



World Health
Organization

A group of approximately ten young children of African descent are sitting on wooden planks in an outdoor setting, likely a refugee camp. They are all smiling and looking towards the camera. Some are making peace signs. In the background, there is a large orange tarp covering a structure, and a white water tank is visible. The sky is blue with scattered white clouds.

Perguntas Frequentes sobre o “Pacote de Aplicação Conjunta de QP” (Atualização de 2022)

Planeamento, requisição de medicamentos e notificação

Perguntas Frequentes sobre o Pacote de Aplicação Conjunta de QP (Atualização de 2022)

Planeamento, requisição de medicamentos e notificação

Conteúdo

Agradecimentos	iv
Comité de redacción	iv
Redactores y traductores	iv
Abreviações e acrônimos	vi
1. Introdução	1
2. Perguntas Frequentes	3
2.1 O Pacote de Aplicação Conjunta (JAP) de QP: perguntas gerais	3
2.2 O Formulário de Notificação Conjunta para Medicamentos Seleccionados de QP (JRSM)	10
2.3 O Formulário de Notificação Conjunta (FNC)	15
2.4 O Formulário de Notificação Epidemiológica (EPIRF)	18
2.5 O plano de trabalho anual (PTA)	20

Agradecimentos

A Organização Mundial de Saúde (OMS) agradece ao Fórum da Cadeia de Abastecimento das DTN e a todos os que contribuíram para a preparação das suas Perguntas Frequentes.

Comité de redacción

Dr Afework Tekle, Departamento de Control de Enfermedades Tropicales Desatendidas, OMS, Ginebra, Suiza

Mr Alexie Mikhailovich, Departamento de Control de Enfermedades Tropicales Desatendidas, OMS, Ginebra, Suiza

Dr Tuan Le Anh, Departamento de Control de Enfermedades Tropicales Desatendidas, OMS, Ginebra, Suiza

Ms Cassandra Holloway, Children Without Worms, The Task Force for Global Health, Decatur (GA), Estados Unidos de América

Ms Penny Smith, United States Agency for International Development, Washington (DC), Estados Unidos de América

Redactores y traductores

Dr Mona Osman, WHO/EMRO, El Cairo, Egipto

Ms Celine Hardy, Medicines Development for Global Health, Sydney, Australia

Ms Willemijn Zaadnoordijk, Schistosomiasis Elimination Programme, Merck Healthcare KGaA, Darmstadt, Alemania

Ms Marilyne Vonlanthen, Departamento de Control de Enfermedades Tropicales Desatendidas, OMS, Ginebra, Suiza



“Os objetivos da pesquisa e do FAQs expandido são melhorar a compreensão dos usuários sobre o JAP, incluindo a forma como é utilizado, quem o revisa e e o processo e prazo para aprovação e entrega pela OMS de medicamentos doados por empresas farmacêuticas.”

Abreviações e acrônimos

ALB: albendazole

AMM: administração maciça de medicamentos

CIE: crianças em idade escolar

DTN: doença tropical negligenciada

EPIRF: Formulário de Notificação Epidemiológica

ER: Escritório Regional da OMS

ESPEN: Projeto Especial Alargado para a Eliminação das Doenças Tropicais Negligenciadas

FL: filariose linfática

FNC: Formulário de Notificação Conjunta

FTS: tira de teste da filariose

HTS: helmintíases transmitidas pelo solo

IAT: inquérito de avaliação da transmissão

IIT: Iniciativa Internacional para o Tracoma

IVM: ivermectina

JRSM: Formulário de Notificação Conjunta para Medicamentos Seleccionados de QP

M&A: monitorização e avaliação

MDT: terapêutica multimedicamentosa

MEB: mebendazole

MIF: mulheres em idade fértil

MS: Ministério da Saúde ou equivalente

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONCHO: oncocercose

OSC: Organizações da Sociedade Civil

PCC: Pacote de Candidatura Conjunta

PDTN: Programa das Doenças Tropicais Negligenciadas

POP: procedimento operacional padrão

PTA: plano de trabalho anual

PZQ: praziquantel

QP: quimioterapia preventiva

RPRG: Grupo de Revisão do Programa Regional

SCH: esquistossomíase

UA: unidade de avaliação

VPT: vigilância pós-transmissão

ZTH: azitromicina

1 Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) atualizou as Perguntas Frequentes (FAQs) sobre o Pacote de Aplicação Conjunta (JAP) de quimioterapia preventiva (QP) em resposta à participação das partes interessadas a nível mundial num inquérito sobre as questões pendentes dos usuários sobre o JAP. As FAQs reúnem novas perguntas de gestores de programas de doenças tropicais negligenciadas (DTN), farmacêuticos, responsáveis pelo monitoramento e avaliação, parceiros de implementação e doadores farmacêuticos e financeiros para fornecer uma lista abrangente de respostas.

As FAQs complementam os procedimentos operacionais normalizados da Gestão da Cadeia de Abastecimento de Produtos de Saúde para as doenças tropicais negligenciadas elegíveis para QP, o curso de formação da OpenWHO que o acompanha e as diretrizes do JAP. Outros recursos, incluindo os últimos formulários do JAP (versão 4), podem ser baixado do sítio Web da OMS/NTD. Nesta fase, o JAP é utilizado para solicitar medicamentos e tratamento apenas para filariose linfática (FL), oncocercose (ONCHO), esquistossomose (SCH) e helmintíases transmitidas pelo solo (STH).

Os objetivos da pesquisa e do FAQs expandido são melhorar a compreensão dos usuários sobre o JAP, incluindo a forma como é utilizado, quem o revisa e o processo e prazo para aprovação e entrega pela OMS de medicamentos doados por empresas farmacêuticas. O envio preciso e antecipado é crucial para garantir que os tratamentos doados estejam disponíveis nas quantidades corretas para as populações-alvo e cheguem a tempo para a implementação de campanhas de QP em países onde estas doenças são endémicas.

As FAQs estão divididas em cinco secções: perguntas gerais sobre o JAP e perguntas específicas sobre cada um dos quatro formulários do JAP, sendo o Solicitação Conjunta de Medicamentos Seleccionados para QP (JRSM), o Formulário de Notificação Conjunta de QP (JRF), o Formulário de Notificação Epidemiológico de QP (EPIRF) e o Plano de Trabalho Anual (AWP).

As respostas a cada uma das questões colocadas foram revistas pelos membros do Grupo de Trabalho JAP, um subgrupo do Fórum da Cadeia de Abastecimento de DTN, com participantes da OMS, da Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional, da Task Force for Global Health e da Merck KGaA.

Quaisquer perguntas não incluídas neste documento podem ser enviadas por correio eletrónico para pctdata@who.int. As respostas devem ser fornecidas dentro de 1 a 2 dias úteis. A equipa atualizará periodicamente as FAQ à medida que o JAP atualizado e mais perguntas forem enviadas.



2 Perguntas Frequentes

2.1 O Pacote de Aplicação Conjunta (JAP) de QP: perguntas gerais

Q1

Existe um prazo para a apresentação do PCC e qual é o prazo de entrega dos medicamentos?

Não há um prazo fixo para a apresentação do PCC.

Para assegurar que os medicamentos são entregues a tempo, o PCC deve ser apresentado, pelo menos, com uma antecedência de 9 meses em relação à primeira data de AMM planeada no ano civil do pedido.

Por exemplo, se um país planejar realizar duas rondas de AMM em Maio e Outubro de 2024, a requisição deve ser apresentada até Agosto de 2023. Este tempo de antecedência é necessário para examinar e aprovar o pedido, fazer a encomenda, fabricar os medicamentos para a QP e enviá-los para o país.

Alguns países que tenham procedimentos específicos e que exijam mais tempo, deverão candidatar-se mais cedo, tendo em consideração o tempo suplementar necessário, por exemplo, para inspeção antes da expedição.

Para mais informações, ver os POP sobre luz verde e despacho aduaneiro (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049581>).

Q2

Pode o Ministro da Educação (ou outras partes interessadas relevantes) requisitar medicamentos para as CIE fora do PCC?

O Ministério da Saúde é o principal parceiro da OMS e o ministério da educação deve trabalhar com o MS para apresentar as suas necessidades e reportar aquilo que recebeu e distribuiu no PCC.

Q3

Mesmo que as requisições sejam apresentadas a tempo, pode ocorrer demora na entrega dos medicamentos?

A apresentação em devido tempo é apenas um dos passos do ciclo de gestão da cadeia de abastecimento; as demoras podem acontecer em qualquer momento. Outros importantes passos na ação dos países estão relacionados não apenas com a apresentação atempada mas também com a apresentação de informação de boa qualidade e completa sobre o PCC e uma resposta rápida quando são solicitados esclarecimentos ou informação adicional durante o processo de revisão das candidaturas.

Q5

É possível um processo de urgência para o PCC? Quais os requisitos para iniciar um processo de abastecimento rápido (transporte aéreo)?

A OMS não tem um processo de urgência, mas ele é possível para pequenas expedições, em circunstâncias excepcionais.

Q5

O modelo pode ser adaptado consoante o nível de gestão da doença (e.g., o nível mais baixo: comunidade)?

Dados subdistritais (comunitários) para doenças focais, como a ONCHO e a SCH podem ser incluídos no PCC e devem ser agregados ao nível de implementação (distrito).

Q6

O que acontece se os medicamentos expirarem?

A OMS espera que os países saibam gerir devidamente os medicamentos que lhes são doados para evitar que o seu prazo de validade expire antes de serem distribuídos; contudo, se esse prazo expirar, deve ser consultado o POP relevante sobre Gestão de Resíduos (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049581>).

Todo o medicamento expirado deve ser reportado no FNC e devidamente descartado para conciliar os números e a disponibilidade de stock.

Q7

Por que tem a FL o requisito de um formulário de IAT para obter FTS associadas aos inquéritos reportados no EPIRF, mas não como parte do processo do PCC?

O EPIRF, que é usado para reportar o IAT, é parte da candidatura PCC, sempre que o país realiza inquéritos e apresenta resultados à OMS. No entanto, devido à natureza especial deste pedido em particular, existe um formulário especial para a elegibilidade e planeamento do IAT, destinado a agregar dados epidemiológicos e da AMM a nível da UA.

Para informações sobre o IAT, consultar:

<https://www.who.int/activities/building-capacity-of-national-programmes-to-implement-who-recommended-strategies/transmission-assessment-survey>

Q8

Os distritos que foram anteriormente tratados e pararam o tratamento podem mudar de ideias, se a doença reemergir?

Sim, se o limiar da prevalência da infeção justificar AMM e conforme o tipo de doença. Os dados que documentem uma recrudescência da doença devem ser incluídos no EPIRF para apoiar a candidatura a medicamentos adicionais.

Q9

O que deve fazer um país que não tenha financiamento para a AMM?

É essencial que os países garantam financiamento para a AMM, quer interna, quer externamente, antes de apresentarem à OMS o PCC para pedidos de medicamentos. A OMS não aprovará pedidos que não assegurem o financiamento da implementação.

Q10**Os medicamentos são pedidos com base nos planos do país ou nos planos de tratamento da OMS?**

Os pedidos de medicamentos por parte dos países endêmicos baseiam-se nos planos dos países, que, por sua vez, se baseiam na endemicidade das doenças e nas populações que necessitam das intervenções. Os países, normalmente, baseiam os seus planos na consecução dos objetivos de 2030 do roteiro das DTN estabelecidos pela OMS.

Q11**Que recursos (humanos, materiais e financeiros) são necessários para cumprir o processo de candidatura PCC?**

As informações sobre o processo de candidatura PCC são descritas nos POP e materiais de formação no *website* da OMS (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049581>) e <https://openwho.org/courses/NTDs-supply-chain-management>. A OMS encoraja firmemente os países a realizarem uma reunião de planeamento, pelo menos, 2 meses antes de apresentarem o PCC, a fim de reunirem os dados necessários e identificarem e recolherem os dados adicionais necessários para poderem apresentar um PCC completo. Tal reduz a necessidade de um seguimento pela OMS e agiliza a aprovação do PCC. É também recomendado que o PDTN inclua nessa reunião responsáveis de M&A, farmacêuticos, especialistas em logística e parceiros da implementação, para apoiar o esforço de preparação do PCC. A maioria dos custos está relacionada com o nível de esforço dos participantes e uma reunião de planeamento informal.

Q12**O mebendazole (500 mg) pode ser administrado em áreas com o nível 1 de endemicidade (baixa prevalência) e ser reportado no FNC?**

A AMM para a STH é administrada conforme o nível de endemicidade, que também determina a frequência do tratamento. Queira consultar as orientações da OMS sobre QP para a STH (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258983/9789241550116-eng.pdf>). Todavia, todos os tratamentos realizados devem ser reportados no FNC.

Q13**Quais são as 3–5 principais razões para as demoras na aprovação do PCC e como podem os países prevenir essa situação?**

As principais razões para as demoras na aprovação do PCC são:

- apresentação tardia
- apresentação de um PCC incompleto ou de má qualidade, particularmente em relação ao saldo remanescente disponível no país
- demora na apresentação de respostas quando os revisores da OMS enviam perguntas
- não indicar a disponibilidade de fundos operacionais para distribuição.

Q14**Pode a OMS apoiar faltas de fundos para o Plano do Programa anual? E se ainda não tiver sido identificado um financiador?**

A OMS não cobre os custos da implementação de programas, em geral. Cabe ao Ministério da Saúde procurar fundos internamente, usando financiamento doméstico, ou de doadores externos e parceiros da implementação.

Q15

O sistema tem uma forma de verificar e procurar erros, antes do envio da candidatura?

Os formulários do PCC apresentam todos um botão de validação para verificar várias questões. Clique no botão VALIDAR e depois faça as correções necessárias, antes de prosseguir para o formulário seguinte. Isso garante que será apresentado um PCC completo, reduzindo a necessidade de um seguimento da OMS e potenciais demoras na aprovação da candidatura.

Q16

A OMS pode prestar assistência técnica para validar os relatórios?

Sim, a OMS pode prestar assistência técnica, quando solicitada.

Q17

O que acontece quando o FNC é apresentado por uma pessoa ou escritório diferente do que apresentou o JRSM?

Desde que o FNC seja apresentado com a devida autorização do gestor do programa de DTN que assinou oficialmente o PCC, isso é aceitável para a OMS.

Q18

Quanto tempo demora desde a apresentação até à revisão e aprovação do PCC de um país?

O processo de aprovação do PCC demora, pelo menos, 2-3 semanas, se os formulários e dados estiverem completos e forem de boa qualidade. Um PCC completo e rigoroso (com os formulários de suporte, como o JRSM e o FNC) será revisto e aprovado pelo Escritório Regional da OMS (em consulta com a Sede da OMS e o RPRG). Contudo, se a OMS ou o RPRG verificarem que a informação fornecida não está completa ou não é rigorosa, a aprovação demorará o tempo necessário até que o país candidato forneça explicações satisfatórias. É importante que o país forneça respostas rápidas às perguntas da OMS para evitar demora na aprovação dos medicamentos.

Q19

Como posso evitar demoras na aceitação do pedido conjunto?

Ver a resposta acima. A apresentação em devido tempo é apenas um passo do ciclo da gestão da cadeia de abastecimento e as demoras podem acontecer em qualquer altura ao longo da cadeia. Outros importantes passos na ação do país estão relacionados, não só com a apresentação atempada mas também com a apresentação de informação completa e de boa qualidade no PCC e com a rápida resposta aos pedidos de esclarecimento ou de informação adicional que sejam feitos durante o processo de revisão.

Q20

O prazo de apresentação muda consoante o contexto específico do país, como conflitos ou crises sociopolíticas?

A OMS aconselha os países com situações complicadas a apresentarem a sua candidatura tão cedo quanto possível, tendo em consideração que alguns processos da cadeia de abastecimento poderão ser mais demorados do que os dos países estáveis.

Q21**Como pode o Ministério da Saúde trabalhar com a OMS quando há problemas no rigor do censo para os medicamentos?**

A OMS aceita os números oficiais do Ministério da Saúde que o país usa para fins de planeamento, quer a partir dos dados do censo nacional com projeções, quer de outros dados que o Ministério da Saúde use para fins de planeamento oficial. A OMS está sempre disponível para ajudar a esclarecer as questões e prestar a assistência técnica solicitada pelos países.

Q22**Quais são as principais responsabilidades dos parceiros da implementação? Como devem as partes interessadas (não ministeriais) participar na elaboração do PCC?**

A OMS aconselha o Ministério da Saúde a trabalhar no planeamento e preparação do PCC em conjunto com todas as partes interessadas na área das DTN no país. Os parceiros da implementação podem, muitas vezes, ajudar a identificar os dados a reunir, apoiar as reuniões de planeamento para recolher e identificar a informação em falta no PCC e ajudar a rever os processos anteriores de PCC. Os implementadores podem igualmente ajudar a responder às perguntas que a OMS coloca durante o seguimento. O seu papel tanto pode ser técnico como financeiro na ajuda à preparação do PCC, conforme as necessidades do PDTN, que deve liderar o processo do PCC. Além disso, os parceiros da implementação podem confirmar se existe ou não financiamento de doadores para a implementação da AMM.

Q23**Pode o PCC ser apresentado por um representante do ministério ou deve ser uma pessoa designada e conhecida do escritório nacional da OMS?**

O PCC pode ser apresentado pelo gestor do programa de DTN do Ministério da Saúde ou uma pessoa por ele designada ou ainda por uma autoridade competente do Ministério da Saúde.

Q24**Quem deve, normalmente, liderar o processo do PCC?**

O Ministério da Saúde dos países endémicos, especificamente o PDTN, é o responsável por liderar a preparação, a apresentação da candidatura e a resposta a todas as dúvidas surgidas durante o seguimento por parte da OMS. Qualquer demora na resposta às perguntas ou informação em falta resultará em demora na expedição dos medicamentos e, potencialmente, em demora na AMM. É útil ter vários contribuintes para o PCC, incluindo responsáveis pela M&A, farmacêuticos, especialistas em logística e parceiros da implementação que apoiem o programa de DTN.

Q25**Como se podem endereçar perguntas à OMS sobre o processo do PCC?**

É possível contactar o Conselheiro Regional para as DTN ou, dentro da Região Africana, contactar o ESPEN. É possível também fazer perguntas usando este endereço electrónico: PC_JointForms@who.int. No entanto, é muito importante verificar primeiro os POP e os materiais de formação usando estes links.

- <https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/interventions/strategies/preventive-chemotherapy/joint-application-package>
- <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049581>
- <https://openwho.org/courses/NTDs-supply-chain-management>

Q26**Como usa a OMS os dados de tratamento do ano anterior para calcular os medicamentos disponíveis no país?**

A OMS usa os dados de tratamentos anteriores e a quantidade de medicamentos expedidos para o país para calcular o saldo teórico dos medicamentos disponíveis no país. Contudo, os países devem reportar o saldo de medicamentos disponíveis ao elaborar a candidatura. Devem também incluir os medicamentos fora de prazo, danificados ou perdidos, a fim de ajustar a quantidade total enviada ao país.

Q27**O processo PCC é obrigatório para todos os países?**

Sim, os países que pretendam receber gratuitamente da OMS medicamentos de DTN para doenças que requeiram AMM, devem seguir o processo PCC.

Q28**Qual é o processo passo a passo envolvido na elaboração da Candidatura Conjunta?**

Esse processo está indicado nos POP da OMS e nos materiais de formação que os acompanham. Recursos adicionais estão igualmente disponíveis no *website* da OMS (<https://openwho.org/courses/NTDs-supply-chain-management>).

O primeiro passo a dar pelos países é realizar uma reunião de planeamento, pelo menos, 2 meses antes de apresentarem o PCC, para reunirem todos os dados necessários e identificarem e reunirem dados adicionais para a candidatura, para que o PCC apresentado esteja completo.

O PDTN, responsáveis pela M&A, farmacêuticos, especialistas em logística e parceiros da implementação devem também participar nessa reunião em apoio ao esforço de preparação do PCC. Os passos seguintes são preencher os formulários do PCC e determinar a quantidade de medicamentos e, finalmente, verificar o cumprimento da lista de verificação indicada nos formulários, que devem ser assinados pela autoridade competente do Ministério da Saúde e apresentados à OMS.

Q29**Que nível de unidade de saúde de um país deve apresentar este formulário (central/regional/distrital?)**

Os dados do nível distrital são o nível mais baixo de dados usados no PCC e são agregados aos dados nacionais. Contudo, para algumas doenças focais em que a prevalência a nível distrital não se aplica, informação do nível subdistrital pode ser apresentada manualmente (por ex., para ONCHO e SCH).

Q30**Que números populacionais devem ser usados na elaboração da candidatura?**

Devem ser usados números populacionais atualizados que reflitam a situação, desde que sejam aprovados pelo Ministério da Saúde.

Se o país não tiver dados recentes, a OMS aceitará dados antigos, desde que estejam projetados para o ano corrente e sejam aceites pelo país e usados no planeamento oficial. No entanto, se os dados ou os dados do censo recolhidos pelos distribuidores de medicamentos da comunidade estiverem disponíveis, são também aceitáveis, desde que o país os utilize oficialmente na implementação.

Q31

Os medicamentos não QP (e.g., MDT para a lepra) podem também ser incluídos no âmbito do PCC?

Neste momento, o PCC é usado para pedir medicamentos e tratamentos apenas para FL, ONCHO, SCH e STH.

Q32

Podem os parceiros da implementação ser incluídos como uma parte mais alargada do processo? Nós respondemos aos doadores acerca do desempenho dos objetivos do tratamento e, contudo, não somos incluídos nas comunicações sobre o abastecimento de medicamentos.

A OMS não pode obrigar a incluir os parceiros da implementação no processo de elaboração do PCC; contudo, recomenda firmemente uma reunião de planeamento com vários contribuintes para o PCC, incluindo responsáveis de M&A, farmacêuticos, especialistas em logística e parceiros da implementação que apoiem o PDTN.

Essa reunião deve ocorrer 2 meses antes da data prevista de apresentação do PCC, a fim de se reunirem todos os dados necessários para completar a candidatura. A OMS inclui parceiros da implementação nas comunicações por email para acompanhar a apresentação do PCC, incentivando-os a apoiarem os PDTN com a recolha da informação necessária, mas os PDTN devem liderar este processo. O PCC é da responsabilidade do PDTN e o PDTN deve esclarecer todas as dúvidas.

Q33

Que partes interessadas são necessárias e a que nível?

A OMS recomenda firmemente que se realize uma reunião nacional de planeamento do PCC com vários contribuintes para o PCC, incluindo responsáveis pela M&A, farmacêuticos, especialistas em logística e parceiros da implementação que apoiem o programa de DTN.

Essa reunião deve ocorrer 2 meses antes da data prevista para a apresentação do PCC, a fim de se reunirem todos os dados necessários para completar a candidatura. No entanto, quando aplicável, e consoante o tamanho do país, também é possível o planeamento subnacional do PCC, que será revisto e compilado a nível nacional.

Q34

Se o país for apoiado por vários parceiros da implementação, estes também são envolvidos no processo de planeamento do PCC?

A OMS considera que, se for possível, todos os parceiros da implementação que apoiam a AMM devem ser envolvidos no processo de elaboração do PCC.

Um parceiro não deve representar os interesses de outros parceiros e seus doadores.

Q35

Quem é a parte responsável por suportar os custos do transporte/desalfandegamento relativos à entrega dos medicamentos no endereço do destinatário?

Cada doador farmacêutico trata esta questão de modo ligeiramente diferente.

Para ALB, PZQ e MEB, as empresas farmacêuticas relevantes entregam fundos à DHL para pagar os custos do desalfandegamento, sendo, normalmente, a OMS o destinatário.

Quando possível, deve procurar-se uma isenção de taxas.

Para IVM, o Programa de Donativos Mectizan paga aos seus próprios destinatários de partes terceiras e agentes aduaneiros. Para ZTH, Pfizer e ITI têm Memorandos de Entendimento com cada PDTN, especificando que o PDTN será responsável por todas as taxas de desalfandegamento e custos de transporte, quando os medicamentos chegarem ao porto ou aeroporto. Para DEC, a Eisai apenas assegura a entrega no porto de entrada. Os custos de desalfandegamento cabem ao Ministério da Saúde.

Q36

Pode o PCC ter ligação ao curso de POP das DTN da OMS para elaborar o PCC, a fim de apoiar as equipas de países, mesmo que alguma não participe em todo o curso?

O PCC não pode atualmente ser alterado de modo a incluir as ligações para o curso de POP. Os links e os cursos de formação podem ser encontrados aqui:

- <https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/interventions/strategies/preventive-chemotherapy/joint-application-package>
- <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049581>
- <https://openwho.org/courses/NTDs-supply-chain-management>

2.2 O Formulário de Notificação Conjunta para Medicamentos Seleccionados de QP (JRSM)

Q37

Como é decidida a alocação de medicamentos a pessoas adultas?

Para STH e SCH, a alocação a adultos é analisada e decidida numa base casuística, conforme a epidemiologia da doença e a meta do país para a eliminação da transmissão. Para todas as outras doenças, o JRSM faz o cálculo automaticamente.

Q38

É possível aprovar o JRSM com alguns erros?

Não, o JRSM não pode ser aprovado com erros. A versão 4.0 tem uma nova função robusta para ajudar a validar os dados e reduzir erros, antes da sua apresentação. Basta clicar VALIDAR no formulário para assegurar que todos os dados foram corretamente introduzidos.

Q39

Quando existem diversas rondas de AMM durante o ano, como se registam as várias datas da AMM no formulário do JRSM (e.g., AMM de FL que ocorrem em Fevereiro para um distrito, Junho para outro e Novembro para o último distrito)?

Para assegurar que os medicamentos são entregues a tempo, o pedido de medicamentos para QP deve ser apresentado, pelo menos, 9 meses antes da primeira data de AMM planeada no ano civil do pedido. Por exemplo, se um país tiver planeado duas rondas de AMM em Maio e Outubro de 2024, o pedido deve ser apresentado em Agosto de 2023.

No formulário, deve ser indicada a primeira data de AMM para uma intervenção de tratamento único. A OMS usa essa data para entregar todos os medicamentos para esse ano em devido tempo.

Para uma doença que exija múltiplos tratamentos de um indivíduo num ano devido a elevada prevalência, deve ser indicado o primeiro ano da primeira campanha e o primeiro ano da segunda campanha para cada unidade de implementação.

Q40

Como se garante que os números de inventário do JRSM são verdadeiramente rigorosos?

A OMS analisa o FNC do ano anterior relativamente aos comprimidos aprovados e expedidos, para verificar se o balanço de inventário apresentado é rigoroso ou não. Se o inventário não for totalmente rigoroso, será pedido ao país que forneça informação adicional para validar o inventário apresentado.

Q41

É importante que as alterações relativas ao destinatário sejam fornecidas à OMS muito antes da expedição?

Sim, é importante notificar as alterações à OMS, porque, se os dados do destinatário estiverem errados, isso atrasará a autorização e levará muito tempo a corrigir, depois da chegada da encomenda.

Q42

Para quantificação do SCH, alguns países podem ter diferentes estratégias de tratamento (por ex., alguns tratam uma determinada percentagem numa zona endémica com base na endemicidade entre as CIE, enquanto outros tratam todas as CIE do distrito endémico). O JRSM pode ser aprovado com base na situação específica de cada país?

Sim. Para acelerar o processo de aprovação, é aconselhável apresentar justificações como "Informação adicional" na folha de EXPEDIÇÃO. Todos esses pedidos fora dos donativos padrão requerem uma análise especial por parte da OMS, antes de serem aprovados.

Consultar também as orientações para o PCC: <https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/interventions/strategies/preventive-chemotherapy/joint-application-package/version4>

Q43

Se um distrito principal estiver dividido em vários distritos menores ou for realocado a outra província, como é alocada a endemicidade? Como se informa a OMS sobre a mudança e isso afeta o processo de aprovação do JRSM?

A OMS deve ser imediatamente informada sobre esse tipo de alteração. O ponto focal da OMS específico para as doenças aconselhará sobre o modo de determinar o estado de endemicidade desse distrito combinado/dividido. A quantidade solicitada de medicamentos será alterada em conformidade.

Q44

Como são tomadas as decisões que resultam em diferenças entre o medicamento pedido por um país e a decisão sobre o número de comprimidos que serão alocados?

A quantidade pedida deve estar em conformidade com a epidemiologia da doença, a reserva existente no país e a capacidade do país de distribuir, particularmente a disponibilidade de fundos para a implementação. Se a quantidade pedida for maior ou menor do que aquilo que o país pode fazer, então a quantidade solicitada deve ser ajustada para corresponder a esses requisitos. A história do tratamento é também considerada durante a análise.

Q45

O que acontece se o JRSM for apresentado mas forem identificadas imprecisões antes da aprovação? Podem os autores do pedido emendar o JRSM, antes deste ser revisto e aprovado?

Sim, é possível enviar um JRSM atualizado. Isso representa uma poupança de tempo para todas as partes envolvidas e permite uma aprovação mais rápida.

Q46

A OMS compara os novos pedidos do JRSM com os formulários EPIRF apresentados? Uma alteração na estratégia de tratamento num determinado distrito que esteja refletida no formulário do JRSM precisa de ser validada pelos dados no EPIRF, antes da aprovação?

Ao elaborar o JRSM, o país deve usar os dados do EPIRF mais recentes, para atualizar o nível de endemicidade do distrito no JRSM, que determina a estratégia do tratamento.

Se os dados epidemiológicos saírem depois da apresentação do JRSM, é preciso informar imediatamente o Responsável pelos dados da OMS a nível do Escritório Regional, através do Escritório Nacional da OMS, e pedir a sua opinião sobre as alterações.

Q47

O que acontece se o pedido estiver atrasado devido a demoras na implementação da AMM?

A OMS recomenda que se continue a contar 9 meses para trás a partir da data em que os medicamentos são necessários para o momento do pedido, mesmo que a AMM do ano corrente esteja atrasada. Sugere-se que sejam utilizados os dados do ano anterior para fins de cálculo, assumindo que o abastecimento mais recente será integralmente distribuído. Por outro, lado, deve ser indicado o momento em que a AMM do corrente ano está planeada. O Escritório Nacional da OMS e o Responsável pelos Dados devem ser notificados desse plano, para evitar que o pedido de medicamentos seja reduzido.

Se a AMM não for implementada conforme planeada durante o ano da implementação, o FNC deve ser apresentado com dados completos fornecidos em COUNTRY_INFO e uma explicação escrita das razões incluídas na caixa de informação adicional na folha de cálculo RESUMO.

Q48

Os programas têm a oportunidade de apresentar o JRSM duas vezes por ano? Com que frequência pode ser apresentado este formulário?

Não é aconselhável apresentar o JRSM duas vezes por ano.

Se o país não tiver dados para a segunda ronda, a OMS sugere que sejam utilizados os dados do ano anterior.

É obrigatório apresentar o Pedido em devido tempo (para a primeira ronda), 9 meses antes de os medicamentos serem necessários.

Q49

O atual JRSM não considera alguns grupos etários/grupos de risco (adultos, WRA, etc.). Por que motivo a OMS não inclui estes grupos no JRSM? Os países fazem à OMS um pedido em separado de doação de medicamentos para esses grupos?

Alguns grupos específicos ainda não estão incluídos no JRSM, porque o programa de doação facilitado pela OMS ainda não os abrange. Contudo, é aconselhável registar todas as necessidades de todos os grupos etários na caixa "Informação adicional" do separador Expedição. Numa edição recente do PCC v.4.0, estes grupos estão incluídos no planeamento. Consultar também as orientações para o PCC: <https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/interventions/strategies/preventive-chemotherapy/joint-application-package/version4>

Q50

Em circunstâncias normais, quem é responsável por aprovar o JRSM?

Um PCC completo e rigoroso (com os formulários de apoio necessários, tais como o JRSM e o FNC) será analisado e aprovado pelo Escritório Regional da OMS (em consulta com a Sede da OMS e o RPRG), num prazo máximo de 2–3 semanas.

Contudo, se a OMS ou o RPRG detetarem informação em falta ou inexata, a aprovação demorará o tempo necessário para que sejam prestados todos os esclarecimentos satisfatórios por parte do país requisitante.

Q51

Quem apresenta, normalmente, o JRSM à OMS?

Os relatórios gerados no JRSM e no FNC (folhas de cálculo RESUMO) devem ser impressos e assinados pelo gestor do programa de DTN ou por um representante designado do MS para endossar formalmente o pedido do país para esses medicamentos e os progressos anuais reportados dos programas nacionais.

Nota: sem assinatura autorizada, o formulário não pode ser aprovado pela OMS.

Q52

Por que motivo existem demoras na aprovação do JRSM depois da apresentação do formulário?

Um JRSM completo e rigoroso (com os formulários de apoio) será analisado e aprovado pelo Escritório Regional da OMS (em consulta com a Sede da OMS e o RPRG), num prazo máximo de 2–3 semanas. Contudo, se a OMS ou o RPRG detetarem informação em falta ou inexata, a aprovação demorará o tempo necessário para que sejam prestados todos os esclarecimentos satisfatórios por parte do país requisitante.

A apresentação do formulário em devido tempo é apenas um passo no ciclo de gestão da cadeia de abastecimento e as demoras podem acontecer em qualquer momento ao longo da cadeia. Outros importantes passos na ação dos países estão relacionados não apenas com a apresentação atempada mas também com a apresentação de informação de boa qualidade e completa no PCC e uma resposta rápida quando forem solicitados esclarecimentos ou informação adicional durante o processo de revisão.

Q53

O processo de preparação do JRSM baseia-se em orientações científicas ou padrão?

Sim, os formulários JRSM baseiam-se em orientações padrão da OMS, as quais se baseiam, por sua vez, em evidências científicas.

Os formulários JRSM recolhem informação sobre a história do tratamento e as atuais necessidades, com base nas evidências recolhidas, assim como nos dados sobre as reservas disponíveis, com o propósito de assegurar que o país receberá os medicamentos de que necessita para tratar as suas populações de risco.

O processo de tomada de decisões segue as atuais orientações de tratamento da OMS sobre a determinação da elegibilidade. Queira consultar também as orientações sobre o PCC: <https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/interventions/strategies/preventive-chemotherapy/joint-application-package/version4>

Q54

Como se determina a percentagem das populações a tratar no JRSM para os diferentes grupos etários?

A percentagem das populações a tratar é fornecida pelo Ministério da Saúde e provém dos dados do censo nacional ou outros dados que o MS use para todos os seus fins oficiais de planeamento.

Se o país não dispuser de dados recentes, a OMS poderá aceitar dados antigos, desde que estejam projetados corretamente para o ano corrente e sejam aceites pelo país e usados para o planeamento oficial. Todavia, se estiverem disponíveis dados ou os dados do censo recolhidos pelos distribuidores de medicamentos da comunidade, eles também são aceitáveis, desde que o país os use oficialmente na implementação.

Q55

Qual é o método para calcular os pedidos de medicamentos para a esquistossomíase?

2,5 comprimidos são usados, em média, para tratar as CIE e 3 comprimidos para adultos.

Q56

Como funcionam as fórmulas no JRSM? Quais são os cálculos instalados?

Os formulários têm fórmulas específicas para ajudar a calcular quantos medicamentos são necessários com base no tamanho e idade da população.

Contudo, a qualidade do cálculo apenas é tão boa quanto a qualidade dos dados incluídos no formulário. É importante fornecer informação completa para cada secção. Não deve ser apresentada uma candidatura incompleta. Deve ser reservado ao programa tempo suficiente para recolher a informação necessária antes da apresentação.

2.3 O Formulário de Notificação Conjunta (FNC)

Q57

Pode o número reportado de comprimidos usado no FNC ter ligação ao processo de gestão do inventário do respetivo país?

Quando um relatório final validado é apresentado à OMS, os dados sobre o número de comprimidos distribuídos e desperdiçados são introduzidos na base de dados do inventário de medicamentos alojada na Sede da OMS, permitindo acesso a todos os Escritórios Regionais. A base de dados também inclui o número de comprimidos enviados aos países em cada ano da implementação.

Q58

O FNC toma em consideração os dados do PTA?

Não, o PTA não é tomado em consideração no FNC.

O PTA permite aos programas nacionais identificar os objetivos específicos a alcançar no ano, concentrarem-se nas principais atividades que precisam de ser implementadas para se atingirem os referidos objetivos e identificar as lacunas nos recursos financeiros e técnicos para se atingirem os objetivos. Também permite à OMS monitorizar de perto o progresso dos programas nacionais, identificar obstáculos e coordenar a prestação de apoio financeiro e técnico em devido tempo.

Q59

A cobertura das populações pelo tratamento excede, por vezes, os 100% em certos distritos endémicos, devido a diferenças populacionais nas OSC nacionais. Como pode isso ser contemplado no FNC?

Essas discrepâncias são comuns em muitos países.

Todos os distritos em que a taxa de cobertura exceda 100% podem ser identificados (destacados) ao correr a macro de VALIDAÇÃO.

Diferenças inferiores a 10% são, normalmente, aceites pela equipe de revisão. Se as discrepâncias forem maiores, são necessários mais esclarecimentos e correções do país respetivo.

A equipe de revisão pode também aplicar um teste de verificação cruzada para ver os dados demográficos reportados em anos anteriores, a fim de identificar potenciais erros.

Q60

Como posso introduzir dados do nível subdistrital apenas para a SCH?

A introdução de dados da SCH a nível subdistrital deve ser feita manualmente, substituindo os valores autocalculados na folha de cálculo COUNTRY_INFO.

Q61

Qual a fundamentação por detrás do cálculo da cobertura do tratamento, tanto na população adulta como na população de CIE, sem fornecer medicamentos a ambas as populações?

A cobertura nacional para a esquistossomíase é calculada com base na população que exige QP para a SCH como denominador, em que sejam incluídos ambos os grupos etários (CIE e adultos em risco) que necessitem de tratamento.

De acordo com as novas orientações para a SCH, a população que necessita de QP para a doença continuará a ser estimada com base nos dados a nível subdistrital (focal) para ambos os grupos etários. Relativamente aos adultos, o número médio de comprimidos é mais elevado. As doações de PZQ para adultos serão avaliadas numa base casuística, baseadas parcialmente na disponibilidade de medicamentos.

Q62

O formulário de notificação conjunta pode ser apresentado mais do que uma vez por ano (quando há várias rondas de tratamento)?

Durante o ano da implementação, o Formulário pode ser parcialmente preenchido depois de cada ronda de AMM, quando os dados do tratamento ficarem disponíveis.

O Relatório Final deve ficar pronto (ser apresentado) 3 meses depois da implementação da última ronda.

Q63

Existem pré-condições para a aprovação do FNC?

Os dados reportados no FNC devem condizer com os últimos dados demográficos e epidemiológicos disponíveis.

Os dados do tratamento devem ser autovalidados correndo as macros de VALIDAÇÃO, para evitar erros técnicos e para identificar possíveis dados paradoxais. Depois de apresentados, a equipa de revisão faz vários testes para validar os dados e, depois de completados, pode recomendá-los para aprovação ou nova revisão.

Q64

O PCC pode ser aprovado sem ter o FNC?

O PCC, em particular o JRSM, não será aprovado sem a apresentação da versão final do FNC.

Se a AMM não tiver sido implementada como planeado durante o ano da implementação, o FNC deve ser apresentado com dados completos fornecidos em COUNTRY_INFO e uma explicação escrita das razões na caixa de informação adicional na folha de cálculo RESUMO.

Q65

Se o Programa receber medicamentos de outros organismos, como é isso reportado?

No FNC, os países devem fornecer dados sobre todas as pessoas que receberam AMM durante o ano da implementação, independentemente da origem dos medicamentos. A secção sobre inventário de medicamentos do FNC deve ser atualizada em conformidade. Contudo, no JRSM v.4.0, existe um indicador (folha de cálculo RESUMO) onde a origem dos medicamentos deve ser indicada para cada tipo de medicamento, por grupo etário visado.

Q66

Se o FNC não for apresentado em devido tempo, que impacto terá sobre a implementação da AMM?

Se o FNC não for apresentado em devido tempo (nos 3 meses seguintes à última ronda de implementação), isso pode atrasar a aprovação do pedido dos medicamentos necessários para o ano da implementação seguinte. Consequentemente, os medicamentos pedidos podem chegar ao país depois da data planeada para a AMM. O FNC deve ser apresentado antes ou juntamente com o pedido para o ano da implementação seguinte.

Q67

Que desafios enfrentam os países no preenchimento do FNC, visto que, em alguns casos, poderá levar muito tempo a chegar à OMS?

Os países poderão ter de enfrentar vários desafios na produção do FNC, incluindo a recolha dos dados do tratamento junto das comunidades, escolas e unidades de saúde. A validação, a colagem, a compilação e a agregação dos dados aos vários níveis do sistema de saúde são processos demorados. A recolha de dados é também, na sua maioria, registada em papel, o que provoca atrasos, estando igualmente sujeita a erros humanos.

Podem surgir problemas, se um PDTN começar a preencher o PCC e cada formulário individual, sem planear e recolher a informação necessária, que poderá precisar de ser recolhida em vários locais, tais como as reservas disponíveis ou dados recentes sobre a AMM. Se for apresentado um PCC incompleto, isso desencadeará vários emails de seguimento por parte da OMS, para completar a candidatura.

Muitas vezes, são necessárias várias semanas ou meses para um PDTN recolher a informação em falta, atrasando a aprovação do PCC e a expedição dos medicamentos.

A OMS aconselha firmemente os países a realizarem uma reunião de planeamento, pelo menos, 2 meses antes de apresentarem o PCC, para recolherem todos os dados necessários e identificarem e recolherem a informação adicional necessária para a candidatura, para que o PCC esteja logo completo na primeira apresentação. Isso reduz a necessidade de seguimento da OMS e agiliza a aprovação do PCC. Recomenda-se igualmente que o PDTN inclua responsáveis pela M&A, farmacêuticos, especialistas em logística, o NPO local da OMS e os parceiros da implementação nessa reunião, para apoiarem o esforço de preparação do PCC.

Q68

Como reportar sobre as populações transfronteiriças tratadas?

Todas as populações tratadas devem ser reportadas anualmente, independentemente da sua situação geográfica. Todas as pessoas que receberam tratamento devem ser reportadas no ponto onde os medicamentos foram fornecidos. Por isso, aceitaremos que a cobertura do programa possa exceder 100% (em até 10%) nessas situações.

2.4 O Formulário de Notificação Epidemiológica (EPIRF)

Q69

Por que motivo os últimos dados do EPIRF implicam a interrupção do tratamento em áreas que estavam anteriormente em tratamento?

Os dados epidemiológicos apresentados no EPIRF são analisados de acordo com orientações específicas para a doença. Conforme os dados da prevalência do impacto (depois de várias rondas da AMM), a estratégia pode ser revista de modo a reduzir a frequência do tratamento ou passar para a fase de vigilância pós-AMM.

Q70

O que acontece se forem detetadas inexatidões durante a revisão do EPIRF?

Nesse caso, o Formulário será devolvido ao respetivo país com um pedido detalhado de correções e nova apresentação.

Q71

Com que frequência e em que altura do ano deve este formulário ser submetido?

O EPIRF é parte do PCC e deve ser submetido anualmente, juntamente com os outros formulários. Se não tiverem sido realizados inquéritos epidemiológicos durante o ano em apreço, o formulário apresentado deve ficar em branco.

Q72

Um relatório epidemiológico em falta pode impedir um país de receber os tratamentos?

Não, os tratamentos são fornecidos de acordo com a prevalência inicial ou depois da implementação de um inquérito de impacto.

As alterações nos dados epidemiológicos devem ser apresentadas no formulário EPIRF.

Q73

E possível preencher o formulário EPIRF *online*?

Não, atualmente não existe nenhuma função *online*.

Q74

Como mudam as orientações da OMS para a apresentação tardia do EPIRF?

Não existem orientações para a apresentação tardia de qualquer dos formulários do PCC.

A OMS olha para a oferta e a procura para determinar se um pedido tardio pode ser atendido, desde que não afete as expedições aprovadas para os países que apresentaram o seu PCC em devido tempo.

Q75

Os países que eliminaram DTN específicas precisam de apresentar o EPIRF para essas DTN?

Sim, esses países devem planejar/realizar um inquérito seguindo as orientações de M&A da OMS para cada doença específica, até que a OMS tenha validado que a doença foi eliminada como problema de saúde pública.

Depois da validação da eliminação, o país deverá apresentar o EPIRF para essa doença, depois de ter realizado inquéritos de pós-validação ou outras avaliações, para monitorizar a recrudescência da doença.

Q76

Como é garantida a segurança dos dados EPIRF?

A OMS é depositária dos dados dos Estados-Membros e não os partilha com partes terceiras sem o consentimento do Ministério da Saúde.

Todos os dados registados no PCC são partilhados de acordo com a política de partilha de dados da OMS: <https://www.who.int/about/policies/publishing/data-policy>.

Q77

Que tipo de dados são apresentados no EPIRF?

O EPIRF recolhe indicadores epidemiológicos sobre cada doença, incluindo informação sobre o tratamento, linfedema, serologia e intensidade da infeção, com base nos inquéritos completados até à data. O modelo de EPIRF pode ser encontrado aqui: <https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/interventions/strategies/preventive-chemotherapy/joint-application-package/version4>

Q78

É possível atualizar o formulário de modo a refletir a ferramenta de diagnóstico utilizada para os inquéritos de SCH/STH?

Sim, a nova versão do EPIRF inclui o tipo de ferramentas de diagnóstico utilizadas para STH e SCH. (<https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/interventions/strategies/preventive-chemotherapy/joint-application-package/version4>)

Q79

Que doenças são cobertas pelo EPIRF?

A ferramenta normalizada do EPIRF é usada para as seguintes doenças: PC; FL, ONCHO, STH e SCH.

Q80

No separador ONCHO, o tipo de inquérito é pré-definido como mapeamento, fase 1A, Fase 1B, VPT. Com que documento de orientação da OMS isso está alinhado, uma vez que não corresponde às Orientações da OMS para travar a administração maciça de medicamentos e verificar a eliminação da oncocercose humana <https://www.who.int/publications/i/item/9789241510011?>

O EPIRF apresenta várias opções para o trabalho de inquérito, conforme a metodologia usada nesse local.

Entre elas contam-se biópsia da pele para MF, serologia, PCR em moscas negras e infestação parasitária. Preencha as células de acordo com a metodologia usada.

Não se esqueça de clicar em VALIDAR no formulário, para garantir que todos os dados foram corretamente incluídos.

Q81

Podem os dados de avaliação dos locais de reprodução da mosca negra para a ONCHO ser comunicados através do EPIRF?

Sim, o EPIRF apresenta uma opção para incluir os dados de avaliação dos locais de reprodução da mosca negra, além da biópsia da pele para MF, serologia e infestação parasitária. Preencha as células de acordo com a metodologia usada.

Não se esqueça de clicar em VALIDAR no formulário, para garantir que todos os dados foram corretamente incluídos.

2.5 O plano de trabalho anual (PTA)

Q82

O plano de trabalho é parte do plano mestre geral das DTN?

Não, o PTA é parte da apresentação anual do PCC para apoiar o pedido de medicamentos para QP.

Q83

Qual é finalidade do plano de trabalho anual (PTA)?

O PTA permite aos programas nacionais identificar os objetivos específicos a alcançar no ano, concentrarem-se nas principais atividades que precisam de ser implementadas para alcançar os respetivos objetivos e identificar as lacunas nos recursos financeiros e técnicos para alcançar os objetivos.

Também permite à OMS monitorizar de perto os progressos dos programas nacionais e identificar os obstáculos e coordenar a prestação do apoio financeiro e técnico em devido tempo.

Q84

Se as atividades que não estavam no PTA original beneficiarem de apoio, deverá o formulário ser apresentado de novo?

Sim, se atividades adicionais forem apoiadas, resultando na necessidade de mais medicamentos, o Formulário deverá ser atualizado e apresentado de novo.

Q85

Quem é responsável pela elaboração do plano de trabalho?

A Equipe Nacional de DTN, na alçada do Ministério da Saúde, é responsável pela elaboração do plano de trabalho.

Q86

Existem ligações para autotutoriais ou guias para elaborar o PTA?

Não existe um guia específico sobre o modo de elaborar o PTA.

Contudo, o Formulário inclui uma folha de trabalho separada "EXEMPLO" com um exemplo de dados corretamente preenchida.

Q87

O PTA é exigido juntamente com a apresentação do PCC e é possível usar um formato próprio do país?

Não, a apresentação do PTA juntamente com o PCC é opcional, usando o formulário da OMS. Na verdade, será benéfico que o país o utilize.

Q88

É preciso preencher o quadro para cada doença?

Sim, se forem usados pelo país, todos os quadros para cada doença aplicável num país devem ser preenchidos.

Se estiverem incompletos, a OMS poderá ter de fazer perguntas, para receber essa informação, podendo isso atrasar a aprovação do PCC e a entrega dos medicamentos.

Q89

O formulário pode ser preenchido a nível de subdistrito, comunidade ou estado?

Os dados do nível distrital são o nível mais baixo de dados que a OMS utiliza no PCC e são agregados ao nível nacional. Contudo, para algumas doenças focais às quais não se aplica a prevalência a nível distrital, a informação a nível subdistrital pode ser fornecida manualmente (por ex., para ONCHO e SCH).

Para mais informações, contactar:

Programa Mundial das Doenças Tropicais Negligenciadas
Organização Mundial da Saúde
20 avenue Appia
1211 Genebra 27
Suíça

Email: neglected.diseases@who.int

Site web: <https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/interventions/strategies/preventive-chemotherapy/joint-application-package>