

Atribuição de MTI no contexto da transmissão da COVID-19

(Versão 1, julho de 2020)

Recordar as medidas de prevenção da infecção por COVID-19¹

- Manter a distância física de, pelo menos, 1 metro das outras pessoas, com exceção de familiares diretos ou pessoas com quem partilhe habitação
- Limpar as mãos com desinfetante à base de álcool ou lavá-las com água e sabão de forma regular e rigorosa. A OMS recomenda a lavagem frequente das mãos com água e sabão durante, pelo menos, 20 segundos. Se não estiver disponível sabão ou desinfetante para as mãos, deve esfregar-se vigorosamente as mãos com cinzas de madeira
- Evitar frequentar lugares movimentados
- Evitar tocar nos olhos, nariz e boca
- Praticar a higiene respiratória, tossindo ou espirrando para a parte interior do cotovelo ou para um lenço de papel e descartando-o imediatamente², lavando as mãos de seguida
- As pessoas com sintomas respiratórios devem ficar em casa e não ir ao trabalho
- Em caso de transmissão comunitária, use uma máscara de tecido especialmente quando não for possível manter o distanciamento físico
- Usar e descartar corretamente todos os materiais de prevenção da infecção por COVID-19 fornecidos. Seguir as diretrizes do governo nacional ou da OMS em relação à sua eliminação
- Manter todas as outras medidas descritas, mesmo quando utilizar equipamento de proteção
- Manter-se a par das mais recentes orientações e regulamentos da OMS e do governo nacional

OBSERVAÇÃO: Com a evolução da pandemia, a OMS está atualizando as medidas de prevenção de infecção com base em novos achados científicos. Para as atualizações, consulte <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>.

Documentos essenciais da AMP: *Principais orientações para a distribuição de mosquiteiros tratados com inseticida (MTI) durante a pandemia da COVID-19*

Considerações gerais para a distribuição segura de MTI durante a pandemia da COVID-19
<https://allianceformalariaprevention.com/about/amp-guidelines-and-statements/>

Decidir a atribuição de MTI por agregado familiar

A atribuição de MTI é uma das decisões mais importantes que os programas nacionais da malária têm de tomar no início do processo de planeamento da campanha. A atribuição de MTI dependerá da estratégia adotada e do nível de confiança nos dados utilizados para o macro/micro planeamento, bem como do pré-posicionamento dos MTI para distribuição. Quando não ocorrer nenhum registo do agregado familiar antes da distribuição dos MTI, será essencial considerar os dados e as experiências da campanha anterior para perceber se os MTI eram ou não razões suficientes e potenciais. Os dados

¹ WHO.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public

² Seguir as orientações nacionais e da OMS sobre a eliminação de resíduos. Os resíduos devem ser descartados corretamente, de modo a não haver o risco de contaminar outros. Consultar também:

<https://www.who.int/publications/i/item/water-sanitation-hygiene-and-waste-management-for-the-covid-19-virus-interim-guidance>.

recolhidos no período de três anos desde a última campanha, como as campanhas de imunização (PAI) ou outras, também têm de ser tidos em consideração, para decidir como é que os MTI devem ser atribuídos aos agregados familiares. É importante decidir se se deve estabelecer um número máximo de MTI por agregado familiar e, se isto estiver a ser considerado, quando é que se tomará a decisão final para informar sobre o planeamento da MSC. A atribuição de MTI deve ser equacionada não só para os agregados familiares visados, mas também para as populações especiais, como os nómadas, pessoas deslocadas internamente, orfanatos, quartéis, etc.

Nos casos em que a macro e micro quantificação indicam lacunas que não podem ser colmatadas com os MTI disponíveis (ver abaixo os possíveis ajustes para a atribuição e limitação de MTI), os países devem considerar como determinar quais as áreas que serão excluídas (estas devem ser geograficamente discretas, como um distrito ou um grupo de comunidades, por exemplo, em zonas urbanas e periurbanas com menor transmissão de malária) com antecedência para facilitar as mensagens da MSC e garantir que os agregados familiares podem ser facilmente identificados e receber os MTI posteriormente.

Nos casos em que o registo dos agregados familiares não ocorrer antes da distribuição dos MTI, durante a distribuição é possível que haja ruturas no stock de MTI. Podem ocorrer ruturas quer se tenha definido ou não um limite para o número de MTI que qualquer família deve receber. É igualmente possível, quando o registo de agregados familiares não tiver sido feito antes da distribuição dos MTI, que um excedente, às vezes significativo, de MTI possa ser preposicionado e, de seguida, tenha de ser transportado para outro local para colmatar as lacunas.

Os planos de mudança social e comportamental, públicos, canais e mensagens devem garantir que a possibilidade de rutura de stock é tida em consideração, incluindo mensagens sobre como os agregados familiares serão atendidos quando os MTI inicialmente fornecidos à área visada forem insuficientes para cobri-los. Da mesma forma, o envolvimento e a sensibilização antecipados com o governo local e as autoridades de saúde serão importantes para garantir que há um entendimento claro de que os MTI são propriedade e responsabilidade do Ministério da Saúde e que as decisões em torno da sua gestão serão tomadas centralmente para garantir a responsabilização perante os parceiros de financiamento, bem como a obtenção de indicadores-chave da campanha para acesso aos MTI e, por sua vez, utilização em todas as áreas visadas. Durante o macroplaneamento, o subcomité de logística deverá elaborar um plano e orçamento de contingência para a gestão da circulação inversa ou lateral de MTI.

Durante o registo do agregado familiar e/ou a distribuição de MTI, se estas forem insuficientes para chegar a todos os agregados familiares, deverá implementar-se um sistema para registar as áreas que não foram servidas num esforço para quantificar as necessidades para concluir a distribuição quando ficarem disponíveis MTI adicionais. Se os dados da distribuição de rotina mostrarem uma baixa aceitação devido ao baixo atendimento nas unidades de saúde devido à COVID-19 (por exemplo, em comparação com os dados do ano anterior para o mesmo período de tempo), considerar mudar alguns MTI de rotina para usar na distribuição em campanhas para concluir o registo e distribuição aos agregados familiares visados³.

Quando a distribuição de MTI de rotina estiver funcional e a distribuição de campanhas em massa não for possível, considerar ajudar os grupos-alvo da distribuição de rotina para entregar mais MTI aos agregados familiares através desse canal, mesmo que isso signifique redirecionar os MTI da campanha para aumentar a disponibilidade para instalações de distribuição de rotina.

³ Apenas com o acordo ou pré-acordo da organização dadora.

Abaixo estão descritas formas diferentes de atribuir MTI. Os programas nacionais da malária podem ter mais sugestões de formas de atribuir MTI ou de diferentes canais utilizados para a sua distribuição (por exemplo, escolas, comunidades, etc.)⁴ que podem ser adaptadas para garantir a disponibilidade de MTI suficientes nos agregados familiares para cobrir todos os membros da família.

Quando o registo do agregado familiar não for uma fase separada da atividade, planejar o stock de contingência para o pré-posicionamento

Quando não se fizer o registo do agregado familiar, deve adicionar-se um stock de contingência de até 10 % aos números do microplaneamento e esta quantidade adicional deve ser preposicionada⁵ para garantir que há MTI suficientes para todos os agregados familiares na área visada. A percentagem para o stock de contingência terá de ser determinada a nível nacional com base nos resultados compilados do microplaneamento. Em muitos países, a quantificação dos MTI para aquisição inclui um stock de contingência de 10 % e, nesse caso, as decisões sobre se o stock de contingência deve ser entregue e em que quantidades podem ser tomadas com base nos resultados validados do microplaneamento.

Quando for necessária uma percentagem mais alta de stock de contingência com base na qualidade incerta das atualizações da população de microplaneamento (por exemplo, zonas urbanas e periurbanas) ou por outros motivos, isto deve ser justificado e aprovado pelos parceiros de financiamento. Independentemente do método de atribuição de MTI selecionado, a quantificação dos MTI deve incluir o stock de contingência nos cálculos. Devido aos prazos médios de entrega, é pouco provável que seja possível receber novos stocks de MTI a tempo das datas planeadas de distribuição, se forem necessários MTI adicionais. Pode ser possível mobilizar MTI adicionais para preencher lacunas geograficamente definidas numa data posterior e, quando os programas nacionais da malária identificarem grandes lacunas, estas devem ser comunicadas aos parceiros de financiamento e ao Comité de Parceiros de Apoio Regional do País da RBM Partnership to End Malaria para apoio na mobilização de recursos adicionais. Neste caso, o programa nacional da malária terá de implementar uma campanha multifásica, geralmente passando dos distritos periféricos para a capital urbana (se visada), o que terá implicações financeiras e de recursos humanos adicionais.

Quando o número total de MTI adquiridos (incluindo o stock de contingência de 10 %) for insuficiente para satisfazer as necessidades da campanha, o planeamento terá de ser feito com foco na redistribuição dos MTI disponíveis. Neste caso, o stock de contingência para pré-posicionamento pode advir do redirecionamento dos MTI planeados para áreas com uma carga de malária menor (por exemplo, algumas partes de zonas urbanas). Ou, para chegar mais perto de alcançar as metas de cobertura universal, poderia estabelecer-se um limite mais baixo nas áreas com menor carga de malária, para garantir que estão disponíveis mais MTI nas áreas com maior carga de malária. O planeamento dos limites variáveis com base na carga de malária permitirá que os agregados familiares com uma carga elevada e as áreas mais remotas sejam abrangidas na medida do possível.

O stock de contingência não deve ser retirado do stock de rotina, a menos que a situação da COVID-19 tenha reduzido significativamente as consultas de rotina em unidades de saúde com grávidas e crianças com menos de 1/5 anos de idade, como demonstrado nos dados do sistema nacional de saúde das unidades de saúde. Como mencionado acima, garantir que os parceiros de financiamento concordam antes de redirecionar os MTI de um canal para outro.

⁴ Consultar: *Manual de distribuição contínua*. www.continuousdistribution.org

⁵ Consultar o resumo da logística para obter considerações relacionadas com as quantidades a serem preposicionadas em cada nível da cadeia de abastecimento.

Atribuir MTI a agregados familiares com base no número de pessoas que o compõem

Usar o número de pessoas, e não os espaços para dormir, para determinar o número de MTI necessários em cada agregado familiar. Podem utilizar-se formulários de registo simples durante o registo e/ou distribuição porta a porta e a atribuição pode seguir o método normal (um MTI para cada duas pessoas, geralmente arredondado em caso de número ímpar de pessoas). Quando não se fizer um registo em primeiro lugar, e se houver preocupações sobre a disponibilidade de MTI, pode utilizar-se um método adaptado (por exemplo, atribuição de um MTI para três pessoas). Embora alguns países tenham escolhido anteriormente atribuir os MTI com base nos espaços para dormir, não haverá meios para verificar a existência de espaços para dormir numa casa, uma vez que a recomendação é não entrar nas habitações durante o período de transmissão da COVID-19. A atribuição por espaços para dormir, que são definidos subjetivamente em muitos casos, pode levar a um aumento significativo das necessidades de MTI, o que criará dificuldades se os stocks forem insuficientes para chegar a todos os agregados familiares na área visada.

Utilizar número fixo de MTI por agregado familiar

Para qualquer uma das estratégias de distribuição de MTI (porta a porta de fase única, promovida pela comunidade, autorregisto e em locais fixos modificados ou locais fixos adaptados)⁶, de modo a minimizar a necessidade de contacto entre as equipas de registo e os agregados familiares, bem como tempo despendido em cada agregado familiar, considerar remover o registo e atribuir um número fixo de MTI por agregado familiar durante a distribuição porta a porta. Isto também facilitará qualquer quantificação necessária para o reabastecimento das equipas nas áreas onde isso for necessário. Ver acima as recomendações sobre a determinação do número de MTI a atribuir por agregado familiar.

- Definir um número fixo de MTI por agregado familiar pode ser particularmente importante se se estiver a utilizar um sistema em que um agente comunitário de saúde ou representante seja responsável por recolher os MTI para vários agregados familiares. Uma atribuição desigual de MTI para agregados familiares de diferentes dimensões pode colocar o agente comunitário de saúde ou representante em risco de sofrer uma agressão se as pessoas não compreenderem porque é que há um número variável de MTI por agregado familiar.
- Também pode ser importante definir um número fixo de MTI por agregado familiar em áreas com insegurança para garantir que as equipas podem entrar e sair o mais rápido possível, num esforço para reduzir os riscos. Consultar também: *Orientação operacional para distribuição de MTI em ambientes operacionais complexos.* <https://allianceformalariaprevention.com/amp-tools/tools-resources/>
- [Definir um número fixo de MTI por agregado familiar pode ser importante em todos ou em alguns países onde as equipas possam estar em risco se atribuírem números diferentes de MTI aos agregados familiares durante a distribuição porta a porta. Os programas nacionais da malária poderão identificar estas áreas com base no seu conhecimento e determinar quantos MTI entregar aos agregados familiares dessas áreas](#)
- [A definição de um número fixo de MTI por agregado familiar também pode ser equacionada quando os países tiverem identificado problemas com a capacidade que os funcionários da campanha ao nível da comunidade têm para entender claramente a atribuição baseada nas pessoas/espaços para dormir \(por exemplo, com base nos relatórios da campanha anterior\) e se as oportunidades de formação forem limitadas para garantir uma atribuição correta e consistente de MTI.](#)

Quando a quantificação para uma atribuição fixa de MTI por agregado familiar levar a lacunas com base nos MTI disponíveis, os países devem considerar atribuir números diferentes de MTI aos agregados familiares em diferentes áreas. Por exemplo, nas áreas com uma elevada carga de malária, podem ser entregues quatro MTI por agregado familiar, enquanto que nas áreas com uma baixa carga

⁶ Consultar: *Principais orientações para a distribuição de mosquiteiros tratados com inseticida (MTI) durante a pandemia da COVID-19.* <https://allianceformalariaprevention.com/about/amp-guidelines-and-statements/>

de malária, podem ser entregues dois ou três MTI. Quando forem identificadas lacunas relativas aos MTI ou se forem aplicadas diferentes estratégias de atribuição em diferentes áreas visadas para a distribuição, é importante determinar quais as áreas que vão receber o quê antecipadamente para facilitar as mensagens da MSC.

Quando se optar por entregar um número fixo de MTI por agregado familiar como estratégia de atribuição no contexto da COVID-19, é pouco provável que isso reflita o que foi acordado em termos de indicadores da campanha, portanto, recomenda-se que os programas nacionais da malária justifiquem essa abordagem e garantam que há discussões com os parceiros de financiamento para evitar problemas posteriores aquando da apresentação dos relatórios.

Atribuir MTI a agregados familiares com base no número de espaços para dormir

Quando os países optarem por atribuir MTI por espaços para dormir, também devem saber o número de pessoas por agregado familiar para possibilitar a realização de uma comparação de alto nível e avaliar quando é que o número de espaços para dormir indicado pode estar exagerado. Isto não oferecerá uma imagem precisa, mas pode dar uma ideia de quando é que a proporção de espaços para dormir para pessoas exige verificação ou investigação adicional. Os países também devem reconhecer que a atribuição por espaços de dormir pode entregar mais MTI aos agregados familiares urbanos e menos pobres que, normalmente, têm mais quartos e, por isso, mais espaços para dormir (e, possivelmente, menos pessoas) e podem penalizar os agregados familiares rurais e mais pobres que têm menos quartos e espaços para dormir (e, possivelmente, mais pessoas). Quando os espaços para dormir servirem de fundamento para a atribuição de MTI, garantir que a formação e as ferramentas de trabalho das equipas de distribuição porta a porta incluem definições claras do que constitui ou não um espaço para dormir, além da definição de um agregado familiar.

Decidir limitar o número de MTI por agregado familiar

Idealmente, não deve ser definido nenhum limite (número máximo de MTI por agregado familiar) relativo ao número máximo de MTI que um agregado familiar pode receber. No entanto, quando não se realizar nenhum registo do agregado familiar antes da distribuição de MTI para informar o número de MTI necessários, os programas nacionais da malária poderão considerar a possibilidade de fixar um limite para garantir a disponibilidade de MTI suficientes para a cobertura máxima dos agregados familiares na área visada.

Durante a validação dos microplanos, será importante considerar os dados do registo e distribuição da campanha anterior, bem como as informações disponibilizadas sobre as áreas não acedidas, para garantir que as estimativas populacionais são realistas (e não sobre ou subestimadas significativamente). Somente após a validação dos microplanos, será preciso considerar se se deve definir um limite ou não e, em caso afirmativo, de quantos MTI por agregado familiar. Nos países que usam as ICT4D para a recolha de dados ou que dispõem de uma base de dados abrangente de campanhas anteriores, estes dados podem servir de base para a quantificação da população na ausência de dados de registo do agregado familiar.

Também se deverá decidir se o mesmo limite será aplicado a todos ou se se irá definir um limite mais alto nas áreas com maior carga de malária para garantir o acesso máximo da população, enquanto se definirá um limite mais baixo nas áreas com menor carga de malária. As decisões sobre a limitação devem ser tomadas com antecedência para permitir que o subcomité da MSC desenvolva mensagens, e garantir que são consistentes e padronizadas, sobre a atribuição de MTI, principalmente se variar em toda a área visada.

Caso se decida que é necessário um limite, definir o número máximo de MTI por agregado familiar com base no tamanho médio da família (de acordo com o censo nacional, Inquérito sobre Indicadores

de Malária [MIS], Inquérito Demográfico de Saúde [DHS] ou Inquérito de Indicadores Múltiplos [MICS] ou outros dados disponíveis). Recorrer a campanhas anteriores e dados novos (como os dos registos dos ACS, números atualizados do pessoal das unidades de saúde sobre as populações das suas áreas de competência, informações de programas comunitários em curso, informações recolhidas como parte da resposta à COVID-19 ao nível da comunidade, etc.), bem como dados nacionais relacionados com a dimensão média dos agregados familiares em diferentes partes do país, de modo a determinar o número de MTI por agregado familiar que deve ser fornecido para garantir acesso suficiente aos MTI disponíveis.

Usar fontes de dados da comunidade para criar listas de agregados familiares e quantificar os MTI necessários

A utilização de dados existentes disponibilizados por agentes comunitários de saúde, representantes do grupo das mulheres, clubes de mães, chefes das aldeias ou outras fontes será importante para estabelecer os números referentes à população na área visada durante a fase de microplaneamento.

Quando houver estruturas comunitárias no terreno que podem reunir listas dos agregados familiares na sua comunidade por nome do chefe de família e tamanho da mesma, isto pode ocorrer durante ou após a fase de microplaneamento para determinar o número de MTI necessário nos casos em que os agregados familiares recebem um número fixo ou em que a atribuição é feita por pessoas do agregado familiar. Isto permitirá a tomada de decisões com base nos dados da comunidade para alcançar os melhores resultados possíveis.

Nos casos em que já existem listas dos agregados familiares através de outras atividades comunitárias (por exemplo, gestão comunitária integrada de casos (GCIC), programas de saúde materno-infantil ou doenças tropicais negligenciadas), mas não contêm as informações necessárias para a campanha de MTI (por exemplo, recolheram apenas o número de grupos-alvo da população no agregado familiar e não necessariamente o número total de pessoas no agregado familiar), estas podem ser utilizadas para estimar os MTI necessários usando a atribuição por pessoas e a atribuição fixa de MTI para determinar as necessidades da comunidade.

Quando as listas da comunidade forem utilizadas como base para determinar a atribuição dos MTI, garantir que está implementada uma comunicação clara para explicar que a atribuição de MTI foi calculada antes de se iniciar a distribuição (independentemente do método utilizado) e a base sobre a qual o número de MTI para cada agregado familiar foi determinado. Quando se adotar a utilização de informações/dados comunitários, identificar uma pessoa de contacto na comunidade e a nível distrital e subdistrital para responder a eventuais perguntas ou dúvidas.

Contabilizar as população especiais

Os programas nacionais da malária devem garantir que todos os grupos populacionais nas áreas visadas recebem MTI, incluindo nómadas, pessoas deslocadas internamente, orfanatos, quartéis, lares para pessoas com deficiência mental ou física, etc. As informações sobre estas populações devem ser recolhidas antes do microplaneamento e a atribuição de MTI deve basear-se nas decisões tomadas pelo programa nacional da malária e nos principais parceiros com base nos MTI necessários e MTI disponíveis. Por exemplo, para os orfanatos e quartéis, o mais apropriado é um MTI por espaço para dormir, tendo em consideração os padrões de sono, enquanto que nos campos de pessoas deslocadas internamente, pode ser mais adequado distribuir um número fixo de MTI diretamente aos agregados familiares ou com outros bens alimentares ou não alimentares. Nos casos em que os parceiros estiverem a gerir campos de pessoas deslocadas internamente ou de refugiados, devem ser envolvidos na distribuição de MTI em termos de atribuição, apresentação de relatórios e responsabilização. Consultar também: *Orientação operacional para distribuição de MTI em ambientes operacionais complexos*. <https://allianceformalariaprevention.com/amp-tools/tools-resources/>

Tanto quanto possível, as populações especiais devem ser abrangidas ao mesmo tempo que os agregados familiares onde a distribuição em massa de MTI está a decorrer. Se as necessidades de MTI ultrapassarem os MTI disponíveis, será necessário privilegiar os grupos que devem ser servidos primeiro. Isto deverá incluir as PDI, refugiados e nómadas que estarão mais vulneráveis à infeção por malária como primeira prioridade, deixando os colégios internos, quartéis e outras populações institucionais, que são facilmente identificadas e direcionadas para distribuição posterior e têm menor vulnerabilidade, como prioridade secundária.

Atribuir MTI através da distribuição de rotina

Garantir que a entrega de MTI de rotina está completamente operacional, incluindo o pré-posicionamento de stocks adicionais em caso de interrupções nos transportes do país. Se não houver outra opção para entregar os MTI aos agregados familiares (distribuição porta a porta, distribuição promovida pela comunidade, distribuição em locais fixos modificados ou adaptados), é essencial garantir que a distribuição de MTI pela unidade de saúde (e pela comunidade, quando for um canal estabelecido) às populações mais vulneráveis à malária – crianças com menos de 5 anos e mulheres grávidas – pode continuar. Quando a distribuição em campanha não for possível e as pessoas continuarem a aceder aos serviços da comunidade e/ou unidades de saúde, considerar adaptar e expandir os critérios para a distribuição de rotina (por exemplo, um MTI para cada pessoa que se dirigir a uma unidade de saúde com sintomas suspeitos de COVID-19 ou um MTI para cada caso de malária grave) para garantir que o maior número possível de pessoas, principalmente aquelas com maior vulnerabilidade em caso de infeção por COVID-19 e/ou malária, tenham acesso aos MTI.

A distribuição contínua e de rotina de MTI deve prosseguir durante e após a distribuição em massa de MTI (se viável e se já implementada de acordo com a política nacional). Sempre que não seja possível realizar campanhas de distribuição em massa, a distribuição contínua deve ser acelerada e reforçada para proteger as populações mais vulneráveis contra a infeção e a morte pela malária. A distribuição através de canais contínuos e de rotina deve ser modificada, conforme necessário, com o intuito de garantir que as estratégias adotadas minimizem os riscos e previnam a exposição desnecessária ao aumento da transmissão da COVID-19 para os clientes e os profissionais de saúde.

Os programas nacionais da malária devem fornecer instruções ao pessoal das unidades de saúde ou aos agentes comunitários de saúde sobre a forma como os MTI devem ser registados nos relatórios mensais dos MTI distribuídos a pessoas que não façam parte do grupo-alvo de rotina de MTI (na maior parte das vezes, grávidas e crianças com menos de 1 ano, embora isso possa ser expandido às crianças com menos de 5 anos e a outros, tais como as pessoas com diagnóstico de malária grave em lugares onde não estejam a decorrer campanhas de distribuição em massa).

Decidir o que fazer com os MTI que sobram

Na fase de macroplaneamento, devem tomar-se decisões sobre o que fazer com os MTI que sobram no final da distribuição para garantir que as informações sobre o controlo e a gestão do stock de MTI podem ser comunicadas desde as primeiras reuniões de sensibilização. Isto é especialmente verdade quando os planos são levar novamente os MTI para a cadeia de abastecimento para uma potencial redistribuição noutras áreas em que uma campanha está a ser realizada por fases.

Como alternativa, os MTI que sobram podem ser deixados ou levados para a unidade de saúde mais próxima para permitir que os agregados familiares com indivíduos que revelem sintomas de COVID-19 e/ou que tenham testado positivo para a COVID-19 recebam um MTI separado que deverão utilizar enquanto estiverem doentes e em recuperação, bem como para cobrir novos espaços para dormir ou substituir MTI gastos.

Atualizar os planos de avaliação e mitigação de riscos com base nas decisões de atribuição de MTI

Com base nas decisões finais de atribuição de MTI, os planos de avaliação e mitigação de riscos devem ser atualizados para descrever como é que a escassez ou rutura de stocks, ou o excesso de stock após a distribuição, serão geridas, além de todos os outros riscos associados ao planeamento e implementação da campanha.