nas comunidades, na gestão da cadeia de abastecimento e nos sistemas de monitorização e avaliação (M&A);
- gestão funcional da cadeia de abastecimento para garantir uma disponibilidade ininterrupta de SP para as unidades de CPN e para os ACS onde o TPIg-c será implementado;
- aceitabilidade da abordagem por parte das comunidades beneficiárias e forte apropriação pelas comunidades; e
- boa colaboração entre as partes interessadas dos diferentes níveis, especialmente um forte envolvimento dos programas do paludismo, saúde reprodutiva, saúde materna, saúde infantil e ACS.

## 4. Planeamento

### 4.1 Inclusão do TPIg-c nos planos nacionais estratégicos do paludismo

Na maioria dos países, o TPIg-c será uma nova abordagem de implementação para uma intervenção já existente (TPIg-SP) e que já esteja incluída nas orientações e documentos nacionais. Para receber fundos internacionais e nacionais, o TPIg-c deve ser adotado como uma nova estratégia de implementação a nível da política e ser incluído no plano estratégico nacional do paludismo, nos planos operacionais anuais para o paludismo e nas orientações e políticas nacionais para os programas de saúde reprodutiva e cuidados primários de saúde.

A adoção da política de TPIg-c deve envolver os programas do Ministério da Saúde (MINSa) responsáveis pela saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e dos adolescentes e nutrição, assim como os responsáveis pelos serviços comunitários. Depois de adotada pelos programas de saúde reprodutiva e de cuidados de saúde primários, o TPIg-c deve ser incluído no plano estratégico nacional do paludismo.

Para assegurar o êxito da implementação, não se pode poupar esforços no planeamento da coordenação, integração dos serviços e colaboração a todos os níveis do sistema de cuidados de saúde existente, incluindo o sistema comunitário de saúde. Os dois programas governamentais críticos para o paludismo na gravidez são o programa nacional do paludismo e a divisão de saúde reprodutiva do MINSa que é responsável pela programação da saúde materna e neonatal no país. Todos os parceiros relevantes na área técnica, de implementação e financiamento devem ser informados e envolvidos na formação ou reativação de um grupo de trabalho técnico nacional liderado pelo governo e vocacionado, em primeiro lugar, para o paludismo na gravidez (GTT para o MIP). Esse órgão pode ser replicado nos níveis subnacionais nos países em que a prestação de cuidados de saúde tenha sido apropriadamente descentralizada. Na maioria dos países, os GTT já existem e podem ser mobilizados ou expandidos para trabalharem especificamente na área do paludismo na gravidez, com o envolvimento dos programas e partes interessadas relevantes do MINSa.

### 4.2 Análise da situação

Deve ser efetuada uma análise da situação nos níveis nacional e subnacional, para avaliar a prontidão das unidades de saúde das comunidades em prestarem serviços de qualidade aos casos de paludismo na gravidez. É essencial uma plataforma funcional de CPN para a implementação das intervenções recomendadas para a prevenção e controlo do paludismo na gravidez.

A análise da situação deve destinar-se a determinar os seguintes parâmetros:

- avaliação das atividades em curso do MIP, incluindo: que intervenções são implementadas e onde; quem são os beneficiários-alvo e quais são os resultados esperados; que parceiros do desenvolvimento estão envolvidos e qual o nível do seu apoio; e que atividades de criação de procura estão em curso;
- funcionalidade do sistema comunitário de saúde existente sobre o qual o TPIg-c deve assentar; a análise da situação deve mapear os ACS disponíveis que possam ser recrutados para o TPIg-c, com o envolvimento das comunidades (ver Secção 5.6);
- barreiras de género e socioculturais à toma do TPIg a nível da unidade de saúde, assim como aos serviços baseados na comunidade em geral;

- conhecimentos e competências dos profissionais de saúde a nível das CPN, o que envolve:
  - efetuar uma avaliação rápida inicial da unidade de saúde, para compreender os conhecimentos, atitudes e práticas dos prestadores de cuidados acerca do paludismo na gravidez e o modo como são implementadas as intervenções disponíveis para reduzir o fardo do MIP;
  - rever as aptidões atitudes e as práticas nos processos de registos e na M&A, assim como os registos e a eficácia da formação anterior dos profissionais de saúde baseados nas unidades que podem receber formação para serem formadores e supervisores dos ACS; e REVER
  - mapear profissionais de saúde nas áreas-alvo para o TPIg-c, o que é muito importante, devido à escassez global de recursos humanos para a saúde; os resultados podem influenciar o recrutamento ou a recolocação do pessoal;
- disponibilidade de SP de qualidade garantida, visto que essa disponibilidade ininterrupta é fundamental para a implementação do TPIg-c. A análise da situação terá de identificar lacunas e soluções que visem um abastecimento ininterrupto garantido de produtos para o TPIg e TPIg-c, o que implica:
  - compreensão do processo de compra da SP, incluindo quem compra a SP e quando, sistema de gestão da cadeia de abastecimento, condições de armazenamento nas unidades de saúde, o modo como os medicamentos são fornecidos aos ACS para distribuição nas comunidades e a situação da farmacovigilância nas zonas-alvo;
  - fontes da SP de qualidade garantida (informação fornecida na Secção 2.5); e
  - garantia de que os medicamentos são introduzidos nos sistemas de gestão do abastecimento público, para garantir a distribuição final às unidades de saúde/ CPN para a utente final;
- sistemas existentes de informação sanitária (SIS), incluindo saber se existem ferramentas de recolha de dados (tais como, registos dos CPN e do pré-parto e/ou parto, formulários de registo sumário mensal, SIS comunitário e formulários para a transferência das pacientes) e se os registos do SIS estão atualizados, qual é o nível de subnotificação e sobrenotificação e se existe um SIS comunitário que possa ser atualizado para incluir relatórios dos CPN e do TPIg; a análise da situação deverá identificar as lacunas e as soluções para atualizar todos os formulários e modelos necessários, para que os dados sejam recolhidos ao nível das comunidades (para uma análise correta).

Sempre que possível, por exemplo, para o fardo do paludismo ou para a cobertura do TPIg, os dados devem estar disponíveis no país, devendo ser assegurada a utilização dos mais atualizados. Outras informações úteis, incluindo sobre a avaliação das unidades de saúde, avaliação dos conhecimentos dos prestadores de CPN e entrevistas aos supervisores dos ACS, podem ser obtidas em *Avaliação da disponibilidade e prontidão dos serviços da OMS (SARA) (24)*.

### 4.3 Orçamento para o TPIg-c e mobilização de recursos

Um plano orçamentado de implementação do TPIg-c onde sejam identificadas as lacunas no financiamento, deve ser elaborado e usado para a mobilização de recursos. A Tabela 2 mostra um exemplo de um plano orçamental de verbas orçamentais (não exaustivo) que deve ser considerado e listado com os correspondentes custos unitários, o custo total das verbas e a sua fonte de financiamento.

**Tabela 2. Exemplo de orçamento para a implementação do TPIg-c**

<b>Atividade</b>	<b>Custo unitário</b>	<b>Custo total</b>	<b>Fonte de financiamento</b>	<b>Observações</b>
<b>Compra</b>				
Produtos (SP; caixas de armazenamento com fechadura para os ACS; T-shirts para os ACS, mochilas e vestuário; água potável; mosquiteiros de cama, etc., conforme necessário)	...	...	...	...
Compras e transporte (incluindo os custos de seguros e frete)	...	...	...	...
Distribuição no país	...	...	...	...
<b>Formação</b>				
Elaboração, impressão e distribuição dos materiais de formação e auxiliares de tarefas	...	...	...	...
Formação de formadores, formação distrital / formação dos pontos focais da CPN, formação dos ACS	...	...	...	...
Ações de atualização por nível do sistema sanitário	...	...	...	...
<b>Supervisão</b>				
Elaboração, impressão e distribuição dos materiais de supervisão	...	...	...	...
Formação de supervisores nos diferentes níveis	...	...	...	...
Ações de atualização dos supervisores nos diferentes níveis	...	...	...	...
Custos das visitas de supervisão, transportes, alojamento, subsídios, etc.	...	...	...	...
<b>Remuneração/incentivos aos ACS</b>				
Remuneração/salários/subsídios aos ACS	...	...	...	...
Custos de transportes, telefones e outras compensações	...	...	...	...
<b>Advocacia e comunicação sobre mudanças sociais e comportamentais (CMSC)</b>				
Elaboração e divulgação de materiais adequados de CMSC (incluindo verbas adequadas para reuniões de revisão, sessões fotográficas, impressão, viagens/transportes, distribuição nas zonas de influência, etc.)	...	...	...	...
Campanhas de sensibilização das comunidades	...	...	...	...
<b>M&amp;A e vigilância</b>				
Revisão/elaboração e divulgação de formulários de M&A e vigilância (incluindo verbas adequadas para reuniões de revisão, impressão, viagens/transportes, distribuição nas zonas de influência, etc.)	...	...	...	...
Ferramentas digitais para processamento de dados (por exemplo <i>tablets</i> para transferência de dados)	...	...	...	...
Ações de formação sobre introdução, processamento, análise e interpretação dos dados	...	...	...	...
Supervisão	...	...	...	...

## 4.4 Coordenação e cooperação: papéis e responsabilidades a vários níveis

Para que a implementação do TPIg-c seja bem sucedida é preciso que haja uma ótima coordenação e colaboração entre os diferentes atores a todos os níveis do sistema de saúde. O TPIg-c deve estar bem integrado nos sistemas existentes – tais como a administração nas comunidades, as compras e a cadeia de abastecimento, os sistemas de notificação e a M&A – para assegurar sinergias e a sustentabilidade do programa.

A coordenação entre os diferentes sectores é facilitada definindo e comunicando claramente os papéis e as responsabilidades complementares para os diferentes atores ao longo do ciclo de implementação do TPIg-c. A Tabela 3 ilustra as responsabilidades e as tarefas por nível administrativo.

## 4.5 Plano de implementação do TPIg-c

O objetivo do planeamento do TPIg-c é determinar onde, quando e como o TPIg-c será implementado. O planeamento requer que seja feita uma análise da situação, como se descreve na Secção 4.2; os respetivos resultados contribuirão para a elaboração do plano de implementação do TPIg-c. Nos países sem qualquer experiência anterior com o TPIg-c, a implementação poderá começar em algumas zonas-piloto, podendo as lições aprendidas com a implementação-piloto ser usadas para orientar uma implementação do TPIg-c mais generalizada e específica dos países.

Um plano de implementação deverá cobrir, no mínimo, as seguintes áreas :

- coordenação da implementação nos níveis nacional, regional, distrital e comunitário (ver Secção 4.4);
- custos e orçamentos, incluindo os planos de pagamento aos ACS (ver Secções 4.3 e 5.2);
- um plano abrangente de advocacia e sensibilização/mobilização/envolvimento das comunidades (ver Secção 5.3);
- um plano para formação em cascata, com funções e responsabilidades claramente definidas para todos os níveis (ver Secção 5.1);
- um plano detalhado de supervisão de apoio (ver Secção 5.5);
- um plano integrado de gestão da cadeia de abastecimento, incluindo o planeamento adequado da distribuição de medicamentos e outros produtos, materiais de formação, formulários de notificação, etc. (ver Secções 5.4 e 6.3);
- um plano de M&A detalhado (ver Capítulo 6);
- farmacovigilância; e
- indicadores moleculares da resistência aos medicamentos e monitorização da eficácia da quimioprevenção com SP (ver Secção 2.4).

**Tabela 3. Exemplo das responsabilidades e atividades por nível administrativo**

Nível	Quem	Responsabilidade	Exemplos de atividades conexas
Nacional	GTT nacional para o paludismo na gravidez	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acompanhamento, coordenação e supervisão geral da implementação do TPIg-c</li> <li>Mobilização de recursos</li> <li>M&amp;A para melhoria contínua da Implementação do TIPg-c</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar e envolver as principais partes interessadas</li> <li>Incorporar o TPIg-c nas políticas e documentos nacionais relevantes</li> <li>Orçamentar e assegurar o financiamento de todas as atividades e produtos necessários</li> <li>Fazer a análise da situação e preparar o plano de implementação do TIPg-c</li> <li>Supervisionar a gestão da cadeia de abastecimento, incluindo a quantificação e a compra/distribuição de todos os produtos necessários</li> <li>Rever e atualizar ou desenvolver materiais de formação, auxiliares de tarefas e ferramentas de supervisão, registos e notificação relativamente ao TPIg-c</li> <li>Facilitar a formação de formadores no nível subnacional</li> <li>Realizar supervisão de apoio</li> <li>Fazer advocacia e fornecer informação e comunicação ao nível nacional e conduzir a CMSC</li> <li>Monitorizar e avaliar regularmente os dados e usar a informação para atualizar a Implementação do TIPg-c (com base nas lições aprendidas)</li> <li>Coordenar a monitorização da resistência/monitorização da eficácia da prevenção</li> <li>Supervisionar a farmacovigilância e a gestão das reações adversas (graves) aos medicamentos</li> </ul>
Subnacional	Regional/ autoridades de saúde provinciais/ regionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prestação de formação e ações de atualização</li> <li>Supervisão e facilitação da implementação do TIPg-c a nível regional/estadual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fazer o acompanhamento e a supervisão da gestão e das finanças</li> <li>Garantir disponibilidade adequada dos produtos necessários para a Implementação do TIPg-c</li> <li>Fazer advocacia a nível regional e conduzir a CMSC</li> <li>Organizar reuniões com as partes interessadas</li> <li>Fazer formação e ações de atualização</li> <li>Explicar a abordagem TPIg-c à equipa distrital de saúde</li> </ul>
	Equipa de gestão distrital da saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facilitação da Implementação do TIPg-c a nível comunitário</li> <li>Supervisão da implementação do TIPg-c a nível das clínicas de CPN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organizar reuniões com as partes interessadas</li> <li>Formar/atualizar os prestadores/profissionais de saúde dos CPN</li> <li>Distribuir SP de qualidade garantida e outros produtos e formulários conexos às unidades sanitárias / CPN nas áreas de influência</li> <li>Conduzir a CMSC</li> <li>Planificar e organizar a supervisão da implementação do TIPg-c</li> <li>Monitorizar os progressos no TPIg-c e resolver problemas</li> <li>Preparar relatórios técnicos e financeiros, conforme necessário</li> </ul>

Nível	Quem	Responsabilidade	Exemplos de atividades conexas
Clínica/ unidade de saúde de saúde de CPNA	Profissionais de saúde da CPN nas unidades sanitárias / CPN que participam na implementação do TPIg-c nas zonas de influência	<ul style="list-style-type: none"> <li>Supervisão da Implementação do TIPg-c a nível das comunidades</li> <li>Contacto e mobilização das comunidades</li> <li>Prestação de serviços abrangentes de CPN, incluindo o TPIg-SP</li> <li>Diagnóstico e tratamento dos casos de paludismo</li> <li>Gestão dos eventos adversos, incluindo notificações para informar o sistema nacional de farmacovigilância</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organizar reuniões com todas as partes interessadas, incluindo as comunidades, para explicar a implementação e lançamento do TIPg-c</li> <li>Apoiar na identificação de ACS para o TPIg-c-SP</li> <li>Formar e oferecer ações de atualização dos ACS</li> <li>Proporcionar supervisão de apoio aos ACS e resolver problemas que possam surgir</li> <li>Gerir as reservas de SP tanto ao nível dos CPN como dos ACS e gerir o reabastecimento de SP e outro material relevante para os ACS</li> <li>Recolher e analisar os formulários de notificação preenchidos pelos ACS</li> <li>Comunicar os eventos adversos ao responsável médico distrital</li> <li>Identificar, discutir e comunicar as preocupações das comunidades</li> </ul>
Comunidade	Líderes/ membros da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apropriação do TPIg-c pelas comunidades</li> <li>Mobilização e envolvimento das comunidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Selecionar os ACS (ver Secção 5.6.3)</li> <li>Envolver as organizações da sociedade civil</li> <li>Realizar a automonitorização das comunidades</li> </ul>
	ACS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prestação de serviços de MIP e TPIg aos membros das comunidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Completar as atividades dos ACS (ver informações na Secção 5.6.5): <ul style="list-style-type: none"> <li>Educar e informar as grávidas e suas famílias</li> <li>Identificar as mulheres recentemente grávidas</li> <li>Transferir grávidas para CPN</li> <li>Administrar SP por DOT às grávidas elegíveis</li> <li>Monitorizar e gerir as reservas de SP</li> <li>Registrar e reportar</li> </ul> </li> </ul>

# 5. Implementação

## 5.1 Formação

### 5.1.1 Materiais de formação

Os representantes dos programas de saúde materna e infantil/saúde reprodutiva, paludismo e ACS devem participar na elaboração de novos materiais de formação em MIP e ACS. Além dos elementos técnicos da administração, registo e notificação do MIP, CPN e TPIg-SP, o plano de formação deve incluir aptidões de comunicação interpessoal e mobilização das comunidades, para criar procura, aumentar os conhecimentos das comunidades e sensibilizar as mulheres em idade fértil/ grávidas e suas famílias, para se alcançar a melhor cobertura possível com TPIg-SP e CPN. Os materiais necessários incluem manuais de formação para os formadores e formandos, auxiliares de tarefas, formulários de recolha de dados e materiais sobre a mudança de comportamento social. Muito antes das ações de formação, é preciso calcular a quantidade adequada dos materiais necessários com base no nível da formação em cascata (ver Secção 5.1.2) e o público-alvo, para permitir a produção, impressão, compra em tempo útil e distribuição aos locais de formação estabelecidos. A tradução dos materiais para as línguas locais e pictogramas validados para os contextos de baixa literacia também devem ser levados em linha de conta. Todos os materiais devem ser regularmente revistos e atualizados com base nas lições aprendidas nas anteriores rondas de formação. O plano deve também incluir a identificação do género e as barreiras socioculturais à toma de TPIg e à aceitação dos serviços comunitários de saúde e fornecer conhecimentos, atitudes e competências que ajudem as grávidas a ultrapassar essas barreiras.

### 5.1.2 Formação em cascata

A formação deve ser organizada com base no modelo de cascata (em conformidade com outras estratégias de formação no país) que considere as respetivas tarefas requeridas nos diferentes agentes envolvidos na implementação do TPIg-c em cada nível do sistema, por exemplo:

- nos níveis nacional e subnacional: formação de formadores e formadores-mestres;
- a nível da unidade de CPN: formação de profissionais de saúde como pontos focais (prestadores de cuidados baseados nas unidades de CPN) e formação de supervisores dos ACS, selecionados entre os prestadores de CPN que tenham demonstrado melhor desempenho, com base nas classificações pré-teste e pós-teste; e
- formação da ACS a nível das comunidades.

A duração da formação dos ACS pode variar de país para país, conforme o plano de formação de ACS já existente, que poderá ou não já ter módulos sobre o paludismo na gravidez (para um exemplo de uma visão detalhada dos objetivos da aprendizagem sobre o TPIg-c, ver o Anexo 1). Os dois ou três últimos dias de formação dos ACS devem ser usados para o mapeamento de recursos (ver Secção 5.6.2). Com os registos das comunidades, a população das zonas de influência pode ser facilmente determinada e comparada com os números do recenseamento ou as projeções populacionais; isso é importante para os indicadores da cobertura (por exemplo, a percentagem de grávidas

na zona de influência que tomaram três doses de TPIg). No final da formação, os ACS deverão ser capazes de:

- fazer educação para a saúde e aconselhar sobre prevenção e controlo do paludismo na gravidez, a maneira correta de pendurar e usar os mosquiteiros e os benefícios da CPN e do TPIg;
- saber que a SP previne o paludismo na gravidez mas nem sempre é 100% eficaz e, por isso, a grávida deve procurar cuidados quando tem febre ou sintomas, mesmo que tenha tomado o TPIg-SP;
- saber que a SP se destina somente à prevenção do paludismo na gravidez e não é recomendada para o tratamento do paludismo;
- dispensar corretamente o TPIg-SP e aconselhar as grávidas sobre o recurso a CPN, como procurar o diagnóstico e o tratamento precoces e quando regressar para tomar nova dose de TPIg-SP;
- saber que a CPN é essencial para os serviços complementares necessários durante a gravidez;
- Identificar as grávidas, tanto as que estão no início da gestação quanto as que estão em estágio avançado, na comunidade, e realizar visitas domiciliares.
- rastrear as mulheres grávidas que são elegíveis para receber SP e administrar SP por TDO;
- Identificar e aplicar corretamente as razões para encaminhar as grávidas para a CPN (por exemplo, transferir as grávidas com febre para uma unidade de saúde para avaliação e potencial tratamento do paludismo e outras doenças, reconhecer as reações adversas aos medicamentos e a necessidade de CPN completos, etc.);
- preencher formulários e registar informação (por exemplo, o registo dos ACS, a ficha de CPN da paciente, os formulários de transferência, os cartões de marcação de consultas, introdução de dados nas ferramentas comunitárias do SIGS); e
- gerir as reservas de todos os produtos necessários, incluindo SP e materiais que lhes são fornecidos para utilização nas comunidades.

De modo geral, é uma boa prática avaliar a formação a todos os níveis (por exemplo, usando testes pré e pós-formação) e determinar o que fazer se os formandos não forem aprovados no teste pós-formação. Todos os ACS devem frequentar ações de atualização regulares.

## 5.2 Retenção dos ACS

Uma preocupação especial para a eficácia do programa é a retenção dos ACS e dos recursos financeiros para manter a abordagem TPIg-c. Os países devem implementar medidas a nível das comunidades para sustentar a retenção de ACS. Quando possível, os ACS devem ser integrados à folha de pagamento do governo e receber um salário mensal.

Os países podem encontrar recomendações detalhadas sobre compensação motivação dos ACS nas *orientações da OMS sobre a política de saúde e apoio ao sistema para otimizar os programas de ACS* (ver Caixa 2).

## **Caixa 2. Acordos de remuneração e contratação de ACS (11)**

**Recomendação 7A:** a OMS recomenda que os ACS sejam remunerados pelo seu trabalho com um pacote financeiro proporcional às exigências, à complexidade, ao número de horas, à formação e às funções que assumem no seu trabalho.

**Recomendação 7B:** a OMS sugere não remunerar os ACS de forma exclusiva ou predominantemente com base em incentivos baseados no desempenho.

**Recomendação 8:** a OMS recomenda que seja oferecido aos ACS remunerados um acordo escrito que estabeleça suas funções e responsabilidades, condições de trabalho, remuneração e direitos do trabalhador.

Se o pagamento regular não for possível, é necessário oferecer um subsídio para garantir a disponibilidade de ACS para executar as tarefas. Deve ser considerado o pagamento/facilitação de transporte para frequentarem as sessões de trabalho regulares na unidade de CPN associada para o (re)abastecimento de SP, comunicação e coordenação dos dados.

Por outro lado, a compensação aos ACS pode incluir, entre outros: o pagamento de um subsídio mensal; o reembolso dos custos dos transportes e das despesas com telefones; o reconhecimento social através do fornecimento de equipamento identificativo, tais como T-shirts, bonés, mochilas; e fornecimento de galochas e impermeáveis durante a estação das chuvas; etc.

## **5.3 Comunicação sobre mudança de comportamentos sociais**

Vários modelos de ações e participação social nas comunidades revelam que a participação ativa das comunidades na distribuição de produtos médicos e reforço das intervenções (em colaboração com o sistema de saúde) podem fortalecer a ligação entre os profissionais de saúde das unidades sanitárias e a comunidade. É sabido que as comunidades desempenham um papel fundamental na vigilância do paludismo e podem ser capacitadas para reduzir o fardo do paludismo através de uma comunicação culturalmente apropriada das atividades voltadas para a mudança de comportamentos sociais (CMSC). A CMSC é mais do que somente informação, educação e comunicação, comunicação sobre mudanças comportamentais e promoção da saúde, a CMSC inclui igualmente a mobilização social e reconhece que os comportamentos requerem um ambiente social favorável.

A informação, as crenças e a experiência desempenham um papel significativo nos comportamentos ligados a procura de serviços de saúde e é importante assegurar que as grávidas, suas famílias e as comunidades sejam devidamente informadas acerca das consequências adversas do fardo do paludismo na gravidez e das soluções disponíveis incluindo as económicas para o mitigar. As grávidas, suas famílias e as comunidades devem aprender um conjunto de competências e comportamentos para prevenir o paludismo, assim como o modo de acessar ao diagnóstico, medicamentos, além MTI dos serviços curativos e preventivos, e perceber seu ambiente como favorável.

### **5.3.1 Colaboração das partes interessadas e mensagens genéricas**

Os programas de paludismo e saúde reprodutiva devem liderar os esforços de comunicação, colaborando de perto com os programas dos cuidados de saúde primários que dependem, em grande medida, da participação das comunidades. Outras partes interessadas a envolver são as autoridades distritais de saúde, os

prestadores de serviços das unidades de saúde e a comissão de desenvolvimento das comunidades ou equivalente. Os programas de TPIg-c devem considerar os seguintes aspectos ao planejarem o envolvimento comunitário e os programas de CMSC:

- aumentar os conhecimentos e estimular o diálogo na comunidade;
- identificar as barreiras de gênero e socioculturais ligadas aos serviços de MIP e estabelecer estratégias para as ultrapassar;
- promover mudanças essenciais nas atitudes;
- incentivar procura de informação e dos serviços e advogar em prol de comportamentos apropriados de procura de tratamento;
- promover serviços de prevenção, cuidados e apoio e melhorar as competências e o sentido de autoconfiança dos membros das comunidades.

A mobilização social e o plano CMSC devem ser elaborados e implementados antes e durante o lançamento e implementação do TPIg-c. As mensagens genéricas devem abranger os seguintes aspectos mínimos:

- os benefícios de um atendimento precoce e continuado nas CPN, a utilização de mosquiteiros de impregnados com insecticidas de longa duração e o uso da SP para o TPIg como intervenção de baixo preço e elevado impacto;
- a segurança do uso de SP pelas grávidas depois do primeiro trimestre, quer administrada numa unidade de CPN quer na comunidade;
- a capacidade preventiva da SP, que não é recomendada para o tratamento do paludismo;
- a SP é, de modo geral, muito bem tolerada e protege tanto a mãe como o bebé, mas tem o potencial de reações adversas – que, normalmente, são ligeiras e transitórias – mas é preciso saber o que deve ser feito se tal acontecer; tal inclui a elaboração de um plano para gestão dos rumores;
- momento e calendário das doses de SP para o TPIg;
- razões para administrar a SP por DOT, quer seja numa unidade de CPN quer na comunidade;
- conhecimento por parte da comunidade de que os ACS foram especialmente treinados para o TPIg-c-SP e que têm medicamentos preventivos de qualidade garantida;
- benefício das transferências da comunidade para as unidades sanitárias tendo em vista o aumento da cobertura dos CPN e do TPIg;
- importância do cumprimento das transferências por parte das grávidas; e
- política nacional sobre quem deve ou não receber o TPIg-SP a nível das comunidades; as políticas de alguns países determinam a obrigatoriedade de que a primeira dose de SP seja administrada nas unidades de CPN, enquanto outras permitem que sejam os ACS a iniciar o tratamento com SP na comunidade para as grávidas elegíveis. As doses seguintes podem ser administradas na comunidade (ver Secções 3.1 e 3.2).

As atividades de CMSC devem ser planificadas e implementadas dentro do plano nacional geral de CMSC do programa do paludismo.

### 5.3.2 Material para advocacia e comunicação

O material para a advocacia e comunicação deve ser preparado utilizando uma linguagem culturalmente apropriada e fácil de entender, testada no terreno e cuidadosamente revista com a ajuda de peritos locais. O material deve ser traduzido para as principais línguas locais, conforme apropriado. As atividades de comunicação devem ser implementadas dirigindo-se a várias partes interessadas, nomeadamente: líderes políticos, tradicionais e religiosos; organizações de base comunitária, incluindo os grupos de mulheres; parteiras tradicionais e curandeiros; profissionais, voluntários baseados nas comunidades e nas unidades de saúde. Todas as atividades de advocacia devem ser planificadas, designadamente as visitas e assembleias comunitárias, quando e onde forem relevantes e onde possam ter o maior impacto. Outros canais de comunicação incluem as rádios, televisões e imprensa escrita, assim como os mercados e outros locais muito frequentados. O uso das redes sociais deve ser explorado, considerando a sua eficácia e potencial alcance. Por outro lado, as reuniões, palestras e outras atividades educativas a nível das comunidades, tais como sessões de teatro e espetáculos de marionetas nas aldeias, devem incluir debates sobre a prevenção do paludismo.

## 5.4 Gestão integrada da cadeia de abastecimento

### 5.4.1 Plano de gestão da cadeia de abastecimento

O êxito da implementação dos programas de TPIg-c depende de elementos-chave como a quantificação correta dos produtos, a compra e distribuição em tempo útil para todas as zonas de influência, o armazenamento correto dos diferentes níveis do sistema (inclusive a nível dos ACS) e o reabastecimento rápido dos ACS. O programa nacional de luta contra o paludismo, em colaboração com os armazéns médicos centrais, devem planificar todas as atividades necessárias de modo a que sejam bem integradas no sistema nacional existente da cadeia de abastecimento de medicamentos, desde a compra até à distribuição aos utilizadores finais. Isso implica a elaboração de um plano de gestão da cadeia de abastecimento, com a finalidade de assegurar a disponibilidade ininterrupta de SP de qualidade garantida (para informação sobre a origem de SP de qualidade garantida, ver Secção 2.5) e de outros produtos necessários, tanto a nível das unidades de CPN como a nível das comunidades. Deve ser dada especial atenção ao material necessário nas zonas de difícil acesso, considerando os desafios específicos em termos geográficos, de infraestruturas, meteorológicos e sazonais (por exemplo, chuvas intensas e estradas intransitáveis ou rios impossíveis de navegar durante a estação das chuvas) nas zonas programadas para implementação do TPIg-c. Quando a análise inicial da situação revela lacunas no fluxo dos produtos de primeira necessidade para as unidades utilizadoras finais, devem ser determinadas as principais causas das demoras e obstáculos, para que possam ser tomadas medidas corretivas. Os gestores da área da saúde devem assegurar que a SP de qualidade garantida (potencialmente embalada especificamente para grávidas<sup>6</sup>) faz parte da lista de compras do país e é encomendada em atempadamente, de modo a evitar rupturas de stock nas unidades de CPN que se traduzam em ruptura de stock a nível das comunidades.

---

6 O projeto TIPTOP avaliou o impacto de um produto SP com uma embalagem adaptada e especificamente desenhada no contexto do projeto. A atual embalagem *blister* de três comprimidos de SP foi atualizada com a imagem de uma mulher grávida e as instruções de utilização do TPIg na própria embalagem. Além disso, a nova caixa contendo as embalagens *blister* individuais tem mais cor, a imagem de uma mulher grávida e um calendário de dosagem indicando os meses de gravidez e o momento em que é seguro tomar os comprimidos. A avaliação desta nova embalagem sugere uma maior aceitação da SP para o TPIg. A imagem indica que o produto se destina especificamente às mulheres grávidas e contribui para uma percepção de segurança. No entanto, o estudo também revelou que as mulheres grávidas poderão preferir a SP nessa embalagem atualizada, o que poderá afetar a percepção da SP com embalagem diferente ou sem embalagem (por ex., numa unidade de saúde onde é usada a SP em frascos grandes), ou as percepções e a confiança em outros medicamentos administrados nas visitas aos CPN (1). Mais informações sobre a embalagem adaptada estão disponíveis *online* (25).

#### 5.4.2 Quantificação dos produtos

Uma quantificação rigorosa deve incluir as quantidades necessárias de produtos, tanto nas unidades de CPN como nas comunidades, para compras e distribuição integradas.

Existem no mercado vários produtos de SP de qualidade garantida (ver Secção 2.5), com diferentes formulações e embalagens para apelar ao cumprimento por parte das pacientes, incluindo comprimidos dispersíveis, pastilhas com sabores e embalagens *blister* com três comprimidos. Para a quantificação da SP, devem ser considerados os seguintes fatores:

- número estimado de grávidas nas zonas selecionadas para implementação/zonas de influência do TIPg-c (comunidade/aldeia, area sanitária, distrito, região);
- dosagem-alvo para as grávidas, com TPIg-3 (três doses de SP por grávida, consistindo em três comprimidos de 500 mg/25 mg SP por dose até atingir os 1500 mg/75 mg SP por dose recomendados) considerada como o mínimo; a dose-alvo específica dos países pode ser mais elevada, uma vez que o TPIg-SP pode ser administrado até ao momento do parto, com intervalo de, pelo menos, um mês entre as doses;
- necessidades de SP para os ACS com vista ao TPIg-c-SP (abastecimento inicial) em cada zona de influência;
- necessidades de SP nas unidades de CPN, considerando tanto o TPIg nos CPN como o reabastecimento dos ACS com SP para o TPIg-c;
- reservas já disponíveis para a administração regular do TPIg-SP nas unidades de CPN do país, incluindo reservas sobrantes do ano anterior; de notar que o prazo de validade da SP pré-qualificada pela OMS varia entre 24 e 36 meses, conforme o fornecedor escolhido (ver Secção 2.5); e
- reserva-tampão de 10% (para cobrir possíveis erros de cálculo, desperdício, término de prazo, perdas, roubo, tempo de reposição, etc.).

A quantificação correta das necessidades de produtos associados (como saquetas de água, mosquiteiros, caixas com fechadura para armazenamento da SP a nível dos ACS, mochilas, T-shirts, bonés, etc.) deve também ser considerada e planificada atempadamente.

Os ciclos de quantificação e compra devem ser iniciados muito antes da implementação e lançamento planificado do TIPg-c (pelo menos, um ano antes), para permitir a planificação, compra e distribuição adequadas (incluindo o fabrico dos produtos/tempo de reposição, transporte/entrega ao ponto de entrada e aprovações/exonerações reguladoras, conforme aplicável, considerando os impostos e direitos aduaneiros). É necessário dar tempo suficiente para o controlo da qualidade, testagem dos lotes e distribuição no país e na última fase. Devem ser considerados os possíveis obstáculos, nomeadamente a disponibilidade limitada de contentores, portos congestionados e escassez de pessoal (como aconteceu durante e depois da pandemia de COVID-19).

#### 5.4.3 Armazenamento da SP

Os gestores da saúde devem prestar atenção às condições de armazenamento da SP, tanto a nível das unidades de CPN como da comunidade. Em geral, aplicam-se os seguintes critérios de armazenamento da SP<sup>7</sup>:

- Não armazenar acima de 30 °C.
- Guardar os comprimidos em *blisters*, na caixa ou embalagem fornecida.

7 O folheto de informação às pacientes sobre produtos específicos pré-qualificados pela OMS pode se consultado através da página *web* do Programa de Pré-Qualificação da OMS (20).

- Proteger da luz e humidade.
- Manter o medicamento longe da vista e alcance das crianças.
- Não usar o medicamento depois de expirado o prazo de validade indicado na embalagem ou no cartão do *blister*<sup>8</sup>.
- Não usar o medicamento, se houver sinais visíveis de deterioração.
- Não descartar os medicamentos em águas residuais ou lixo doméstico. Perguntar aos profissionais de saúde como devem ser descartados os medicamentos que já não são usados. Essas medidas ajudarão a preservar o ambiente.

Os ACS devem estar equipados com caixas de armazenamento adequadas e com fechadura, para proteger os medicamentos contra o calor e a humidade, assim como contra o acesso e utilização não autorizados. Isso significa manter os medicamentos bem protegidos e fora do alcance de crianças e animais de estimação.

## 5.5 Supervisão de apoio

O papel de uma supervisão eficaz é apoiar a Implementação do TIPg-c, garantindo que as atividades terão lugar em conformidade com os procedimentos estabelecidos. A Caixa 3 apresenta os princípios orientadores gerais recomendados pela OMS sobre a supervisão de apoio aos programas de ACS. Deve ser preparado um plano de supervisão que inclua listas de verificação apropriadas.

### Caixa 3. Supervisão de apoio aos programas de ACS (11)

**Recomendação 6:** A OMS sugere o uso das seguintes estratégias de supervisão de apoio no contexto dos programas de ACS:

- Rácio supervisor-supervisionado apropriada, permitindo um apoio significativo e regular
- Formação adequada dos supervisores
- Treino e mentoria dos ACS
- Uso da observação da prestação de serviços, dados do desempenho e reação das comunidades
- Priorização à melhoria da qualidade da supervisão.

Uma adequada formação dos supervisores deve incluir igualmente a informação adequada sobre o papel do género, supervisão de apoio sensível ao género e dinâmica de poder na supervisão.

Os facilitadores (incluindo os pontos focais do TPIg-c) que conduziram a formação (ver Secção 5.1.2) são quem melhor pode garantir a supervisão pós-formação. Deve ser aplicada uma supervisão de apoio intensiva, especialmente durante as primeiras fases da implementação do TIPg-c, para que os problemas possam ser identificados e resolvidos com celeridade. A nível das comunidades, se necessário, pode ser oferecida nova formação no local aos ACS que tenham revelado dificuldades.

A supervisão de apoio ao TPIg-c deve ser parte de um sistema de supervisão integrada já existente. A Tabela 4 enumera os diferentes tipos de supervisão de apoio ao TPIg-c; os países devem adaptar e adotar essas abordagens de supervisão no contexto do seu sistema de supervisão de apoio integrada.

<sup>8</sup> O prazo de validade dos atuais produtos pré-qualificados pela OMS varia entre 24 e 36 meses.

**Tabela 4. Tipos ilustrativos de supervisão num programa de TPIg-c**

Tipo de supervisão	Finalidade	Local da supervisão	Frequência	Ferramentas necessárias
Profissional de TPIg-c da clínica de CPN/supervisor dos ACS reúne-se com os ACS das zonas de influência da unidade de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rever os relatórios dos ACS sobre a prestação de serviços e dados das transferências</li> <li>Coligir um lista das mulheres grávidas na comunidade que faltaram às CPN. Elaborar um plano para as visitar no seu domicílio, a fim de as incentivar a irem a uma clínica de CPN e, se apropriado, avaliar a sua elegibilidade para receber a dose seguinte de TPIg</li> <li>Repor aos ACS uma reserva de SP de qualidade garantida, com base no consumo do mês anterior (número de embalagens <i>blister</i> de SP vazias) e outro material necessário</li> <li>Discutir os desafios e as medidas de mitigação</li> <li>Em alguns países, o ponto focal para o TPIg-c da unidade de saúde está também capacitado para reembolsar as despesas de viagem dos ACS ou pagar um subsídio mensal durante as reuniões de supervisão de apoio</li> </ul>	Unidade de saúde	Mensal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registo do SIGS comunitário</li> <li>Ficha de stock de SP (ver Anexo 3)</li> <li>Lista de verificação da supervisão de apoio mensal dos ACS (ver Anexo 1)</li> </ul>
Supervisão de pares dos ACS <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rever os dados sobre o TPIg-c antes da sua apresentação à unidade de saúde</li> <li>Rever a administração de SP por TDO</li> </ul>	Reunião dos ACS no domicílio ou na comunidade	Mensal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registo do SIGS comunitário</li> <li>Ficha de stock de SP (ver Anexo 3)</li> </ul>
Profissional de TPIg-c na clínica de CPN/supervisor de ACS visita o ACS no seu local de trabalho ou de prestação de serviços <sup>b</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rever o armazenamento de SP dos ACS e a manutenção da ficha de stock de SP</li> <li>Observar a administração de SP por TDO às mulheres grávidas elegíveis</li> <li>Rever os dados e o registo dos dados do serviço</li> <li>Disponibilizar formação em exercício aos ACS, se necessário</li> </ul>	Casa ou comunidade dos ACS	Mensal (começando logo que possível depois da formação dos ACS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registo do SIGS comunitário</li> <li>Ficha de stock de SP (ver Anexo 3)</li> <li>Lista de verificação do fornecimento de SP</li> </ul>

Tipo de supervisão	Finalidade	Local da supervisão	Frequência	Ferramentas necessárias
Supervisores dos ACS da delegação distrital de saúde visitam os profissionais de saúde do TPIg-c na clínica de CPN / supervisor dos ACS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rever o estado do projeto na unidade de saúde</li> <li>Rever o estado do projeto na comunidade</li> </ul>	Primeiro na unidade de saúde, depois visita conjunta dos ACS na comunidade	Regular	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exemplo de lista de verificação para a prevenção do MIP nas unidades de saúde (ver Anexo 1)</li> </ul>
Reuniões de revisão dos dados na delegação distrital de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rever os dados</li> <li>Rever o stock de SP</li> <li>Discutir os desafios e as medidas de mitigação</li> </ul>	Delegação distrital de saúde	Semestral	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisão sumária dos registos dos CPN</li> </ul>
Visitas de supervisão conjunta às unidades de saúde pelos membros do GTT para o paludismo na gravidez (MINSA e parceiros)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rever o stock de SP</li> <li>Observar as competências clínicas dos CPN (educação em saúde, estimativa da idade gestacional, rastreio da elegibilidade para a SP, administração de SP por TDO, etc.)</li> <li>Avaliar a qualidade dos dados</li> </ul>	Unidade de saúde	Semestral	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de verificação da supervisão externa</li> <li>Lista de verificação para a avaliação da qualidade dos dados</li> <li>Ficha de stock de SP (ver Anexo 3)</li> <li>Lista de verificação para a observação das competências clínicas</li> </ul>
Supervisão remota durante a pandemia de COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relembrar aos profissionais de saúde e aos ACS as tarefas essenciais e a notificação dos dados</li> </ul>	Redes móveis	Semanal ou mensal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mensagens por SMS ou Skype</li> <li>Mentoria móvel</li> </ul>

a Alguns países adaptaram a supervisão de pares dos ACS como estratégia para reforçar a qualidade dos dados dos ACS apresentados nas reuniões mensais. Os supervisores-pares dos ACS são, normalmente, selecionados a partir de uma lista de ACS letrados e com elevado desempenho e que receberam posteriormente formação adicional para apoiarem outros ACS no desempenho das suas funções.

b As visitas de supervisão externa pelos formadores baseados nas unidades de saúde são conduzidas pelos pontos focais do TPIg-c.

## 5.6 Atividades baseadas nas comunidades

O principal objetivo do processo de planeamento do TPIg-c é construir uma parceria entre os membros das comunidades e os profissionais de saúde das clínicas de CPN / unidades de saúde locais. Os conceitos-chave para o envolvimento das comunidades são o desenvolvimento de relações, a tomada de decisões participativa e a formação de capacidades. Os membros das comunidades precisam de participar ativamente no planeamento e implementação das atividades do TPIg-c. O TPIg-c beneficia o sistema de saúde reduzindo a carga de trabalho dos profissionais de saúde, enquanto as comunidades assumem a responsabilidade pelas intervenções. Um maior contacto entre os membros das comunidades e os profissionais de saúde melhora as relações humanas e aumenta a utilização dos serviços de saúde.

Os profissionais de saúde focais do TPIg-c nas clínicas de CPN recebem formação para cultivar essas relações. Devem realizar reuniões informais ou contactar os líderes comunitários e o pessoal de saúde, para obter conhecimentos básicos e imparciais sobre as comunidades e suas características, o que ajuda a determinar o modo de fazer uma boa implementação do TPIg-c. Para conhecer as perspectivas da comunidade e dos seus membros, os profissionais de saúde focais devem, se necessário, pedir ajuda a um líder comunitário respeitado que esteja baseado na sede do distrito. Essa recolha de informação pode ajudar a facilitar a entrada na comunidade ou alertar os implementadores do TPIg-c para as potenciais barreiras ou resistência ao TPIg-c que terão de ser resolvidas. Exemplos de potenciais líderes comunitários a abordar para a entrada são o chefe da aldeia, os ACS e curandeiros, os líderes das organizações da sociedade civil (OSC), o secretário da comunidade, professores, diretores de escolas, líderes religiosos e de opinião, mulheres líderes e outros defensores da comunidade.

### 5.6.1 Planos de ação comunitários para a implementação do TPIg-c

Elaborar um plano para a implementação do TPIg-c exige definir o problema do paludismo na gravidez (com os contributos da comunidade) e identificar os serviços disponíveis para a sua prevenção e controlo. Isso inclui identificar o papel das comunidades no acesso aos serviços disponíveis. Deve pedir-se aos representantes da comunidade que se reúnam com todos os membros da comunidade, para assegurar a participação de todos os segmentos da comunidade e discutir o plano de ação comunitário.

Deve ser recolhida informação sobre o estado, as forças e as fraquezas das atividades de controlo do paludismo na comunidade. Para adquirir conhecimentos mais aprofundados acerca de uma determinada comunidade, é útil rever e discutir os resultados de anteriores intervenções dirigidas às comunidades na zona de influência e as razões pelas quais elas resultaram ou falharam. Por outro lado, os membros das comunidades devem saber que não é suficiente uma pessoa receber SP, mas que as mulheres grávidas a usaram de acordo com a recomendação para a prevenção do paludismo. É igualmente importante realçar e assegurar que uma mulher grávida satisfeita com os serviços se torne defensora na identificação de outras mulheres grávidas elegíveis na comunidade e as encaminhe para os ACS para terem benefícios semelhantes.

A comunidade e o pessoal dos serviços de saúde devem decidir quais os dias, as horas e os meios mais convenientes para distribuir os produtos médicos. Para a administração do TPIg-c, os ACS podem deslocar-se de casa a casa ou fazer uma reunião de distribuição do TPIg-c num local central para todas as mulheres grávidas identificadas. Alternativamente, as mulheres grávidas podem procurar os serviços de TPIg-c quando deles precisarem ou deslocar-se a casa do ACS para receber os produtos. As atividades planeadas devem ser documentadas no plano de ação da comunidade.

Os profissionais de saúde focais do TPIg-c nas clínicas de CPN devem fazer o acompanhamento das comunidades para garantir que o plano de ação da comunidade está a ser implementado, resolver eventuais conflitos ou problemas que possam surgir,

decidir sobre intervenções para resolver os desafios identificados e discutir os desafios e histórias de sucesso (ver a Tabela 3 e Tabela 4 para mais informações sobre as responsabilidades e a supervisão).

### 5.6.2 Mapeamento das comunidades

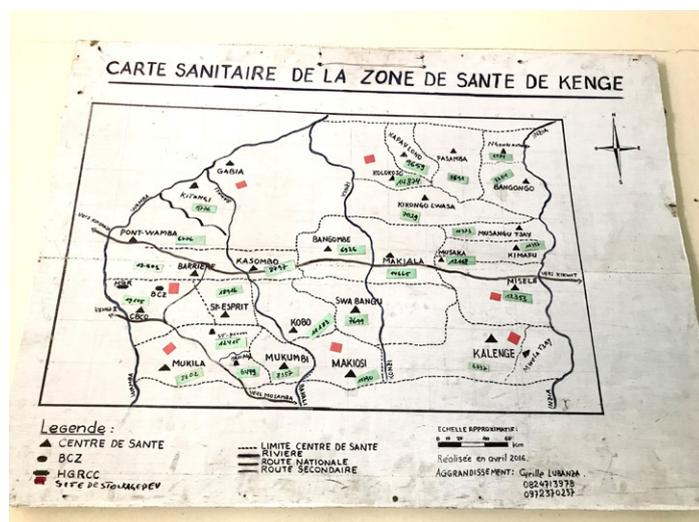
O mapeamento das comunidades permite compreender onde as pessoas vivem, onde estão as mulheres grávidas e onde residem os problemas ou as zonas difíceis de alcançar, que recursos existem nas comunidades e que outras organizações poderão estar a efetuar intervenções semelhantes. O mapeamento não trata apenas das localidades: trata-se de uma atividade conjunta com a comunidade em que todos os membros podem aprender mais sobre a sua comunidade, particularmente no que respeita aos problemas e aos recursos disponíveis, como, por exemplo, a qualidade, o acesso e a equidade dos serviços.

O mapeamento de uma comunidade deve ajudar a identificar:

- a localização dos recursos essenciais valorizados pela comunidade para a saúde e desenvolvimento, como as unidades de saúde, curandeiros tradicionais, parteiras tradicionais, lojas de medicamentos, escolas, postos de polícia, mercados e igrejas ou mesquitas;
- as pessoas e as organizações da comunidade que podem ajudar a promover as atividades de TPIg-c, como os líderes das comunidades, líderes religiosos, líderes de opinião locais, OSC locais, etc. – e, do mesmo modo, identificar potenciais indivíduos/ grupos de opositores ou bloqueios de estradas;
- as principais subdivisões da comunidade, como bairros e clãs;
- os recursos (tanto pessoas como organizações) a quem as mulheres, especialmente as mulheres grávidas, pedem aconselhamento e ajuda (ou seja, onde e de quem recebem apoio financeiro, emocional ou outro); e
- associações de mulheres e grupos de apoio.

Os resultados das atividades de mapeamento devem ser documentadas. Idealmente, deve ser desenhado um mapa real da comunidade (ver exemplo na Fig. 4) que deve ser guardado na própria comunidade.

**Fig. 4. Mapa completo da comunidade que mostra as características geográficas e os recursos da comunidade numa aldeia do distrito de Kenge, na República Democrática do Congo**



Cortesia de Silvia Schwarte

### 5.6.3 Seleção de ACS de acordo com o tamanho da população-alvo

As comunidades devem selecionar os seus ACS, quer numa bolsa existente de ACS, quer identificando novos voluntários que serão depois treinados como ACS. Os membros das comunidades decidem quais os critérios para a seleção dos ACS com a orientação dos pontos focais do TPIg-c nas unidades de CPN e dos representantes da delegação distrital de saúde, tendo em consideração o tamanho da população-alvo (número esperado de mulheres grávidas numa zona de influência/registo de gravidezes). A informação gerada pelo mapeamento da comunidade deve ser utilizada para identificar os tipos de pessoas mais indicadas para servir como ACS na programação do paludismo na gravidez e do TPIg-c. O mapeamento da comunidade pode também ajudar a identificar as subcomunidades (freguesias, clãs, famílias, bairros) onde e para as quais os ACS podem ser selecionados.

As comunidades devem selecionar pessoas em quem possam confiar e respeitar. Os critérios de seleção podem considerar fatores como a idade, género, duração da residência, capacidade para ler e escrever na língua local e traços de personalidade (por exemplo, confiabilidade). As comunidades podem decidir igualmente sobre requisitos de género, por exemplo preferir ACS do sexo feminino para prestar intervenções de paludismo na gravidez, enquanto os ACS do sexo masculino poderão distribuir mosquiteiros de cama e outro material. Se a formação tiver lugar perto das aldeias onde os ACS vivem, os custos da formação serão mínimos, independentemente do número de ACS em formação.

O ponto focal do TPIg-c da unidade de CPN da zona faz a lista dos ACS selecionados e confirma se estão realmente interessados na tarefa e se aceitam servir como ACS nas atividades do TPIg-c.

O tamanho da população-alvo deve também ser considerado ao selecionar os ACS, em conformidade com os princípios abrangentes das *orientações da OMS sobre o apoio à política e ao sistema de saúde para otimizar os programas de agentes comunitários de saúde* (ver Caixas 4 e 5).

#### Caixa 4. Seleção de ACS para formação inicial (11)

**Recomendação 1A:** a OMS sugere que sejam usados os seguintes critérios para selecionar os ACS para formação inicial:

- nível de escolaridade mínimo para o desempenho das tarefas em causa;
- ser membro aceite pela comunidade-alvo;
- equidade de género apropriada ao contexto (considerando uma ação afirmativa para selecionar e capacitar preferencialmente mulheres e, quando culturalmente relevante, garantir a aceitabilidade dos serviços pela população ou grupo-alvo); e
- características pessoais, capacidades, valores e experiência de vida e profissional dos candidatos (e.g., capacidades cognitivas, integridade, motivação, competências interpessoais, empenho demonstrado no serviço à comunidade e ética no serviço público).

### **Caixa 5. Tamanho da população-alvo e programas de ACS (11)**

**Recomendação 10:** a OMS sugere que sejam usados os seguintes critérios para determinar o tamanho da população-alvo no contexto dos programas de ACS.

Critérios a adotar na maioria dos contextos:

- volume de trabalho esperado com base na epidemiologia e procura prevista dos serviços;
- frequência dos contactos necessária;
- requisitos de natureza e tempo dos serviços prestados;
- compromissos semanais de tempo dos ACS (contando com o tempo fora do serviço, a duração da formação, os deveres administrativos e outros requisitos); e
- geografia local (incluindo a proximidade da residência, distância até à clínica e densidade populacional).

Critérios que podem ser relevantes em alguns contextos:

- condições meteorológicas e climáticas
- disponibilidade e custo dos transportes
- segurança do agente de saúde
- mobilidade da população
- recursos humanos e financeiros disponíveis.

#### **5.6.4 O papel das OSC**

As OSC são partes interessadas fundamentais nos esforços das comunidades para prevenir e controlar o paludismo na gravidez. Embora algumas das OSC existentes já estejam a desempenhar papéis importantes na prevenção e controlo da doença, é altamente recomendável estabelecer com elas parcerias relacionadas com o TPIg-c. Além das OSC dedicadas à saúde, é importante chegar a outros tipos de OSC que possam trabalhar de perto com mulheres grávidas, nomeadamente organizações dos direitos das mulheres ou grupos de capacitação económica das mulheres. Exemplos de papéis das OSC na implementação do TPIg-c podem incluir:

- a disseminação da comunicação sobre mudanças de comportamentos culturalmente apropriadas relativamente ao paludismo, usando plataformas das populações e em colaboração com os ACS;
- distribuição de materiais de informação, educação e comunicação sobre o paludismo entre as mulheres grávidas e as famílias, em colaboração com os ACS e os prestadores de cuidados de saúde baseados nas unidades de saúde;
- identificação e prestação de apoio às comunidades difíceis de alcançar e subsequente ligação às unidades de saúde e ao programa de TPIg-c;
- identificação, reforço e/ou revitalização das comissões já existentes de desenvolvimento comunitário; onde essas comissões não existirem, trabalhar com os prestadores de serviços comunitários para as criar;
- mobilização e educação das mulheres em idade fértil para identificar e registar o seu último período menstrual normal, com a finalidade de tornar mais fácil a estimativa da idade gestacional;
- advocacia em prol da apropriação comunitária do programa de TPIg-c;

- identificação das barreiras à implementação da gestão comunitária do paludismo e partilha com as comunidades para encontrar soluções; e
- formação dos ACS em serviços de seguimento e transferência para unidades de saúde.

Planear orientações às OSC sobre o TPIg-c como parte do sistema integrado de prestação de serviços de luta contra o paludismo, para completar os serviços abrangentes de CPN. Formar os ACS usando as ferramentas de formação nacionais adaptadas e pacotes de recursos de aprendizagem para os ACS, incluindo um módulo sobre supervisão de apoio, para que seja possível garantir que os ACS trabalharão na sua área de formação. É importante garantir que todos os ACS serão tratados de forma igual no que diz respeito a compensações e outros benefícios pela sua participação nas atividades de TPIg-c.

### 5.6.5 Atividades dos ACS

Os ACS que são membros das suas comunidades visitam regularmente as famílias das suas zonas de influência. Nos registos comunitários, os membros de cada família são indicados por idade, sexo e estado de gravidez. Depois disso, as mulheres grávidas podem ser acompanhadas em sessões de aconselhamento e educação em saúde sobre CPN, MIP, TPIg, determinação da idade gestacional em semanas, usando uma roda da gravidez, rastreio da elegibilidade para receberem uma dose de SP, administração de SP (se forem elegíveis), transferência de todas as mulheres grávidas para uma unidade de CPN e inscrição dos serviços prestados no registo.

Antes das visitas domiciliárias às mulheres grávidas, os ACS devem rever o mapa da comunidade e o registo das mulheres grávidas, incluindo a adição de nomes e moradas das mulheres grávidas recentemente identificadas, assim como a eliminação de nomes das mulheres que já tenham parido. Se for o caso, podem igualmente rever os registos de visitas anteriores à zona, para as atividades de seguimento que sejam necessárias. Os ACS devem usar vestuário identificativo, conforme indicado (T-shirt, boné, etc.), para que sejam facilmente identificáveis como um ACS com formação e autorizado.

Os ACS devem verificar a sua mala ou mochila para se certificarem de que transportam todo o material necessário para o TPIg-c, nomeadamente auxiliares de tarefa (por exemplo, um quadro de folhas de papel para o aconselhamento), folhetos para educação das pacientes, embalagens *blister* de comprimidos de SP de qualidade garantida, o registo do ACS ou do SIGS comunitário, fichas de CPN, cartões para marcação de consultas, formulários de transferência, uma roda da gravidez, bloco de notas e caneta, e opcionalmente (conforme o contexto do país e a zona de influência) saquetas de água potável, copos de papel e mosquiteiros de cama.

A visita deve ser realizada segundo os seis passos abaixo descritos que incluem a determinação pelo ACS habilitado da elegibilidade da mulher grávida para receber o TPIg-c-SP (ver Secção 3.2 sobre critérios detalhados de inclusão e exclusão). Os líderes e os membros das comunidades devem ser informados sobre as visitas periódicas e a distribuição de SP.

### **Passo 1. Aconselhamento sobre MIP, TPIg e CPN**

- Informar a mulher grávida e a sua família sobre os efeitos do paludismo na gravidez e os benefícios do TPIg-SP, preferencialmente, usando um quadro de folhas de papel para o aconselhamento. Realçar a importância das visitas precoces e regulares aos CPN durante o período da gravidez, assim como a importância de doses regulares de TPIg-SP até ao momento do parto, para proteger tanto a mãe como o bebé. Frisar que as mulheres grávidas são particularmente vulneráveis às consequências negativas irreversíveis do paludismo na gravidez no período entre as 13 e as 20 semanas, quando a densidade de parasitas é maior, podendo ser alcançado um maior benefício com a prevenção do paludismo (23, 26–27). Fornecer folhetos informativos às pacientes sobre o paludismo na gravidez e o TPIg (o Anexo 1 apresenta um exemplo) à mulher grávida e à sua família.
- Aconselhar sobre os benefícios das consultas de CPN para todas as mulheres. Todas as mulheres grávidas, independentemente do tempo de gravidez, devem ser encaminhadas para uma unidade de saúde para serem avaliadas e receberem cuidados abrangentes de CPN. De preferência, toda a mulher grávida deve visitar uma unidade de saúde no primeiro trimestre (antes das 13 semanas de gestação) para receber os primeiros cuidados.
- Aconselhar acerca da importância da detecção precoce do paludismo clínico e do seu tratamento imediato com medicamentos antipalúdicos apropriados, de acordo com as orientações nacionais.
- Escutar as preocupações que a mulher possa ter sobre a sua capacidade de se deslocar aos serviços de CPN ou outros e ajudá-la a desenvolver estratégias que respondam a essas preocupações.

### **Passo 2. Oferta de ITN (quando e onde aplicável)**

- Perguntar se a mulher grávida recebeu uma ITN e se dorme com essa proteção todas as noites. Caso não tenha recebido uma rede e o agente saiba da existência de uma reserva de redes na unidade de saúde, deve informar e encaminhar a mulher grávida e os seus filhos para o ponto de distribuição das ITN.
- Ouvir as preocupações que a mulher possa ter sobre a sua capacidade de usar uma ITN em casa e ajudá-la a desenvolver estratégias que respondam a essas preocupações.
- Ensinar os membros da família a montarem e conservarem uma ITN, de acordo com o tipo de sítio para dormir que a mulher grávida e/ou outros membros da família possam ter (cama, tapete, outro).
- Ajudar a mulher grávida a pendurar a sua própria rede e aconselhá-la a dormir sob a rede todas as noites.
- Planear uma visita à mulher novamente dentro de 4 semanas para verificar se ela tem dormido sempre com a proteção da rede.

### Passo 3. Determinação da elegibilidade para receber SP

- Para ser elegível para receber SP, a mulher deverá estar grávida de 13 semanas ou mais. Verificar o registo da gravidez da mulher; se não estiver disponível, perguntar-lhe sobre a data do primeiro dia da sua última menstruação e utilizar uma roda de gravidez (ver Fig. 3) para determinar a idade gestacional.

Se a mulher grávida não tiver certeza sobre a data de seu último período menstrual normal ou sobre a sua idade gestacional, perguntar se ocorreu aceleração (a primeira consciência da mãe sobre o movimento fetal). A aceleração sugere uma gravidez de 16 ou mais semanas, indicando que a SP pode ser administrada. Contudo, é de notar que, embora a prática normal em muitos países seja administrar a primeira dose de TPIg-SP no início do parto, esta prática pode deixar tanto a mulher grávida como o feto desprotegidos durante um longo período, dependendo das variações na percepção da mulher e do momento da aceleração (21).

Se a mulher grávida não tiver a certeza sobre a data do seu último período menstrual e a aceleração ainda não tiver ocorrido, deverá ser encaminhada para os CPN para avaliação e cuidados abrangentes.

- Verificar se há medicamentos contendo sulfa ou outros medicamentos que a mulher possa estar a tomar (ver Secção 3.2). Pedir à mulher grávida que verifique quais os medicamentos que está a tomar e se não tomou nenhum medicamento contendo sulfa nas últimas quatro semanas; isso inclui qualquer dose anterior de SP para TPIg. Para este último, rever também a documentação sobre a gravidez da mulher para confirmar o momento de administração de quaisquer doses anteriores de SP para TPIg. Verificar novamente com a mulher grávida se ela não tem alergia a medicamentos contendo sulfa e se não teve reação adversa a nenhum medicamento contendo sulfa ou outros medicamentos.

Não administrar SP para o TPIg, se a mulher grávida:

- tiver alergia a algum dos componentes da SP ou a medicamentos que contenham sulfa;
- tiver tomado um medicamento contendo sulfa nas últimas quatro semanas – isto inclui qualquer dose anterior de SP para TPIg e outros medicamentos contendo sulfa como tratamento ou profilaxia, incluindo cotrimoxazol (trimetoprima e sulfametoxazol) para o VIH;
- tiver tido uma reação adversa a um medicamento contendo sulfa; ou
- tiver tido uma reação adversa grave a qualquer medicamento anterior.

Perguntar às mulheres grávidas sobre o ácido fólico: está demonstrado que altas doses de ácido fólico (uma dose diária de 5 mg ou mais) neutralizam a eficácia da SP como antipalúdico, portanto, apenas formulações de baixa dosagem (0,4 mg por dia) devem ser coadministradas com SP.

Se a mulher grávida cumprir algum dos critérios acima, deverá ser encaminhada para os CPN para avaliação e cuidados abrangentes.

- Se a mulher grávida sofrer de uma doença febril ou não puder tomar medicação oral, deve ser encaminhada para uma unidade de CPN para avaliação e cuidados abrangentes.

Um exemplo de um auxiliar de trabalho para ajudar os ACS a determinar a elegibilidade para TPIg-c-SP é apresentado no Anexo 1.

#### Passo 4. Fornecimento de SP a mulheres grávidas elegíveis para TDO

- Depois de determinar que a mulher grávida é elegível para receber uma dose de SP de qualidade garantida, informá-la de que tem o direito de recusar qualquer medicamento e solicitar o seu consentimento verbal para receber SP para o TPIg.
- Ouvir eventuais preocupações que a mulher possa ter sobre tomar SP e responder a essas preocupações com compaixão e empatia.
- Ter disponível um copo de água limpa e potável (ver Caixa 6).
- Administrar uma dose de SP à mulher grávida por TDO (ou seja, observar a mulher a engolir a dose correta de SP com a água. De notar que uma dose completa de SP para TPIg consiste em três comprimidos de SP, com cada comprimido contendo 500 mg/25 mg SP, para uma dosagem total necessária de 1500 mg/75 mg SP).
- Guardar o blister dos comprimidos de SP consumidos em segurança para registo específico e reabastecimento na unidade de saúde/clínica de CPN respetiva durante as próximas visitas de supervisão com o ponto focal.

#### Caixa 6. Água potável

A disponibilidade de água potável e segura é fundamental para a administração de doses de SP por TDO. Infelizmente, muitas unidades de saúde e famílias em países de baixa e média renda carecem dessas infra-estruturas básicas. A água de poços profundos e furos só é segura para beber se tiver sido tratada (por exemplo, por filtração e fervura, purificação e armazenamento seguro). Eis algumas opções que podem ser consideradas como água potável e segura disponível:

- Educar as mulheres grávidas durante as palestras de saúde pré-natal sobre como tornar a água segura através da fervura e filtração, e pedir-lhes que tenham consigo uma garrafa de água tratada quando visitarem a clínica de CPN ou se prepararem para a visita do ACS para receber SP.
- Fornecer acesso a saquetas de água comercialmente disponíveis que as mulheres grávidas possam comprar de um vendedor que também será responsável pelo descarte das saquetas vazias de plástico ou biodegradáveis.
- Investir em dispensadores de água seguros ou purificadores de água disponíveis no mercado e na aquisição de pequenos copos de papel nas unidades de saúde (no entanto, isso poderá ser difícil de concretizar devido ao financiamento inadequado generalizado das unidades de saúde e às questões de responsabilidade financeira).

Quando os recursos financeiros são escassos, os gestores de saúde podem aproveitar o apoio da comunidade, das OSC ou dos parceiros de desenvolvimento. Organizações empresariais, igrejas e mesquitas também podem ser contactadas para apoiar os esforços para fornecer água potável segura nas unidades de saúde.

Nos casos em que as doses de SP são fornecidas pelos ACS durante as visitas domiciliárias, as mulheres grávidas podem, sempre que possível, utilizar a sua fonte habitual de água potável em casa, sem necessidade de quaisquer intervenções especiais.

### Passo 5. Documentação e transferência

- Atualizar a ficha de CPN da mulher grávida, de modo a indicar o número de doses de TPIg-SP administradas.
- Atualizar o registo do ACS para incluir o nome da mulher, o número da sua ficha de CPN e o número da dose de TPIg-SP administrada.
- Preencher uma ficha de consulta de CPN para a mulher grávida e transferi-la para a unidade mais próxima. Os motivos para a transferência podem incluir:
  - receber TPIg-1 ou doses de seguimento de SP (conforme regulamentado na política do país);
  - receber serviços de CPN abrangentes;
  - receber a avaliação e os cuidados apropriados necessários para uma doença observada;
  - receber uma rede com insecticida se a mulher grávida ainda não a tiver recebido e a política nacional apoiar o fornecimento de redes gratuitas a todas as mulheres grávidas;
  - idade gestacional indefinida; e
  - uma reação adversa anterior ou alergia a um medicamento contendo sulfa.
- Lembrar à mulher grávida que deve receber a dose seguinte de SP dentro de quatro semanas na unidade de CPN mais próxima; informá-la – e idealmente, anotar ou marcar – a data em que ela deverá receber a dose seguinte de SP. Planear a próxima visita à mulher grávida dentro de quatro semanas, para acompanhar o seu comportamento de procura de cuidados de saúde (descobrir se ela foi à unidade de saúde para CPN e TPIg e verificar se usou a sua rede mosquiteira).

### Passo 6. Aconselhamento pós-TPIg

- Perguntar à mulher grávida se tem alguma dúvida e, se tiver, dar-lhe as respostas. Se não souber a resposta, aconselhe a mulher a perguntar ao profissional de saúde da clínica de CPN. Além disso, anotar e relatar a questão ao ponto focal de CPN para que a questão possa ser esclarecida e a resposta esteja prontamente disponível na próxima vez que a pergunta surgir.
- Aproveitar a visita como uma oportunidade para convidar a mulher grávida e a sua família para quaisquer atividades comunitárias futuras sobre o paludismo na gravidez (por exemplo, dramatizações ou palestras na aldeia), conforme aplicável.

Um exemplo de lista de verificação detalhada para os ACS que administram TPIg-c-SP é apresentado no Anexo 1.

## 6. Monitorização e avaliação

### 6.1 Quadro de desempenho da M&A

Um quadro robusto de desempenho da M&A é essencial para avaliar e confirmar que a abordagem TPIg-c é eficaz no aumento da cobertura do TPIg, mantendo ao mesmo tempo o recurso aos CPN.

As atividades de M&A do programa começam antes da implementação e continuam durante toda a vida do projeto. Os resultados da avaliação de base (ver Secção 4.2) devem informar a concepção e planeamento das atividades de M&A. A monitorização de rotina continua com a implementação e acompanha o progresso em relação aos principais indicadores de desempenho (ver Secção 6.2), através da manutenção de registos e relatórios regulares dos resultados. Um bom sistema de M&A do TPIg-c utiliza tanto os sistemas de informação sanitária de rotina como inquéritos domiciliares periódicos. Além disso, é necessário realizar auditorias ou verificações de dados durante a supervisão de rotina dos ACS. A supervisão é fundamental para garantir e melhorar a qualidade dos dados e a consistência dos relatórios.

O quadro de desempenho da M&A deve orientar a recolha e análise de dados relacionados com contributos, processos, produtos, resultados e impactos do programa, com foco na melhoria da qualidade e utilização dos dados para melhorar a implementação e os resultados do programa. O quadro define como a cobertura e a qualidade da implementação do programa são demonstradas e como o impacto do TPIg-c é avaliado. Também permite a identificação de constrangimentos programáticos, podendo servir de base à tomada de medidas corretivas logísticas e técnicas, conforme necessário.

### 6.2 Indicadores e recolha de dados

Como os programas de TPIg-c envolvem a continuidade dos cuidados da comunidade para a clínica e serviços relacionados, os indicadores do TPIg-c incluem indicadores tanto a nível da comunidade como a nível das unidades de saúde. Estes indicadores não necessitam de ser desenvolvidos de novo; podem ser selecionados a partir de elementos de dados do SGIS já existentes ou de programas anteriores semelhantes. Isso permite a comparação entre regiões e países. Uma fonte útil de informação é o documento interagências *Monitorização e avaliação do paludismo nos serviços de gravidez: ideias práticas e indicadores recomendados* (28).

Os indicadores para monitorar a implementação dos programas de TPIg-c são categorizados como contributo, processo, produto, resultado e impacto (ver Tabela 5). O seu desenho deve ser SMART, isto é, os indicadores devem ser específicos, mensuráveis, exequíveis, realistas e oportunos. As fontes de dados do TPIg-c incluem comunidades e unidades de saúde, como parte do SGIS de rotina em alguns países (ver Tabela 6).

**Tabela 5. Indicadores ilustrativos para o TPIg-c**

<b>Indicadores ilustrativos</b>	<b>Recolha de dados</b>
<b>Indicadores de contributo</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de ACS na zona de influência do programa</li> <li>• Rácio de ACS para o número esperado de mulheres grávidas na zona de influência do programa</li> <li>• Número de unidades de CPN funcionais na zona de influência do programa</li> <li>• Número de doses de SP adquiridas para distribuição</li> </ul>	<p>Acompanhamento a nível do programa</p>
<b>Indicadores do processo</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de ações de formação, incluindo TPIg-c, realizadas para ACS</li> <li>• Número de ações de formação, incluindo TPIg-c, realizadas para profissionais de saúde</li> <li>• Número de campanhas de advocacia e CMSC realizadas sobre TPIg-c</li> </ul>	<p>Acompanhamento a nível do programa</p> <p>Acompanhamento a nível do programa</p> <p>Acompanhamento a nível do programa</p>
<b>Indicadores do produto</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de profissionais de saúde formados em prestação de TPIg-c</li> <li>• Número de ACS treinados que estão enviando relatórios ativamente</li> <li>• Número de mulheres grávidas encaminhadas para CPN por um ACS</li> <li>• Número/percentagem de mulheres grávidas assistidas nos CPN após receberem encaminhamento dos ACS</li> <li>• Número de mulheres que receberam TPIg a nível das comunidades com desagregação por dose (por exemplo: 1, 2, 3, 4+)</li> <li>• Número de mulheres em idade fértil que conhecem o serviço TPIg prestado pelos ACS</li> <li>• Número de ACS com stock adequado de SP</li> <li>• Número de clínicas de CPN com stock adequado de SP</li> </ul>	<p>Acompanhamento a nível do programa</p> <p>Recolha regular de dados dos ACS</p> <p>Inquéritos periódicos às famílias</p> <p>Recolha regular de dados dos ACS</p> <p>Recolha regular de dados dos ACS</p>
<b>Indicadores do resultado</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentagem de mulheres grávidas que receberam TPIg, desagregada por dose (por exemplo: 1, 2, 3, 4+) e desagregada por local onde as doses foram recebidas (CPN ou comunidade)</li> <li>• Percentagem de mulheres grávidas com quatro ou mais consultas pré-natais (CPN4+)</li> <li>• Percentagem de mulheres grávidas com um mínimo de oito contactos com os CPN</li> <li>• Percentagem de mulheres grávidas que iniciam CPN precocemente (conforme definido por país)</li> <li>• Percentagem de mulheres grávidas esperadas nos serviços de CPN (desagregadas por visita)</li> <li>• Percentagem provável de mulheres grávidas que iniciam CPN precocemente</li> </ul>	<p>Inquérito periódico às famílias</p> <p>Inquérito periódico às famílias</p> <p>Inquérito periódico às famílias</p> <p>Inquérito periódico às famílias</p> <p>Recolha regular de dados dos CPN, estimativas populacionais</p> <p>Recolha regular de dados dos CPN, estimativas populacionais</p>
<b>Indicadores do impacto</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentagem de recém-nascidos com baixo peso à nascença (menos de 2500 gramas)</li> <li>• Número de casos de paludismo evitados</li> <li>• Número de vidas salvas</li> </ul>	<p>Recolha regular de dados da maternidade</p> <p>Modelada</p> <p>Modelada</p>

**Tabela 6. Elementos e fontes de dados para indicadores TPIg-c**

Elemento de dados	Fonte(s) de dados	Responsável/utilizador
TPIg-c por dose	• Registo da comunidade (ver Anexo 4)	ACS
	• Ficha de registo pictórico do ACS (ver Anexo 5)	ACS
	• Exemplo de ficha de paciente (ver Anexo 6)	Prestador de CPN/ACS
	• Formulário de resumo mensal do ACS	ACS
TPIg em unidade de saúde por dose	• Registo do SIGS dos CPN	Prestador de CPN
Atendimento nos CPN por número de visitas	• Registo do SIGS dos CPN	Prestador de CPN
Nascimentos por sexo e peso	• Registo do trabalho de parto e do parto no SIGS	Prestador de CPN
Mulheres grávidas transferidas pelos ACS para os CPN	• Formulário de transferência da paciente	ACS/Prestador de CPN
	• Registo comunitário (ver Anexo 4)	ACS
	• Registo do SIGS dos CPN	Prestador de CPN
Mulheres grávidas que cumprem a transferência dos ACS para os CPN	• Formulário de referência	ACS/Prestador de CPN
	• Registo comunitário (ver Anexo 4)	ACS
	• Registo do SIGS dos CPN	Prestador de CPN
ACS habilitados	• Relatório da formação	Formador
	• Base de dados da formação (por ex., Excel)	Responsável pela M&A do MINSA
ACS habilitados que enviam relatórios mensalmente	• Formulário de resumo mensal do ACS	Supervisor do ACS
Stock de SP dos ACS para o TPIg-c	• Ficha de stock do ACS (ver Anexo 3)	ACS
Stock de SP das unidades de saúde para o TPIg	• Ficha de stock da unidade de saúde	Prestador de CPN

Os ACS habilitados visitam os agregados familiares, devendo utilizar as seguintes ferramentas:

- registos comunitários (ver Anexo 4), para documentar e atualizar um censo dos membros do agregado familiar, incluindo mulheres grávidas na aldeia, e serviços recebidos por data;
- fichas de registo pictórico dos ACS (ver Anexo 5), como alternativa ao registo comunitário; essas fichas de registo destinam-se a ACS não alfabetizados para registar mulheres grávidas e serviços recebidos, incluindo transferências, aconselhamento sobre o MIP, administração de SP, estado do stock dos produtos e mensagens CMSC (de notar que as fichas de registo pictórico dos

ACS têm a limitação de utentes não verificáveis, e a experiência no terreno tem demonstrado que, por vezes, os ACS podem contabilizar e reportar utentes imaginários apenas para terem algo a reportar – isto pode ser evitado através da introdução de um registo comunitário com membros do agregado familiar verificáveis);

- formulários de transferência, para ajudar a documentar a transferência de mulheres grávidas para uma unidade de saúde para cuidados pré-natais abrangentes e *feedback*; e
- fichas de stock (ver Anexo 3), para acompanhar o inventário de SP.

Os profissionais de saúde das unidades documentam os serviços e produtos MIP fornecidos nas unidades de saúde utilizando as seguintes ferramentas:

- um registo nacional do SIGS dos CPN;
- cartões de marcação de consulta nos CPN, para documentar os calendários das consultas e o número da dose de SP recebida;
- uma ficha de stock de SP, para documentar o abastecimento, a distribuição e o balanço do stock de SP; e
- formulários de transferência preenchidos pelos ACS.

### 6.3 Ferramentas de recolha de dados: revisão, impressão, divulgação e formação

Antes de começar a implementação, as ferramentas de recolha de dados existentes devem ser revistas para garantir que podem captar os indicadores TPIg-c selecionados, ou se é necessária uma revisão das ferramentas. As mudanças devem ser realizadas e devidamente integradas no sistema existente. Conforme aplicável, as ferramentas revistas devem ser testadas numa amostra de ACS e clínicas de CPN, devendo a finalização das ferramentas ser orientada pelo *feedback*.

O passo seguinte é planear a impressão e distribuição das ferramentas. Isso requer primeiro uma quantificação, tendo em consideração o número de ACS/população de mulheres grávidas, o número de unidades de saúde/clínicas de CPN e o próximo ciclo de impressão previsto. Uma vez determinado o número de ferramentas necessárias para impressão, o processo de compra nacional deve ser seguido para imprimir e divulgar as ferramentas e manuais do utilizador.

Assim que as ferramentas estiverem prontas para uso, o passo importante seguinte é formar os responsáveis focais de M&A, os responsáveis pela introdução de dados e os ACS sobre a estrutura e o uso das ferramentas. Para os ACS, recomenda-se a realização da formação em locais da comunidade, para que os membros das comunidades tenham conhecimento; isso pode contribuir para a aceitação futura dos ACS nas comunidades que irão servir.

### 6.4 Recolha, análise e utilização dos dados

No final de cada mês, os ACS utilizam o seu formulário de resumo mensal para registar os serviços prestados, a distribuição de SP e o estado do stock de SP. O relatório é submetido ao supervisor do ACS da sua unidade de saúde supervisora durante a reunião mensal de validação dos dados de todos os ACS. A reunião serve para a verificação conjunta dos relatórios do ACS com os seus registos.

Ao nível das unidades de saúde, os prestadores de CPN documentam o atendimento nos CPN e os serviços prestados, incluindo o número de mulheres grávidas que recorrem

aos CPN por encaminhamento dos ACS. No final de cada mês, estes serviços são reportados no formulário de resumo do SIGS.

Os dados são analisados e interpretados, tanto a nível distrital como nacional, e o *feedback* e a informação retrospectiva devem ser disponibilizados aos serviços de CPN e aos ACS. Os dados da unidade de saúde e os dados do TPIg-c são analisados usando tabelas, gráficos de barras simples e mapas apresentados num quadro mural de visualização de dados, fornecido como parte das ferramentas a usar. Alternativamente, pode utilizar-se papel cartão para desenhar as tabelas, diagramas e gráficos. A análise dos resultados deve ser comunicada e discutida com os prestadores de CPN, ACS e representantes da comunidade, como o Presidente ou o Secretário dos Comités de Desenvolvimento do Distrito.

Os resultados da análise dos dados devem ser apresentados e discutidos durante uma reunião de rotina agendada entre os participantes das unidades e da comunidade. As discussões podem revelar tendências, padrões ou comunidades com necessidades não satisfeitas, e isso pode informar decisões para a melhoria do programa.

Para informar as decisões, os dados devem ser de boa qualidade, definidos pela integralidade, validade, atualidade, fiabilidade, integridade e precisão. A avaliação periódica (por exemplo, semestral) da qualidade dos dados é um processo de verificação da qualidade dos dados, avaliação do sistema que produz esses dados e desenvolvimento de planos de ação para melhorar a qualidade dos dados e o sistema de M&A.

# Referências

1. World malaria report 2023. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374472>, consultado em 2 de Dezembro de 2023).
2. Guyatt HL, Snow RW. Malaria in pregnancy as an indirect cause of infant mortality in sub-Saharan Africa. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2001;95:569–76. doi:10.1016/S0035-9203(01)90082-3.
3. Guyatt HL, Snow RW. Impact of malaria during pregnancy on low birth weight in sub-Saharan Africa. *Clin Microbiol Rev.* 2004;17:760–9. doi:10.1128/cmr.17.4.760-769.2004.
4. Walker PGT, ter Kuile FO, Garske T, Menendez C, Ghani AC. Estimated risk of placental infection and low birthweight attributable to *Plasmodium falciparum* malaria in Africa in 2010: a modelling study. *Lancet.* 2014;2:E460–7. doi:10.1016/S2214-109X(14)70256-6.
5. Menéndez C, Bardají A, Sigauque B, Sanz S, Aponte JJ, Mabunda S et al. Malaria prevention with IPTp during pregnancy reduces neonatal mortality. *PLoS One.* 2010;5:e9438. doi:10.1371/journal.pone.0009438.
6. Eisele TP, Larsen DA, Anglewicz PA, Keating J, Yukich J, Bennett A et al. Malaria prevention in pregnancy, birthweight, and neonatal mortality: a meta-analysis of 32 national cross-sectional datasets in Africa. *Lancet Infect Dis.* 2012;12:942–9. doi:10.1016/S1473-3099(12)70222-0.
7. WHO guidelines for malaria, 3 June 2022. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/354781>, consultado em 22 de Agosto de 2023). The latest updates of the consolidated guidelines for malaria, which are considered to be a living document, can be accessed via <https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/guidelines-for-malaria>, consultado em 7 de Novembro de 2023.
8. Updated WHO recommendations for malaria chemoprevention among children and pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/news/item/03-06-2022-Updated-WHO-recommendations-for-malaria-chemoprevention-among-children-and-pregnant-women>, consultado em 22 de Agosto de 2023).
9. Technical consultation to assess evidence on community-based delivery of intermittent preventive treatment in pregnancy for malaria. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/366329>, consultado em 22 de Agosto de 2023).
10. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250796>, consultado em 22 de Agosto de 2023).
11. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/275474>, consultado em 22 de Agosto de 2023).

12. Rodriguez E, Ahn J, van Eijk A, Gutman J. Contextual factors influencing intermittent preventive treatment in pregnancy with sulfadoxine-pyrimethamine (IPTp-SP) uptake. Atlanta: U.S. Centers for Disease Control and Prevention; 2022 (<https://doi.org/10.5281/zenodo.6559914>, consultado em 22 de Agosto de 2023).
13. Clerk CA, Bruce J, Affipunguh PK, Mensah N, Hodgson A, Greenwood B et al. A randomized, controlled trial of intermittent preventive treatment with sulfadoxine-pyrimethamine, amodiaquine, or the combination in pregnant women in Ghana. *J Infect Dis.* 2008;198:1202–11. doi:10.1086/591944.
14. Tagbor H, Bruce J, Browne E, Randal A, Greenwood B, Chandramohan D. Efficacy, safety, and tolerability of amodiaquine plus sulphadoxine-pyrimethamine used alone or in combination for malaria treatment in pregnancy: a randomised trial. *Lancet.* 2006;368:1349–56. doi:10.1016/S0140-6736(06)69559-7.
15. Community engagement: a health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/334379>, consultado em 1 de Novembro de 2023).
16. Using behavioural sciences to support community engagement in Africa. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/using-behavioural-sciences-to-support-community-engagement-in-africa>, consultado em 1 de Novembro de 2023).
17. Intermittent screening and treatment in pregnancy and the safety of ACTs in the first trimester: recommendations. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/338496>, consultado em 23 de Agosto de 2023).
18. Plowe CV. Malaria chemoprevention and drug resistance. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://zenodo.org/records/6535545>, consultado em 23 de Agosto de 2023).
19. Malaria chemoprevention efficacy study protocol. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/360908>, consultado em 23 de Agosto de 2023).
20. Medicines (finished pharmaceutical products/biotherapeutic products) - prequalification [website]. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://extranet.who.int/pqweb/medicines/prequalified-lists>, consultado em 23 de Agosto de 2023).
21. Medicines [website]. Geneva: Global Fund; 2023 (<https://www.theglobalfund.org/en/sourcing-management/quality-assurance/medicines/>, consultado em 23 de Agosto de 2023).
22. Community intermittent preventive treatment for malaria in pregnancy implementation handbook. Baltimore: Jhpiego; 2022 (<https://www.jhpiego.org/wp-content/uploads/2022/04/TIPTOP-C-IPTp-Implementation-Handbook.pdf>, consultado em 23 de Agosto de 2023).
23. Implementing malaria in pregnancy programs in the context of World Health Organization recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259954>, consultado em 23 de Agosto de 2023).

24. Service availability and readiness assessment (SARA). Geneva: World Health Organization; 2015 ([https://www.who.int/data/data-collection-tools/service-availability-and-readiness-assessment-\(sara\)](https://www.who.int/data/data-collection-tools/service-availability-and-readiness-assessment-(sara))), consultado em 23 de Agosto de 2023).
25. Faye, SLB, Lugand, MM. Participatory research for the development of information, education and communication tools to promote intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy in the Democratic Republic of the Congo, Nigeria and Mozambique. 2021;Malar J 20, 223. doi.org/10.1186/s12936-021-03765-4.
26. Chico RM, Chaponda EB, Ariti C, Chandramohan D. Sulfadoxine-pyrimethamine exhibits dose-response protection against adverse birth outcomes related to malaria and sexually transmitted and reproductive tract infections. Clin Infect Dis. 2017;64:1043-51. doi:10.1093/cid/cix026.
27. Brabin BJ. The risks and severity of malaria in pregnant women. Geneva: World Health Organization; 1991 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/61511>), consultado em 24 de Agosto de 2023).
28. Bill & Melinda Gates Foundation, Centers for Disease Control and Prevention, The Global Fund, Impact Malaria, Jhpiego, Liverpool School of Tropical Medicine et al. Monitoring and evaluation of malaria in pregnancy services: practical tips and recommended indicators. Geneva: RBM Partnership to End Malaria; 2020 (<https://endmalaria.org/sites/default/files/Malaria%20in%20Pregnancy%20Monitoring%20and%20Evaluation%20ENGLISH.pdf>), consultado em 24 de Agosto de 2023).

# Anexo 1. Documentos relevantes do manual de implementação TIPTOP

Os seguintes documentos e apêndices podem ser encontrados no *manual de implementação na comunidade do tratamento preventivo intermitente do paludismo na gravidez (1)*:

- Listas de verificação para os ACS que administram TPIg-SP: Apêndice A, página 52; são elas:
  - Lista de verificação 1: Para interação dos ACS com as mulheres grávidas visando a aplicação da primeira dose de TPIg
  - Lista de verificação 2: Para visitas de seguimento dos ACS às mulheres grávidas registradas
- Objetivos de aprendizagem para a implementação do manual do TIPg-c: Apêndice B, página 59
- Folheto de educação da paciente: Apêndice C, página 65
- Auxiliares de trabalho para a administração do TPIg-SP: Apêndice D, página 67
- Lista de verificação para supervisão mensal do apoio aos ACS: Apêndice E, página 69
- Lista de verificação da supervisão para prevenção de MIP em unidades de saúde: Anexo F, página 71

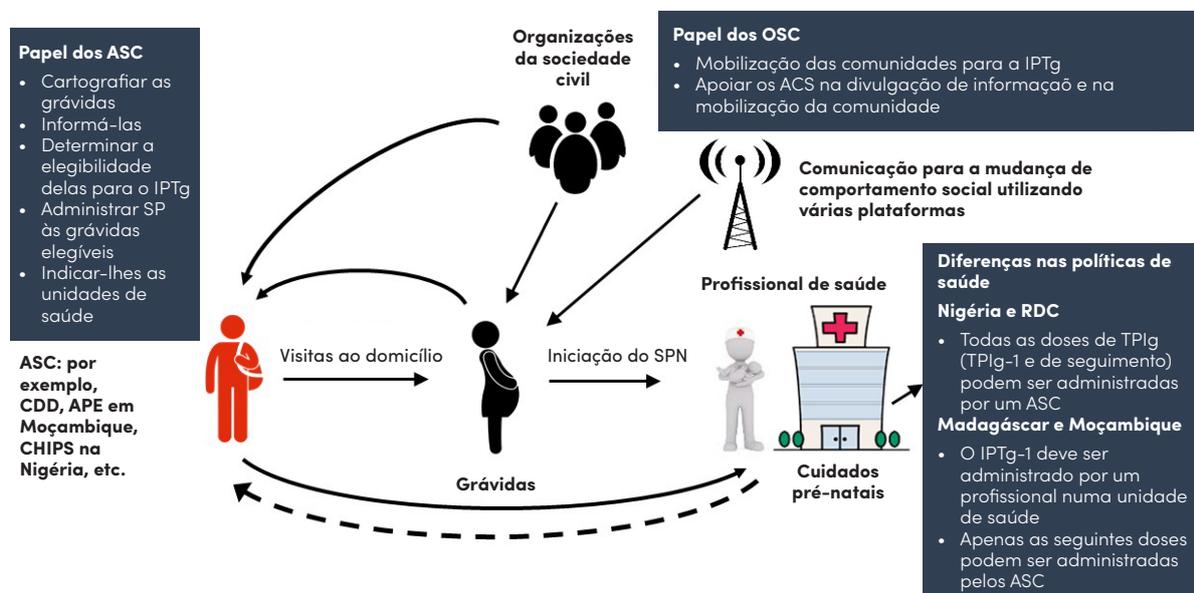
## Referência

1. Community intermittent preventive treatment for malaria in pregnancy implementation handbook. Baltimore: Jhpiego; 2022 (<https://www.jhpiego.org/wp-content/uploads/2022/04/TIPTOP-C-IPTp-Implementation-Handbook.pdf>, consultado em 23 de Agosto de 2023).

## Anexo 2. Resultados dos projetos piloto de TPIg-c

O projeto TIPTOP financiado pela Unitaid foi um grande estudo multinacional para avaliar a administração comunitária do TPIg em quatro países com elevado fardo de paludismo em África, com base no fortalecimento do sistema de saúde, na formação de capacidades e no envolvimento das comunidades. O projeto foi implementado entre 2017 e 2022 e avaliou dois resultados principais: cobertura do TPIg e atendimento nos CPN. O projeto TIPTOP teve como objetivo aumentar a aceitação do TPIg-3 entre as mulheres grávidas elegíveis em distritos designados em cada país, sem reduzir o número de consultas nos CPN, e gerar evidências para determinar a viabilidade, aceitabilidade e relação custo-eficácia do TPIg-c. O projeto TIPTOP utilizou a abordagem “sem oportunidades perdidas” que proporcionou a todas as mulheres grávidas elegíveis o acesso ao TPIg-SP, tanto nas suas comunidades como nos CPN. O projeto centrou-se em: aproveitamento das parcerias, desde a comunidade até às unidades de saúde e até ao nível nacional; aumento do acesso equitativo a SP de qualidade garantida; aumento da procura entre comunidades, prestadores de cuidados de saúde e governos; e utilização de dados para orientar a direção do projeto. A Figura A2.1 resume o papel dos diferentes atores, incluindo ACS e OSC, na implementação do TPIg-c. O projeto TIPTOP concluiu que o TPIg-c ajudou a aumentar significativamente a cobertura total do TPIg sem afectar negativamente o atendimento nos CPN (ver Fig. A2.2). Mais informações sobre o projeto TIPTOP e suas conclusões e resultados podem ser encontradas no manual de implementação TIPTOP, no relatório de avaliação de final de subvenção e na página web do legado TIPTOP (a secção Medição e Aprendizagem lista todos os artigos da investigação publicados e resultantes do projeto TIPTOP ) (1-3).

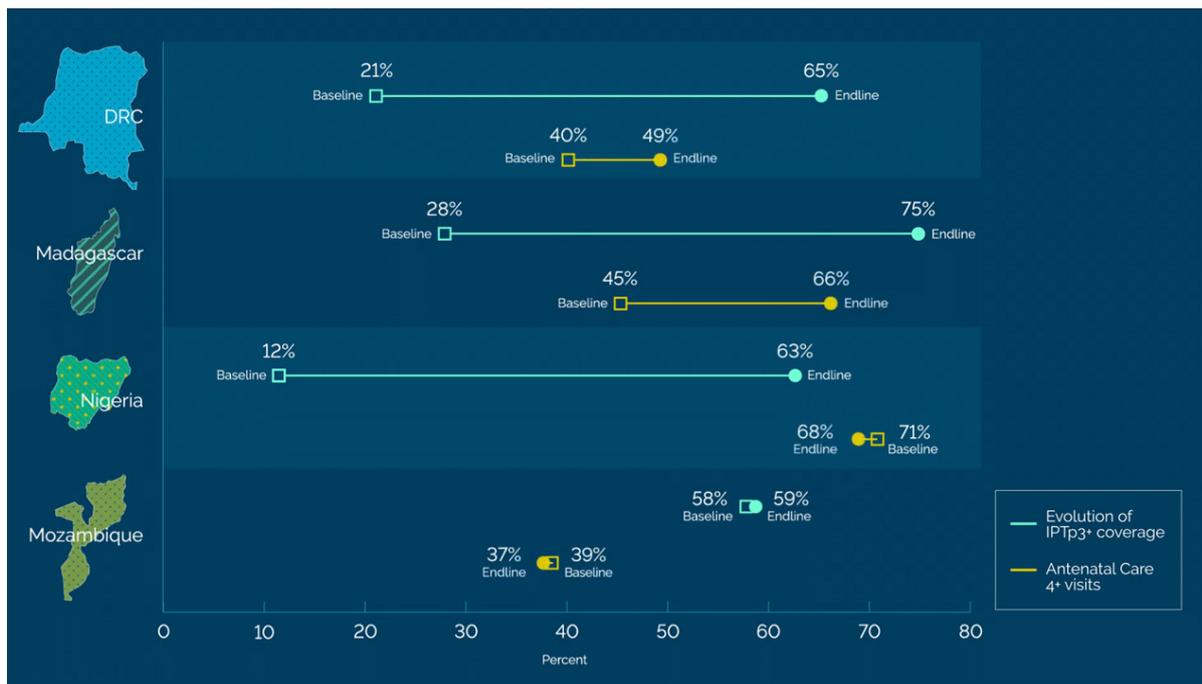
**Fig. A2.1. Visão geral da abordagem “sem oportunidades perdidas” do projeto TIPTOP**



TPIg-c: tratamento preventivo intermitente comunitário do paludismo durante a gravidez; SP: sulfadoxina-pirimetamina; CPN: cuidados pré-natais; CDD: distribuidor dirigido para as comunidades; APE: agentes polivalentes elementares; Moz: Moçambique; CHIPS: influenciadores, promotores e serviços de saúde comunitária; RDC: República Democrática do Congo; TPIg1: primeira dose de TPIg-SP; PS: profissional de saúde

Fonte: adaptado do manual comunitário de implementação do tratamento preventivo intermitente do paludismo na gravidez (1).

**Fig. A2.2. Comparação inicial e final do TIPTOP da cobertura do TPIg-3+ e do atendimento em CPN-4+**



RDC: República Democrática do Congo; TPIg3+: três e mais doses de SP para TPIg; CPN4+: quatro e mais consultas de CPN.

Fonte: Jhpiego (3).

Outros estudos demonstraram que a inclusão de programas comunitários pode aumentar substancialmente o acesso efetivo à prevenção do paludismo e aumentar o acesso aos cuidados de saúde primários em geral. Também pode melhorar o recurso aos CPN, especialmente quando combinada com intervenções do lado da oferta (4–6). Detalhes adicionais sobre experiências realizadas em Burkina Faso, Maláui, Senegal e Serra Leoa estão disponíveis na *consulta técnica para avaliar evidências sobre a administração comunitária do tratamento preventivo intermitente durante a gravidez para o paludismo* (7–9).

## Referências

1. Community intermittent preventive treatment for malaria in pregnancy implementation handbook. Baltimore: Jhpiego; 2022 (<https://www.jhpiego.org/wp-content/uploads/2022/04/TIPTOP-C-IPTp-Implementation-Handbook.pdf>, consultado em 23 de Agosto de 2023).
2. BroadImpact. Transforming IPT for Optimal Pregnancy (TIPTOP) project and output 1 of the Supply Side Grant: end-of-grant evaluation report. Geneva: Unitaid; 2021 (<https://unitaid.org/assets/TIPTOP-Project-End-of-Grant-Evaluation-Full-Report-August-2021.pdf>, consultado em 25 de Agosto de 2023).
3. A TIPTOP legacy [website]. Maryland: Jhpiego; 2023 (<https://www.jhpiego.org/a-tiptop-legacy/>, consultado em 24 de Agosto de 2023).
4. Okeibunor JC, Orji BC, Brieger W, Ishola G, 'Dipo Otolorin E, Rawlins B et al. Preventing malaria in pregnancy through community-directed interventions: evidence from Akwa Ibom State, Nigeria. *Malar J*. 2011;10:227. doi:10.1186/1475-2875-10-227.

5. Mbonye AK, Schultz Hansen K, Bygbjerg IC, Magnussen P. Effect of a community-based delivery of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy on treatment seeking for malaria at health units in Uganda. *Public Health*. 2008;122:516–25. doi:10.1016/j.puhe.2007.07.024.
6. Salam RA, Das JK, Lassi ZS, Bhutta ZA. Impact of community-based interventions for the prevention and control of malaria on intervention coverage and health outcomes for the prevention and control of malaria. *Infect Dis Poverty*. 2014;3:25. doi:10.1186/2049-9957-3-25.
7. Technical consultation to assess evidence on community-based delivery of intermittent preventive treatment in pregnancy for malaria. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/366329>, consultado em 22 de Agosto de 2023).
8. Gutman JR, Stephens DK, Tiendrebeogo J, Badolo O, Dodo M, Burke D et al. A cluster randomized trial of delivery of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy at the community level in Burkina Faso. *Malar J*. 2020;19:282. doi:10.1186/s12936-020-03356-9.
9. Rubenstein BL, Chinkhumba J, Chilima E, Kwizombe C, Malpass A, Cash S et al. A cluster randomized trial of delivery of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy at the community level in Malawi. *Malar J*. 2022;21:195. doi:10.1186/s12936-022-04216-4.





# Anexo 5. Ficha de registo das mulheres grávidas em cuidados comunitários

Ficha de registo das mulheres grávidas em cuidados comunitários

Página 1 de 4



Month.....  
 Volunteer health worker's Name.....  
 Facility volunteer is assigned.....  
 LGA.....  
 Volunteer's Unique ID Number.....

**Volunteer health worker activity tally card**

Date.....  
 Year.....  
 Community/Village.....  
 Ward name.....  
 State.....

**Community Care of Pregnant Women and Deliveries**

Ante-natal care	Age Category	TBA	FBM	SBA	CBHVs	Mothers who deliver independently at home	Total
 Pregnant women	New identified	Adolescent Girls					
		Adult Women					
	Follow up	Adolescent Girls					
		Adult Women					
 Deliveries	Adolescent Girls						
	Adult Women						
 Live Births	Boys						
	Girls						

Ficha de registo das mulheres grávidas em cuidados comunitários

Página 2 de 4

**Community Care of Pregnant Women and Deliveries**

Ante-natal care	Age Category	TBA	FBM	SBA	CBHVs	Mothers who deliver independently at home	Total
 Still Births							
 Premature babies/small babies seen and referred (Low birth Weight <2.5kg)	Boys						
	Girls						
 Babies placed in skin to skin/ Kangaroo position & referred	Male						
	Female						
 Clients that received Family Planning services	Adolescent Girls						
	Adult Women						
 Pregnant women referred for ANC for the first time by Community Volunteer	Adolescent Girls						
	Adult Women						

Community Care of Pregnant Women and Deliveries

	Age Category	TBA	FBM	SBA	CBHVs	Mothers who deliver independently at home	Total
 <p>Pregnant women referred for ANC for the follow up by Community Volunteer</p>	Adolescent Girls						
	Adult Women						
 <p>Pregnant women referred for tetanus toxoid</p>	Adolescent Girls						
	Adult Women						
 <p>Number of women seeking care and treatment for Urine/Stool incontinence referred</p>	Adolescent Girls						
	Adult Women						
 <p>Pregnant women referred for IPT</p>	Adolescent Girls						
	Adult Women						
 <p>Pregnant women who took CIPT1</p>	Adolescent Girls						
	Adult Women						

Community Care of Pregnant Women and Deliveries

	Age Category	TBA	FBM	SBA	CBHVs	Mothers who deliver independently at home	Total
 <p>Pregnant women who took CIPT2</p>	Adolescent Girls						
	Adult Women						
 <p>Pregnant women who took CIPT3+</p>	Adolescent Girls						
	Adult Women						
 <p>Pregnant women given Misoprostol</p>	Adolescent Girls						
	Adult Women						
 <p>Pregnant women referred for postnatal care within 2 days after delivery</p>	Adolescent Girls						
	Adult Women						
 <p>Babies referred for postnatal care within 2 days after delivery</p>	Adolescent Girls						
	Adult Women						

LGA: área do governo local; TBA: parteira tradicional; FBM: Unidade de missão ou profissionais religiosos; SBA: parteira habilitada; CBHV: voluntário de saúde baseado na comunidade; CPN: cuidados pré-natais; TPI: tratamento preventivo intermitente; TPI-c 1: primeira dose de TPI na comunidade; TPI-c 2: segunda dose de TPI-c; TPI-c 3+: três ou mais doses de TPI-c.

Fonte: reproduzido com autorização do SIGS nacional da Nigéria (não disponível online).

# Anexo 6. Exemplo de ficha de paciente

**PREVENT MALARIA DURING PREGNANCY**

Sleep under an insecticide treated net

Take a first dose of Fansidar after you feel the baby move

Take a second dose of Fansidar at least one month later

Take a third dose of SP at least one month later

**Malaria is bad for your health and the health of your unborn child**

**Nome da unidade de saúde:**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**FICHA DE TRANSFERÊNCIA DA PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Data do contacto com a paciente	Transferida pelo ACS (✓)	Serviço recebido Escrever (TPIg-1, TPIg-2, TPIg-3, TPIg-4, etc. ou outro serviço recebido)	Onde? Escrever U (unidade de CPN) ou C (Casa)	Consulta seguinte nos CPN		
				Data	Hora	Assinatura

**Nota:** Total de doses de TPIg administradas até ao momento do parto \_\_\_\_\_  
Número total de contactos com a paciente até ao momento do parto \_\_\_\_\_

ACS: agente comunitário de saúde; TPIg-1: primeira dose de tratamento preventivo intermitente do paludismo na gravidez; TPIg-2: segunda dose de TPIg; TPIg-3: terceira dose de TPIg; TPIg-4: quarta dose de TPIg; CPN: cuidados pré-natais.

Fonte: reproduzido com autorização do TIPTOP da Nigéria (não disponível online).

**Programa Global contra o Paludismo**  
**Organização Mundial da Saúde**  
20 Avenue Appia  
1211 Geneva 27  
Switzerland

Email: [GMPinfo@who.int](mailto:GMPinfo@who.int)