USAID | ANGOLA
FROM THE AMERICAN PEOPLE

FIRST ANNUAL REPORT

ANGOLA ESSENTIAL HEALTH SERVICES PROGRAM/ SERVIÇOS ESSENCIAIS DE SAÚDE

October 2007

This publication was produced for review by the United States Agency for International Development. It was prepared by Chemonics International Inc.

FIRST ANNUAL REPORT

ANGOLA ESSENTIAL HEALTH SERVICES PROGRAM/ SERVIÇOS ESSENCIAIS DE SAÚDE

Contract No.GHS-I-08-03-00025-00

The author's views expressed in this publication do not necessarily reflect the views of the United States Agency for International Development or the United States Government.

CONTENTS

Acronyms iv

Executive Summary 1

The Angola Essential Health Services Project 3

Data Collection Methodology.....4

Year 1 Results against Targets.....8
- Common Indicators 8
- Intermediate Result 1.....9
- Intermediate Result 2 15
- Intermediate Result 3 18

Challenges in Implementation 20

Lessons Learned and Conclusion.....21

Annexes
- Annex A: Performance Monitoring Plan
- Annex B: List of Master Trainers
- Annex C: Lot Quality Assurance Sampling Survey Report
- Annex D: SBMR Quality Assurance Measuring Tools

LIST OF ACRONYMS

BCC	behavior change communication
CBO	community-based organization
CEC	*Comité Empresarial contra SIDA* (Angolan Business Alliance against HIV/AIDS)
CSO	civil society organization
CSSP	Civil Society Strengthening Program
DPS	*Direcção Provincial de Saúde*
EHSP	Essential Health Services Program
IEC	information, education, communication
IR	intermediate result
LQAS	lot quality assurance sampling
M&E	monitoring and evaluation
MOH	Ministry of Health
NGO	nongovernmental organization
PASS	*Programa de Apoio de sistema de Saúde*
PMP	project monitoring plan
RH/FP	reproductive health/family planning
SBMR	standard-based management and recognition
SES	*Serviços Essenciais de Saúde*
TB	tuberculosis
TBA	traditional birth attendant
TCN	third-country national

EXECUTIVE SUMMARY

This report covers October 1, 2006 to September 30, 2007 of the Angola Essential Health Services Project/*Serviços Essenciais de Saúde* (EHSP/SES). The first annual report describes progress towards achieving performance targets, the challenges and constraints, and lessons learned.

During the first year of implementation, EHSP met most of its targets and laid the foundation for future activities and programming. It should be noted, however, that many, if not most, targets were deliberately and realistically set low — in the range of 1-to-2 percent increases from baselines — to reflect the state of the Angolan health service, difficulty of communication and access, etc. Although the project is pleased to report its accomplishments, they are modest and should be viewed as the foundation for more ambitious Year 2 progress. These results have contributed to progress towards achieving the project's intermediate results (IR) as follows:

- Intermediate Result 1: Improved capacity of the health system in the Luanda and Huambo Provinces to plan, budget, and deliver quality health services
- Intermediate Result 2: Increased knowledge, attitudes, and practices related to TB, malaria, and reproductive health
- Intermediate Result 3: Increased individual and civil society demand for and participation in improving quality and health services

EHSP has achieved particular results in the following areas: training in infectious diseases, training of master trainers, training of community health volunteers, and training in data management. These achievements can be summarized as follows:

- A total of 99 health professionals from Huambo and Luanda were trained, representing 330 percent of the target number of trainees. These health professionals are now working towards becoming certified master trainers.
- A total of 46 trainees were trained in sexual and reproductive health.
- A total of 22 health facility workers were trained as trainers for community health volunteers. Another 69 community health volunteers were trained as community health agents. These agents have already begun to develop important community health education and mobilization activities within their communities.

These achievements can be attributed to the project's inputs and the willingness of the *Direcção Provincial de Saúde* (DPS), especially in Huambo, to participate in project activities. The project received a considerable amount of momentum from the enthusiasm by the Ministry of Health (MOH) for quality assurance programs, in addition to the fact that training materials were in place.

EHSP was also successful in reaching its target indicators related to training health officials on operational and budget planning. These activities were carried out through a productive collaboration with the European Union *Programa de Apoio de sistema de Saúde* (EU PASS). Through this collaboration, EU PASS and EHSP supported the DPS in Luanda and Huambo in developing budgeting and planning tools. EHSP is now finalizing a memorandum of understanding with EU PASS to permit use of the tools in cascading the training to the municipal level.

In spite of the numerous accomplishments of Intermediate Result 1 as described above, EHSP has been less successful in achieving the targeted indicators related to Intermediate Result 2 and Intermediate Result 3, behavior change communication (BCC) and community mobilization, and civil society involvement in health services. Although individual targets were not met, Year 1 investments and interventions will provide the foundation for EHSP to proceed rapidly toward the targets of Year 2. For example, EHSP has developed a memorandum of understanding with the Municipal Development Program and the Civil Society Strengthening Program (CSSP) working at municipal and community level to strengthen local institutions. In particular, EHSP will work principally through the newly-strengthened nongovernmental organizations (NGOs) (CSSP) to carry out community activities.

Although critical achievements were made in Year 1, the project has faced numerous administrative challenges, which have contributed to delays in implementation of certain activities, in some cases by nearly six months. Most of these significant challenges were out of the project's control. Most notable were the difficulties in obtaining Angolan work permits, forcing staff to go in and out of the country to obtain temporary permits and in some cases resulted in long absences— especially by the chief of party. The registration process has been painfully slow, and further complicated the settling of staff. Other important constraints were the unfortunate resignation of two original key staff — the chief of party and the technical director — who were unwilling to adjust to the difficult work and living environment of Angola. Finally, budget constraints caused by the high and rapidly accelerating cost of living diverted necessary resources from key activities such as the roll-out of training to the health centers and community level.

Perhaps the principal constraint was the complexity of the project design. Although there is no doubt that the contract reflects our willingness and intention to carry out the work specified, once in the field and having appreciated the ambitious nature of the work, the project team should have discussed with USAID the ways in which EHSP could re-phase, re-program, or adjust the work plan to fit local reality.

THE ANGOLA ESSENTIAL HEALTH SERVICES PROJECT

The Essential Health Services Project is a three- to five- year intervention designed to improve the delivery of and access to health services at the community, municipal, and provincial levels in three Angola provinces: Luanda, Huambo, and Lunda Norte. EHSP seeks to reduce maternal, newborn, and child mortality rates through improved reproductive health practices and prevention and treatment of malaria, tuberculosis (TB), and HIV/AIDS.

EHSP is designed to improve the delivery of health services in Angola. EHSP is working with the Ministry of Health to: (1) reconstitute and strengthen a health system badly damaged by years of civil war, and (2) provide needed diagnosis, treatment, and care to thousands of Angolans. Focusing on 16 municipalities within Luanda, Huambo, and Lunda Norte Provinces, EHSP is working to:

- Ensure that all health centers within the project area have up-to-date information set to international standards on TB, malaria, reproductive health, family planning, and HIV/AIDS.

- Assist in the improvement of drug procurement and logistics to assure that all essential drugs are always available to clients who need them.

- Provide training to provincial and municipal health managers and health facility staff to enable them to do their jobs better — to plan and budget well to save valuable national resources and address high-priority issues, to be efficient in the use of data and successful in tracking patients, and to adhere rigorously to national norms and standards, thereby guaranteeing a gold standard of care for their clients.

- Ensure that the most modern tools for quality assurance, data management, patient referral, forecasting, and projections are available to all health managers.

- Improve the quality of traditional health providers such as traditional birth attendants (TBA) to ensure a varied and comprehensive provision of health services to local communities.

- Develop health education programs to ensure that all community members receive information that will save lives, reduce disease and suffering, and allow them to lead healthier, more productive lives.

- Assist local communities in becoming more active in their own health care — to become stronger advocates for improved health services; to take a greater role in the oversight of public health facilities; to help families, friends, and neighbors learn about the perils of infectious disease and how to prevent it and how to lead a productive, but prudent, reproductive life.

DATA COLLECTION METHODOLOGY

EHSP's project monitoring plan (PMP) indicators were grouped according to the data collection methodology used. The four groups of indicators are as follows:

- Group 1: indicators collected routinely from day-to-day activities of the health facilities, such as number of consultations, number of family planning return visits
- Group 2: indicators collected using standard-based management and recognition (SBMR) (direct observation) to assess correct methods of diagnosis and treatment of malaria
- Group 3: indicators collected from routine project activities, such as number of people trained, number of small and medium enterprise workplace programs started
- Group 4: indicators collected through special surveys organized by the project to the same effect, such as client satisfaction with health services

Data were collected from 14 target health centers: six in Luanda and eight in Huambo.

PMP Data Collection Methodology # 1:

Table 1 shows the first group of indicators from the PMP that were routinely collected from health service centers. Each health facility kept records of clients who received services. At the end of each month, facility staff analyzed the records and compiled a report that was sent to the municipal health offices. The municipal health office then compiled the data and forwarded them to the provincial health offices. This type of health information is considered routine data collection; therefore no special study was required to carry it out. At the end of each quarter, EHSP staff went to municipal health offices to access the data. In cases where target health centers did not turn in their reports, EHSP followed-up with them at their health facility to collect the information.

Table 1: Indicators Routinely Collected from the Health Services

Indicator #	Indicator Name:
1.5	Percentage of clients who visit a health facility by referral from another health facility or community health worker/volunteer
1.6	Percentage of return FP visits, by type of facility (public, NGO, private, village health worker) in targeted areas
1.11	Percentage of health facilities receiving regular supervisory trips made by municipal health officials
1.15	Percentage of health facilities without a stock-out in Malaria, TB, or RH/FP supplies in the last three months in the targeted areas
2.6	Increase in number of clients accessing health care facility services
3.4	Number of local health facilities that have CSO/NGOs partners who advocate for additional public health resources

PMP Data Collection Methodology # 2:

The second group of indicators, in Table 2 below, describes the quality of services provided at the health facilities and measures implementation of SBMR standards. As above, specific SBMR data collection tools, based on direct observation and careful consultation of clinical records using a

proven evaluation methodology, were adapted. The tools were used in the visits to each target facility to observe health workers providing services. Master trainers conducted the observations, visiting randomly selected facilities of the 14 target centers and observing health professionals attending to clients on that day. Following the checklist, surveyors observed whether clients were well-received by providers, if the right questions were asked, whether the correct examination was conducted, whether the correct diagnosis was made and finally, if the treatment was appropriate according to the established standard for the diagnosis. A total of 74 consultations were observed.

Table 2: Indicators Requiring Measurement during Introduction of SBMR

Indicator #	Indicator Name:
1.1	Percentage of health workers at assisted health centers that use correct methods of diagnosis and treatment of malaria
1.2	Percentage of health workers at assisted health centers that use correct methods of diagnosis and treatment of tuberculosis
1.3	Percentage of health workers at assisted health centers following national norms and procedures in providing reproductive health/family planning services
1.12	Percentage of public health facility employees whose performance has been reviewed according to performance management standards
1.16	Percentage of health facilities showing improvement in data quality (in targeted areas), according to SMBR standards

PMP Data Collection Methodology #3:

The next group of indicators, shown in Table 3 below, was collected directly through routine project training activities. To collect these indicators, the EHSP monitoring and evaluation (M&E) specialist went through project training records and extracted the numbers. He verified them by looking at signed participant lists.

Table 3: Indicators Collected Directly through Project Activities

Indicator #	Indicator Name:
1.4	Number of master trainees trained
1.7	Number of TBA and other traditional health providers trained in health related matters.
1.8	Number of MOH, provincial, municipal, and health facility staff trained in data management
1.9	Number of MOH, provincial, municipal, and health facility staff trained in operational and budget planning
1.10	Number of MOH, provincial, municipal, health facility staff and cooperating partners trained on assuring a coordinated implementation strategy for procurement and logistics planning and management
1.14	Funds raised by non-public sector sources
2.3	Number of participants in national and provincial health conferences
2.4	Number of health facility staff trained in management of community volunteer programs
2.5	Number of new SME workplace programs
3.1	Number of CSO/NGO staff trained in grant proposal development
3.2	Number of community-based organizations providing oversight for health facility management
3.3	Number of grant proposals made to USAID projects or other sources by project-trained CSO/NGOs

PMP Data Collection Methodology #4:

The indicators in Table 4 below were collected by special population-based studies. To collect information on these indicators, as well as indicators on client satisfaction, knowledge, and perception, two studies were conducted: lot quality assurance sampling (LQAS), and client exit interviews. These methods are briefly described below.

Lot quality assurance sampling: To conduct this survey, each of the 14 target health facilities was considered as a supervision area or lot. There were six health center catchment areas in Luanda and eight in Huambo. A total of 19 households were interviewed in each area, for a total of 112 interviews in Luanda and 152 in Huambo. Identification and selection of the households was affected by the lack of clear boundaries and mapping. To reduce the risk effect, a random walking method was used to select the households. The random walking method meant that the interviewer followed specific random instructions (i.e. take the first road right, interview at the second house on your left, continue down the road, and turn to the nearest house or the nearest on your right in the nearest road or pathway, even if the pathway is a small one).

This method helped to spread the sample within the lot, but had potential problems related to bias (i.e. ignoring very small side-streets or pathways). A local guide showed the boundaries of the health facility's catchment areas. During each household visit women of child-bearing age were identified and interviewed. In the few cases when a woman in this age group was not present, a man was interviewed. This process was continued until 19 households were visited in that catchment area.

For the indicator on insecticide-treated bed nets, the project entered the households to confirm the presence of bed nets. The data collectors were selected from the DPS and municipal health offices, including community health workers trained by the EHSP. The data were analyzed using EPIINFO epidemiological survey software. The report of the survey is in Annex C.

Client exit interviews: A questionnaire on inter-personal communications and counseling, understanding of the consultation, transportation and waiting time in the facility, and assessment of how the consultation went, was administered to users of the facilities. In order to determine where the client exit interviews would take place, EHSP used a random sampling method to select three (out of the six) centers in Luanda, and three (out of the eight) centers in Huambo. The centers selected in Huambo were Calenga, Mineira, and Sao Antonio health centers; and in Luanda, the Rangel Health Center, Boa Vista Health Center, and 11 November Health Center. Interviewers visited each selected center and interviewed all clients exiting from antenatal care and family planning consultations, outpatient clinics, and where available, TB consultations. A total of 107 interviews were completed, for an average of 18 per facility. The interviews were conducted by health workers from other facilities, rather than those included in the study, to avoid bias. The data were analyzed using EPIINFO, and tables were prepared using Excel spreadsheets.

Table 4 below shows the indicators collected using the two special studies described above.

Table 4: Indicators Collected using Special Studies

Indicator #	Indicator Name:
C2	Percentage of households with at least one insecticide-treated net
1.13	Percentage of clients reporting satisfaction with services offered at assisted health facilities
2.1	Percentage of client population that can name at least three malaria, TB, and RH/FP services provided through the public health facilities
2.2	Percentage of client population that can name at least one prevention or treatment procedure for each of malaria, TB, and RH/FP

YEAR 1 RESULTS AGAINST TARGETS

Common Indicators

C1. Number of people trained in the treatment of infectious diseases
Target: 30 Achieved: 46

This indicator measures the number of individuals the project has directly or indirectly trained in the treatment of malaria, tuberculosis, and reproductive health. During Year 1, EHSP trained 46 health professionals from eight target health facilities, municipalities, and DPS in Huambo. This result represents an achievement of 150 percent of the target indicator for Year 1. Training for the 46 health professionals were achieved as part of EHSP integrated training for the master trainers program. That is, as part of the practicum phase of the master trainers program, trainees, most of whom were health professionals, did in-service training of health facility staff. Although this more informal in-service training was not the structured training program that was envisioned (sufficient resources for onward cascade training were not generated from the private sector or other institutional resources as had been planned), it did result in the initial orientation of health center staff, advancing the process of institutionalizing the concept of SBM/R quality, and engaging the entire DPS.

C2. Percentage of households with at least one insecticide-treated net
Target: 1 percent increase from baseline of 36.1 percent Achieved: No change in baseline

This indicator aims to measure the availability of bed nets to targeted communities. Although EHSP does not distribute bed nets, the project does implement related interventions that will indirectly contribute to the achievement of the relevant target, in particular demand-generation (BCC), improving data collection, M&E, overall budget and operational planning, and especially training of health workers. In addition, the project has trained community health trainers, who in turn have trained community health volunteers. These volunteers are implementing BCC activities within their communities. They have already reached 684 community members with messages on the prevention of malaria. These BCC messages are expected to increase knowledge about bed nets and where to obtain them, which in turn will lead to an increased percentage of households with bed nets.

C3. Number of people trained in (reproductive health/family planning (RH/FP) in targeted areas
Target: 100 Achieved: 46

As above, during the first year of implementation, 46 of the 100 targeted health professionals were trained in RH/FP services in an informal in-service training program involving master trainers in practicum and local DPS staff. The trained health professionals were from eight health centers, three municipal health offices, DPS supervisors, and local NGOs in Huambo province. The trained health professionals consisted of 41 representatives of government institutions and five representatives of local NGOs. The training focused on antenatal care, care during delivery, post-partum care, management of bleeding during pregnancy, and family planning. In addition, the project carried out training on HIV/AIDS and its relation to tuberculosis. These activities were

limited to Huambo during the first year, as the project already had established a relationship with DPS and the technical team in Huambo. Based on the positive experience in Huambo and its demonstrated effectiveness to DPS, EHSP will widen the scope of the RH/FP training to include Luanda during subsequent years of implementation.

Intermediate Result 1: Improved capacity of the health system in Luanda and Huambo provinces to plan, budget, and deliver quality health services

1.1 Percentage of health workers at assisted health centers that use correct methods of diagnosis and treatment of malaria
Target: Establish baseline Achieved: Baseline established (28.5 percent)

1.2 Percentage of health workers at assisted health centers that use correct methods of diagnosis and treatment of tuberculosis
Target: Establish baseline Achieved: N/A

1.3 Percentage of health workers at assisted health centers following national norms and procedures in providing reproductive health/family planning services
Target: Establish baseline Achieved: Baseline established (19.5 percent)

The above three indicators will be discussed together as they measure the quality of health services at the provincial level. The goal for Year 1 was to establish the baseline, which will be used to measure progress toward the indicators in subsequent years of the project. EHSP established baseline data for Indicators 1.1 and 1.3 by observing health care workers during service delivery. As described above in the data collection methodology section, surveyors used a predetermined checklist to evaluate the health workers during service delivery. In respect to Indicator 1.1, the data show that 28.5 percent of health workers use the correct methods of diagnosis and treatment of malaria. Regarding Indicator 1.3, 19.5 percent of health workers use the correct methods in diagnosing and treating RH/FP. In addition to establishing baseline data, the project trained 46 health worker trainers in treatment of malaria and reproductive health. The project should expect to see significant increases in quality of health services as related to the indicators above in the upcoming years as a result of this training.

The project did not establish baseline data for Indicator 1.2, the treatment and diagnosis of TB, as none of the health centers where EHSP activities are carried out provide TB treatment. Treatment for TB is done in specific hospitals. As EHSP's scope does not include work with these particular hospitals, the project has instead focused on treatment and diagnosis of malaria and RH/FP.

As indicated above, there was only informal "cascade" or onward training of health center professionals; therefore it was decided to defer formal evaluation of performance until Year 2, when the more formal training structure and program could be developed and applied.

1.4 Number of master trainers trained
Target: 30 Achieved: 99

This indicator measures the number of health care providers that the project extensively and continuously trained so that they can, in turn, train other health care providers. Although the target was set at 30, EHSP trained 99 master trainers during Year 1. The reason for exceeding the goal was to ensure the availability of enough trainers in the key thematic areas of clinical, management, and community mobilization training. That is, it was quickly learned that forming one cadre of polyvalent trainers was neither possible nor advisable.

During Year 1, the project adopted a strategy to train two categories of master trainers: clinical and community mobilization. The clinical trainers are trained to train in areas including malaria, TB, RH/FP, and HIV/AIDS, while the community mobilization trainers go out into the community and train community-based health agents in malaria, TB, RH/FP, and HIV/AIDS. Both groups were also trained in quality assurance based on the SBMR strategy. In Year 2, there will be a third lot of training in the field of program management.

1.5 Percentage of clients who visit a health facility by referral from another health facility or community health worker/volunteer

Target: 2 percent increase over baseline Achieved: Baseline not established

The purpose of this indicator is to measure the effectiveness of the referral system developed by the project. The target for the first year was a 2 percent increase from the baseline; however, no baseline data were obtained due to the lack of reliable information in the health facilities. That is, proper, reliable data on patient referral — either between health facilities or between health facility and community — are simply not collected. To address this issue, EHSP has conducted training on recordkeeping and data management for health facility staff and municipal health offices in Luanda. This training was informal and in-service and carried out by the quality assurance manager and the M&E director, among others. Training included topics on community mobilization to increase the number of visits to health facilities, and referring sick people to health centers. The project team is confident that with continued training in Luanda and Huambo, target health centers will keep better records of patients treated by referrals and EHSP will be able to meet its Year 1 and Year 2 targets.

1.6 Percentage of return FP visits, by type of facility (public, NGO, private, village health worker) in targeted areas

Target: 2 percent increase over baseline (61.8 percent) Achieved: No change in baseline

The target for this indicator was to achieve a 2 percent increase from the baseline. Despite EHSP efforts toward reaching this goal, the figure remains unchanged at 61.8 percent. Through in-service informal training carried out by the project's procurement and logistics manager, the project has trained providers on logistics and procurement and on the importance of family planning. In addition, community health agents have been trained (see below) to mobilize and provide health education on the importance of family planning. Similar comprehensive training is scheduled for the first quarter of the Year 2. These activities are likely to increase the use of family planning services and will contribute to our achievement of the targets for Years 1 and 2. However, the Ministry of Health's insufficient supply of contraceptive methods is a challenge to achieving this target — a problem the procurement and logistics manager has begun to address (see below).

1.7 Number of TBAs and other traditional health providers trained in health related matters

Target: 50 Achieved: 69

Throughout the year, the project trained 69 community health volunteers. Thirty-one of those were trained in Luanda, while the other 38 were trained in Huambo. The target for the first year was to train 50 volunteers, and it was exceeded by 38 percent.

As above, the project trained master trainers as community health trainers. These master trainers collaborated with the program of the Luanda Provincial Government to train community health agents in Luanda. The master trainers from the target health centers then identified and trained other community members in their catchment areas as community health volunteers. The training of the health volunteers was based on a Ministry of Health manual entitled, '*Manual de Formadores dos Mobilizadores comunitarios'* ("Trainers Manual for Community Mobilizers"). Training of community agents was completed in five days. The topics included: adult learning methodology, basic principles of IEC, principal determinants of health, women's health, child health, health vigilance, monitoring and evaluation, behavior change communication, and improvement of health services. The training was presented as lectures, group work, and discussion in plenary sessions.

The community health agents are expected to: (1) provide health education within their communities, (2) identify and encourage the referral of people who are ill to a health facility, (3) organize the communities in supporting the initiative of the health facilities, and (4) serve as a voice for the community and their health facility in advocating for more resources before the local administration. To date, the community agents have reached out to 684 community members. Of these, 267 were males and 417 were females. Additionally, the topics discussed among the community members included: prevention of malaria and diarrhea diseases, as well as breastfeeding and basic sanitation.

The TBAs referred to in this project are considered as a group within the community to be trained to provide health education in their communities. There are no indicators to measure the number of TBAs because TBAs are not trained individually.

1.8 Number of MOH, provincial, municipal, and health facility staff trained in data management

Target: 20 Achieved: 18

The project aimed to train 20 persons on data management in the first year. Ninety percent (18 people) of the original goal was achieved during Year 1. Thus far, the training has been conducted in Luanda and has not extended to Huambo. The training was attended by seven professionals from the DPS consisting of four people from the Department of Hygiene and Epidemiology, one person from the Malaria Program, one person from RH/FP unit, and one person from the Heath Education and Promotion unit. In addition, one representative came from each of three municipal hospitals in the provinces of Cajueiros, Divina Providencia, and Augusto N'gangula. The hospitals were selected because they primarily deal with reproductive health issues, including analysis of

maternal deaths. The remaining eight professionals came from the Municipal Directorates of Health. All participants were responsible for health statistics in their respective workplaces. The training was practical, and each of the participants was asked to create a health facility database by entering health information. In doing so, each was given the opportunity to gain knowledge of data collection instruments and practice on data entry and analysis. The training is expected to continue as an "on the job training" procedure during supervision visits.

The same training will be extended to Huambo. In addition, EHSP prepared a database in EPIINFO for storing and analyzing data for maternal deaths. This database is to be pilot-tested in Luanda Province. The results of the pilot test will serve to suggest if it could be used in other provinces.

1.9 Number of MOH, provincial, municipal, and health facility staff trained in operational and budget planning

Target: 20 Achieved: 0

The target for this indicator was to train 20 provincial and municipal health officials on operational and budget planning. In discussion with provincial authorities and other partners, the project found that there were other major institutions in the process of developing and training provincial and municipal staff in operational and budget planning. EU PASS is one such institution working in Luanda and Huambo Provinces. It was decided to link directly with EU PASS, to avoid duplicating efforts and to join with a recognized and successful project. An example of this functional collaboration was EHSP participation as a facilitator in aiding EU PASS to organize training for provincial officials in Luanda. EHSP is finalizing an agreement with EU PASS to use these tools to train municipal officials from the EHSP target municipalities.

1.10 Number of MOH, provincial, municipal, health facility staff and cooperating partners trained on assuring a coordinated implementation strategy for procurement and logistics planning and management

Target: 90 Achieved: 26

In this first year, 26 (29 percent) of the planned 90 people from target provinces, municipalities, and health centers were trained in procurement and logistics. The participants consisted of three provincial health staff, six municipal staff, and 17 health center staff from Luanda and Huambo Provinces.

An assessment of the health facilities indicated the staff was having difficulties with the supply of the common tools used to register daily drug consumption, reports, and requests for drugs and stock. In addition, the assessment sought to understand the way in which health facility pharmacy assistants and municipal drug store technicians develop their work and what problems exist. With this insight, the project developed a training program to address all the above concerns.

The strategy to solve the problems described is two-fold. In phase one, it calls for one-to-one training with health professionals at the local health facilities. One-to-one training allows the trainer to understand the difficulties being faced by local health professionals and then provide individualized training to correct the problems. In the second phase, the problems identified will

guide the project in developing a comprehensive training program to be carried out in Year 2. Once the training program is developed, a more formal workshop will be organized to train all local health professionals on the new system.

1.11 Percentage of health facilities receiving regular supervisory trips made by municipal health officials

Target: Establish baseline Achieved: Baseline established (58.4 percent)

A baseline assessment indicated that 58.4 percent of the target health facilities received a supervisory visit from municipal health supervisors in the preceding three months. Because fully realized improved health center programs will only begin in Year 2, no evaluation was carried out with respect to the baseline. However, anticipating Year 2 accelerated activities, the project incorporated supervision in the master training course. As above, in Year 2, there will be a third master training course focusing on management, and supervision will be emphasized. EHSP also provided in-service visits to the health facilities and, in most instances, an official of the municipal health office accompanied EHSP staff who visited health facilities.

1.12 Percentage of public health facility employees whose performance has been reviewed according to performance management standards

To date, the project has not reported on this indicator.

1.13 Percentage of clients reporting satisfaction with services offered at assisted health facilities

Target: 1 percent increase in baseline (40.8 percent) Achieved: No change in baseline

This indicator, used to measure the percentage of clients reporting satisfaction with services, was derived from a survey conducted among clients at the health facilities. A questionnaire was distributed containing questions on: (1) interpersonal communications and counseling, (2) understanding the consultation transportation, and (3) understanding the waiting time in the health facility. An assessment of how the consultation was administered to users of the selected health facilities also was conducted. A random sampling method was used to select three of the six health centers in Luanda and three of the eight centers in Huambo for the interviews. The interviewers visited each selected health center and interviewed clients exiting from antenatal care, family planning, out-patient clinics and, where available, TB consultations. A total of 107 interviews were completed in six health centers, for an average of 18 interviews per center. The interviews were conducted by health workers selected from other health facilities rather than those included in the study, to avoid bias. The data collected were analyzed using EPIINFO and tables were prepared using Excel spreadsheets.

The survey found that 40.8 percent of those interviewed were satisfied with the services received. There was no difference between baseline and evaluation figures. Therefore, the expected project target of a 1 percent increase above the baseline was not achieved. Improvement in the quality of services provided at the health facilities will be an important way to increase patient satisfaction with services in Year 2. Patient perception of satisfaction with health services could be based on a variety of issues: the length of time spent in receiving services at the center, how the patient was received at the health facility, how the diagnosis and treatment were explained to the patient, and

eventually, whether all of the required treatment was received. These areas are being addressed in the training to improve the quality of treatment at the health facilities. Master trainers have been selected and trained in each of the 14 target health facilities.

As above, master trainers have begun informal in-service training of health center staff in these areas and will continue to do so in Year 2 as part of the intensive management phase of training. After this training and during visits to health centers, these master trainers will organize and train other staff of the centers, then assist them in developing an improvement plan. This procedure has already begun during the informal, in-service phase of training/technical assistance described in detail above.

1.14 Funds raised by non-public sector sources

Target: 1 percent increase in baseline (0) Achieved: No change in baseline

The major activity pertaining to this indicator was preparation of a private sector investment plan. Citizens International, a project partner, interviewed 56 companies and/or potential partners in Luanda (47) and Huambo (9). Following the interviews, some of the companies were identified as "low-hanging fruits" that are willing to support the project with some funds. Five low-hanging fruit companies were identified: *Banco Fomento de Angola*, British Petroleum, Toyota, *Golfrate/ ArosFran*, and SILQUIMICA. A concept paper was developed and translated into Portuguese. A copy of the concept paper was then submitted to *Banco Fomento de Angola* for possible funding. Contact is continuing with other companies that have shown interests. However, at the end of the year, no funds have been raised. Success in this area requires dedicated personnel resource — one person who spends most of his/her time in extensive follow-up required to shepherd initial corporate interest and to finalize financial agreements. Because of the intention to focus on the most visible and central activities — e.g. training and quality assurance — and because of the administrative constraints referred to below, EHSP was unable to move quickly forward in this area. However, now with the investment plan in place, the concept paper written and better relationships established, the project is poised for greater success in this indicator in the coming year.

1.15 Percentage of health facilities without a stock out in Malaria, TB, or RH/FP supplies in the last three months in the targeted areas

Target: 1 percent increase in baseline (13.9 percent) Achieved: No change in baseline

Baseline data collected by EHSP indicated that nearly 14 percent of the 14 health facilities within EHSP experienced stock-outs in critical drugs and supplies for malaria, TB, and reproductive health family planning (including TB treatment, malaria treatment, STD treatment, and HIV/AIDS prevention and pregnancy control) — i.e. stock-out for any drugs or supplies for the above technical areas. Evaluation data indicated that the percentage of these facilities that experienced stock-outs had not changed, thus suggesting that EHSP was unable to effect an improvement in the supply system. However, it must be noted that the target for change against the baseline was only 1 percent, indicating our initial, and now confirmed, conviction that change in this particular technical area would be difficult to achieve. It can therefore be concluded that although the project did not achieve the 1 percent reduction in stock-outs, it is noteworthy that there was no increase, and that our efforts at least maintained the current situation.

There are, in certain limited cases, explanations why more impact was not achieved. For example, there was an insufficient national supply of contraceptives at the time of the survey. At the same time, there are reasons to think that certain EHSP or EHSP-related investments are likely to pay dividends in Year 2. For example, the supply of Coartem (a drug for malaria) is regular, thanks to increased donor support and logistics provided through the RPM+ project funded by USAID. EHSP has entered into a formal agreement with RPM+ to see how this positive experience can be applied to other health sectors, such as TB and HIV/AIDS. Another positive element of Year 1 EHSP activity was our provision of training to selected pharmacy assistants on control of stock. Although this training was not generalized to all 14 health centers, it is expected to be in the coming year, with a more organized and formalized system.

1.16 Percentage of health facilities showing improvement in data quality (in targeted areas), according to SBMR standards

Target: 1 percent increase in baseline (0) Achieved: No change in baseline

This indicator measures the efficiency of the training, the development and application of new tools, and the technical assistance and supervision required to assure adoption and incorporation of new techniques on data management and its use for planning and budgeting. EHSP did not carry out the baseline-evaluation process because it was thought that existing tools, such as survey tools, were not available. However the tool to measure this indicator is now being finalized. As no relevant tool was part of the original SBMR standards, it was determined that it would be necessary to develop one. As soon as the tool is finalized and accepted by MOH partners, it will be used to determine the standard in the first quarter of the second year so as to measure progress in the second year. It should be pointed out that activities carried out in the first year will contribute to reaching targets for Year 2. In the latter part of the year, the project began training staff from DPS and municipal health offices from Luanda on data management (18) and expect to expand this training to Huambo and Lunda Norte.

Intermediate Result 2: Increased knowledge, attitudes, practices related to TB, malaria, and reproductive health

2.1 Percentage of client population that can name at least three malaria, TB, and RH/FP services provided through the public health facilities

Target: 5 percent increase over baseline (12.7 percent) Achieved: No change in baseline

Using the LQAS survey as a baseline (see Methodology, above) women of child-bearing age were asked to name services provided at project health centers. Their responses were analyzed using CDC EPIINFO software program. The survey results indicated that 12.7 percent of the client population was able to name at least three malaria, TB, and RH/FP services provided though the public health facilities. However there were no significant achievements made due to the intervention of the project in the past year (against a target of increasing knowledge by 5 percent) and the evaluation results showed no significant change. The lack of progress has to do primarily with many of the operational constraints listed below, particularly the long-vacant post of community mobilization manager. However, the project in association with the DPS in Luanda trained 22 health workers on community health mobilization; part of the training focused on BCC

and these particular target areas. In Luanda and Huambo, EHSP, again in association with DPS, helped train another 69 workers in community health education. Those health facilities that did receive ad hoc training (i.e. as part of practicum field training by master trainers) have begun to provide daily health education to patients. In terms of Year 2, it is important to note that the training of master trainers has focused on health center-based counseling in the key areas of focus of the project. With all these inputs now in place and the expected training of more community volunteers in the coming year, knowledge of the communities on the services available at the health facilities will be greatly improved.

2.2 Percentage of client population that can name at least one prevention or treatment procedure for each of malaria, TB, and RH/FP

Target: 10 percent increase from baseline (malaria 77.9 percent; TB 52.9 percent; RH/FP 47.1 percent) Achieved: No change in baseline

In the LQAS survey conducted in June, 80 percent of the population could name at least one prevention or treatment procedure for malaria and another 53 percent for TB, but only 47 percent could name any preventive services for RH/FP. The target indicator to increase this knowledge by 10 percent was not reached within the first year largely because of the vacancy in the post of community mobilization manager.

Nevertheless, advances were made toward these targets in Year 2. Although there was no formal and organized process of using master trainers to train health center staff (the project contract and budget do not have provisions for this onward training), the project decided to advance training in another way, using its own Huambo-based staff and DPS staff to train 22 health professionals from eight target health centers in Huambo in community mobilization and as trainers for community health volunteers. EHSP implemented five days of training that involved lectures, group work, and practical and plenary discussions. Topics covered included adult learning methodology, basic principles of IEC, principal determinants of health, women's health, child health, health vigilance, monitoring and evaluation, behavior change communication, and improvement of health services. After the training, participants were instructed to select and train community members as community health agents. The community agents will provide health education within their community, identify and encourage referral of sick people to the health facility, organize the communities in supporting the initiative of the health facilities, and serve as a voice for the community and its health facility in advocating for more resources from the local administration. The first group of agents was trained in Calenga health facility catchment area. The group consisted of 38 community members. This five-day workshop consisted of lectures, practical discussion on issues, and a practical that included visiting the community and performing diagnoses. Lecture topics included prevention of malaria, diarrheal diseases, breastfeeding, and basic sanitation. Thus far, the community agents have reached 684 community members, including 267 men and 417 women.

In the second year, the project plans to train more community health agents. The EHSP team is therefore confident that the investment already made in the community and the plans to train more community health volunteers will lead to more messages on important health topics being passed to the communities. This will lead to increase in knowledge and subsequently the expected results will be reached in Year 2.

2.3 Number of participants in national and provincial health conferences

To date, the project has not reported on this indicator.

2.4 Number of health facility staff trained in management of community volunteer programs

Target: 2 Achieved: 22

As indicated above, in the first year, EHSP with DPS Huambo identified and trained 22 health facility staff members on community mobilization and management of community health volunteers. The baseline for this indicator was zero, as no training had started. The target was to increase the training by 2 percent — or to train two people. This target was reached. The success in reaching this modest target and the probable success in Year 2 was based on the strategy designed by the project and incorporated in the contract to focus on health center staff as the engines of community health education. For this reason, EHSP identified health workers from the target eight health facilities in Huambo and trained them to be responsible for community mobilization for health in the health center catchment areas. These health workers have begun to engage their communities in identifying other community volunteers to be trained and supervised. The first workshop has been conducted by one of the health center catchment areas (out of eight in Huambo). The other six health centers in Luanda have completed their plans for training community health volunteers in Year 2. It is expected that each health center catchment area will train at least 10 community health volunteers.

2.5 Number of new SME workplace programs

Target: 2 Achieved: 0

The major achievement of the project with regard to SME workplace programs was completion of the private sector investment plan, prepared by Citizens International. This plan, which covered more than 50 private enterprises in Angola, many of which are small- and medium-sized, categorized them by level of interest and type of interest. As would be expected, many, if not most, of the companies interviewed had a particular interest in serving their own employees. Angola has a history of private sector involvement in health, led by Odebrecht and Coca-Cola, among others, and Citizens International was confident that with follow-up, many of the companies identified would be willing, with EHSP assistance, to initiate or strengthen workplace programs. Also, as part of its other contractual stipulations, EHSP developed a working relationship with *Comité Empresarial contra SIDA (*CEC), but is awaiting clarification from USAID on the principal purpose for the engagement — that is either to build the capacity of CEC through the $50k grant, or to simply use CEC as a vehicle for distribution of funds to member organizations; and is assisting CEC in clarifying and finalizing its legal status — an important step to be taken before receiving funds.

2.6 Increase in number of clients accessing health care facility services

Target: 2 percent increase in baseline (97,210) Achieved: 223,459 clients

The number of people who accessed health services in the 14 target health centers in Luanda and Huambo during Year 1 has increasing dramatically throughout the year. For example, from April

to June, only 97,210 clients visited the centers; but 223,459 clients visited from July to September 2007. This positive trend can be attributed in part to a number of factors. First is the improvement in data collection and registration, which should result in better registration of attendance at the health centers. The improvement in data collection may be attributed in part to the EHSP training on data management. A second factor is the seasonal variation of diseases: some diseases may increase in incidence at a particular season of the year causing communities to visit the health centers more often. Third is the time of the year in which the communities have less work. Certain times of the year are a low season for the community to do farm work. During such periods, community members could have time to visit the health facilities, which may lead to an increase in the number of people accessing the facilities. This may be the case in this present situation, as June to September is typically dry season when there is less farm work. Fourth, and attributable to EHSP, is the improvement of the quality of services because of EHSP's intervention in the health facilities. In conclusion, although it may be too early for us to determine which of these factors were responsible for the increased numbers observed, there is at least some evidence that they are partially due to EHSP. As EHSP continues to provide training in the health facility and the community, it is expected that there will be an increased demand for services at the target facilities.

Intermediate Result 3: Increased individual and civil society demand for and participation in improving quality health services

3.1 Number of CSO/NGO staff trained in grant proposal development

Target: 15 Achieved: 0

Although in numerical terms, the project did not meet the targets; significant progress was made in building the foundation for success in Year 2. First, the project has identified NGOs that the CSSP program (with whom EHSP has signed a memorandum of understanding along with the Municipal Development Program) has trained and will use that list from which to select those NGOs and/or civil society organizations (CSO) that are most likely to perform well in grants management. During the latter part of the year, EHSP began preliminary discussions with some of these organizations. In the coming year, the project will focus on developing grant proposal training for local community-based organizations (CBO).

3.2 Number of community based organizations providing oversight for health facility management

To date, the project has not reported on this indicator.

3.3 Number of grant proposals made to USAID projects or other sources by project-trained CSO/NGOs

Target: 10 Achieved: 0

The number of grant proposals made is a function of the training activity discussed above, which did not happen during Year 1.

3.4 Number of local health facilities that have CSO/NGOs partners who advocate for additional public health resources

Target: 5 Achieved: 0

The target was to develop a collaborative partnership between five health facilities and five CSO/NGOs to jointly participate in health service delivery management and to advocate for additional resources to support services. Although the target was not achieved, in that no functional program has been established in these five areas, considerable progress was made toward achieving this goal. First, as above, EHSP has been working with CSSP to create a short list of NGOs that have already been trained and are primed to take a principal role in this activity. Second, EHSP chose to focus on assuring quality service delivery in all the target centers in the first year — quality that includes not only provision of in-clinic services but also training and oversight of community agents (see above). Although this training can only be the first step in the process of advocacy, it is an important investment made by local communities. Furthermore, given the low capacity of local CBOs to handle such a complex activity, EHSP chose to focus on NGO development.

3.5 Number of municipalities with communities enrolled in champion community initiative

Target: 5 Achieved: 0

The project aimed to have five communities involved in the Champion Community Initiative, largely due to the impossibility of acquiring an Angolan visa for Philippe LeMay, Chemonics' chief of party for the Madagascar Santenet project, the home of one of the most successful Champion Communities programs in the world. EHSP began the process of contracting in late summer, but were discouraged by the inflexibility of the Angolan visa system. Seeing the unfortunate denouement of this affair, the project began to plan for a study tour for selected EHSP staff members to Madagascar, which will happen in Year 2 (if Mr. Lemay cannot come to Angola).

CHALLENGES IN IMPLEMENTATION

The project faced numerous administrative and operational challenges throughout the year, which contributed to the delay in implementation of technical activities. These challenges, as well as efforts to resolve them, are summarized below.

Budget Variations: Variations from the original proposed and approved budget affected project implementation during Year 1. Unanticipated and accelerating costs of living in Angola have had a significant impact on the budget. Additionally, the project has incurred unexpected expenses due to frequent third-country national (TCN) travel for visas and work permits. There were also unanticipated, but welcome, requests from USAID for activities indirectly or peripherally related to the EHSP work plan, such as requests to pay for importation of voluntary counseling and testing materials, to support the conference on the global fund for malaria, TB, and HIV/AIDS, and to pay for the malaria survey.

Personnel: A number of staff members included in the original proposal were no longer available at project start-up. In addition, the chief of party and technical director resigned shortly after the start of the project, Furthermore, five EHSP national staff members resigned within the first year of implementation. This loss of key personnel and the time consumed by the recruitment to replace them has slowed progress. Nevertheless, the project has since filled these positions with qualified personnel.

TCN visas/work permits: In addition to lack of key personnel in the field, there was an added burden as a result of the TCN staff having to leave the country every three months to renew their temporary visitors' visas. Fortunately, this problem has been resolved, as most of the TCN staff have received their work permits.

Project registration: The attempt to register Chemonics and/or EHSP has been a long and complex process. The delay in completing registration has negatively affected the project by causing an increased burden on USAID, which is required to provide letters of invitation for visas, in the absence of project registration. Throughout the year, EHSP made some headway toward project registration by obtaining guidance from lawyers and other foreign companies in Angola, including KPMG International, RTI International, and the Academy for Educational Development.

Coordination of Luanda and Huambo offices: The project is structured in such a way that the offices in Luanda and Huambo operate independently of each other. The project has faced minor challenges in managing and coordinating the two offices in terms of technical and administrative activities. To improve coordination between offices, one technical staff member was designated as a technical coordinator for Huambo.

LESSONS LEARNED AND CONCLUSION

In the course of implementing such a complex and ambitious project as EHSP in Angola's work environment, the project has gained valuable insights. This section will summarize these lessons learned.

Complexity of the project: The project is designed to function at national, provincial, municipal, and community levels. It is expected to provide technical leadership in clinical medicine, statistic and data management, health budgeting and planning, procurement and logistics development, development of standard protocols, and establishment of partnerships with private health organizations. As such, it was designed as a complex and ambitious project. Although there is no disputing our agreement to carry out such a contract, the Project could have realized the challenges this complexity posed in such a difficult environment as Angola, and gone directly to USAID to discuss a re-phasing, re-programming, or re-focusing of project activities. The revised Year 2 core work plan, currently being prepared, will address these issues and present a modified and more modest operational strategy to USAID for review.

Two project offices: The initial intent of USAID was to have two offices, one in Huambo and the other in Luanda. This separation produced major difficulties of integration, and it has been only recently that the project has been able through new and more disciplined management, to move towards a more functional arrangement.

Communication: The project realizes that it did not keep USAID informed enough to enable it to either see our successes or to realize our difficulties. Had the project been more communicative, many of the problems raised in this report could have been avoided. The team also realizes that it did not engage the MOH fully enough in the project. Although EHSP was successful at engaging the DPS of Huambo and Luanda, it was remiss in identifying key counterparts in the ministry and making concerted, repeated, and persistent efforts to inform and involve them

Conclusion

Implementing a complex project in such a difficult work environment has provided the project with many important lessons learned. These lessons will guide the restructuring of project activities in the coming year. The first strategy for Year 2 will be to consolidate activities in the target geographical areas. The project will continue to implement activities in three municipalities in Luanda and three municipalities in Huambo. The consolidation of activities within the initial target municipalities will ensure that quick results are obtained in the first six months of Year 2.

The second strategy for Year 2 will be to consolidate and expend technical support at the provincial, municipal, and health facility levels. This will ensure that activities are developed quickly at the level where the impact of the project is best felt. Thirdly, the project will develop a strategy to consolidate community participation through training more community health agents and developing clear BCC messages for the communities. In doing this, the project will involve local leadership, women groups, and youth organizations in developing community-based health activities.

Furthermore, EHSP is developing a strong community-based BCC program that will mobilize local CSOs/NGOs in promoting health issues and taking decisions to improve health outcomes. The project will build the capacity if these CSOs to develop grant proposals for development of strong community-based BCC programs. Finally, in developing the program activities for Year 2, quality assurance will be made central to all EHSP program interventions. EHSP will lobby before the DPS and municipalities to make quality assurance a central nerve of all activities within the health facilities. Quality health services will lead to improvement in the health of the community.

ANNEX A
Project Monitoring Plan (PMP)

EHSP	Indicators	Description	Frequency of collection	Source	Baseline	Annual	Target	Accomplishment
Common Indicators								
C1	**Number of people trained in the treatment of infectious diseases**	Number of individuals directly or indirectly trained by the project in the practice of treating malaria and tuberculosis and in aspects of RFHP. Those trained directly are master trainers who then train others. Training is not limited to the three provinces	Quarterly	M&E manager contacts EHSP officers responsible for training and MOH for their training records	0	46	30	Exceeded
C2	**Percentage of households with at least one insecticide-treated net**	Percentage of households in project-targeted municipalities that have at least one ITN that is capable of being employed (has not been used for other purposes) whether or not the net is actually in use at the time of the survey.	Quarterly	M&E Specialist works with EHSP Provincial Coordinators for data	36.1%	36.1%	1% increase above baseline	Baseline
C3	**Number of people trained in FP/RH in targeted areas**	numeric indicator measuring staff who received training in FP/RH in targeted areas - disaggregate by gov't and civil society	Quarterly	M&E manager works with TD Director and Provincial Coordinators for data from HF	0	46	100	46%

EHSP	Indicators	Description	Frequency of collection	Source	Baseline	Annual	Target	Accomplishment
IR 1: Improved capacity of the health system in Luanda and Huambo Provinces to plan, budget, deliver quality health care services								
1.1	**Percentage of health workers at assisted health centers that use correct methods of diagnosis and treatment of malaria**	Percentage of health workers observed by supervisors to be following correct procedures for treatment and diagnosis of malaria according to MOH protocols and as trained by EHSP using SBM/R. Baseline is set with observations at beginning of training	Quarterly	Health care facility observations - health care facility records	28.5%	28.5%	Baseline	Done
1.2	**Percentage of health workers at assisted health centers that use correct methods of diagnosis and treatment of tuberculosis**	Percentage of health workers observed to be following correct procedures for treatment and diagnosis of tuberculosis according to MOH protocols and as trained by EHSP using SBM/R. Baseline is set with observations at beginning of training.	Quarterly	Health care facility observations - health care facility records	0	0	Baseline	Done
1.3	**Percentage of health workers at assisted health centers following national norms and procedures in providing reproductive health/family planning services**	Percentage of health workers in the health centers which the project has assisted who are observed to be following correct procedures for providing reproductive health/ family planning services according to MOH protocols and as trained by EHSP	Quarterly	Health care facility observations - health care facility records	19.5%	19.5%	Baseline	Done

EHSP	Indicators	Description	Frequency of collection	Source	Baseline	Annual	Target	Accomplishment
1.4	**Number of master trainers trained**	Number of master trainers who were trained using new/updated SBMR protocols	Quarterly	Training reports and participants lists	0	99	30	Exceeded
1.5	**Percentage of clients who visit a health facility by referral from another health facility or community health worker/volunteer**	Percentage of clients receiving official referrals for treatment at higher health facility according to protocols improved by project.	Quarterly	Health care facility records	-	-	2%	Baseline not established
1.6	**Percentage of return FP visits, by type of facility (public, NGO, private, village health worker) in targeted areas**	Percentage of visits made to health centers for family planning services that are return visits	Quarterly	Health care facility records	61.8%	61.8%	2%	Baseline
1.7	**Number of TBA and other traditional health providers trained in health related matters.**	measures the number of traditional health providers and TBA trained in health related matters	Quarterly	Training reports	0	69	50	Exceeded
1.8	**Number of MOH, Provincial, Municipal, and health facility staff trained in data management**	Number of individuals from these entities who have been trained by EHSP in better data management.	Quarterly	EHSP project training records	0	18	20	90%
1.9	**Number of MOH, Provincial, Municipal, and health facility staff trained in operational and budget planning**	Number of individuals from these entities who have been trained by EHSP in operational and budget planning.	Quarterly	EHSP project training records	0	0	20	Not done

EHSP	Indicators	Description	Frequency of collection	Source	Baseline	Annual	Target	Accomplishment
1.10	**Number of MOH, Provincial, Municipal, health facility staff and cooperating partners trained on assuring a coordinated implementation strategy for procurement and logistics planning and management**	Number of staff from these entities who have received training from the project in new procurement system and practices.	Quarterly	EHSP project training records	0	26	90	28.9%
1.11	**Percentage of health facilities receiving regular supervisory trips made by municipal health officials**	Percentage of health facilities in target municipalities that have received a visit from the municipal-level supervisor in previous three months.	Quarterly	Health care facility records	58.4%	58.4%	0	Done
1.13	**Percentage of clients reporting satisfaction with services offered at assisted health facilities**	Increase in the percentage of health facility clients responding to survey with positive assessments	Quarterly	Results of surveys in health care facility records	40.8%	40.8%	1%	Baseline
1.14	**Funds raised by non-public sector sources**	Amount of money generated through non-traditional sources of funding	Quarterly	Health care facility records/EHSP Project records	0	0	1%	Not done
1.15	**Percentage of health facilities without a stock out in Malaria, TB, or RH/FP supplies in the last three months in the targeted areas**	Percentage of assisted facilities that always have some supplies for malaria, TB, and family planning throughout previous three months	Quarterly	Health care facility records	13.9%	13.9%	1%	Baseline

EHSP	Indicators	Description	Frequency of collection	Source	Baseline	Annual	Target	Accomplishment
1.16	**Percentage of health facilities showing improvement in data quality (in targeted areas), according to SMBR standards**	Percentage of assisted facilities that shows an increase in data quality and its use for planning and budgeting, according to SMBR standards of quality.	Quarterly	Supervision records and Health facility records	0	0	1%	Not done
IR 2: Increased knowledge, attitudes, and practices related to TB, malaria, and reproductive health								
2.1	**Percentage of client population that can name at least three malaria, TB, and RH/FP services provided through the public health facilities**	Percentage of client population of assisted health facilities that can name at least three malaria, TB, and RH/FP services provided through the public health facilities	Quarterly	LQAS survey	12.7%	12.7%	5.0	Baseline
2.2	**Percentage of client population that can name at least one prevention or treatment procedure for each of malaria, TB, and RH/FP.**	Percentage of client population of assisted health facilities that can name at least one prevention or treatment procedure for each malaria, TB, and RH/FP.	Quarterly	LQAS survey - Malaria	77.9%	77.9%	10.0	Baseline
				LQAS survey - TB	52.9%	52.9%		Baseline
		Child spacing knowledge		LQAS survey - RH/FP	47.1%	47.1%		Baseline
2.4	**Number of health facility staff trained in management of community volunteer programs**	Number of health facilities trained in management of community volunteer programs in targeted area.	Quarterly	Records within Health Facilities	0	22	2%	Done

EHSP	Indicators	Description	Frequency of collection	Source	Baseline	Annual	Target	Accomplishment
2.5	**Number of new SME workplace programs**	Number of new workplace health care programs begun as a result of participation in project and example or mentorship of larger enterprises.	Quarterly	Records within Business Coalition/EHSP project records	0	0	2	Not done
2.6	**Increase in number of clients accessing health care facility services**	Number of clients visiting assisted health care facilities for services	Quarterly	Health care facility records	97,210	223459	2%	Exceeded
IR 3: Increased individual and civil society's demand for and participation in improving quality and health services								
3.1	**Number of CSO/NGO staff trained in grant proposal development**	Number of staff of CSOs and NGOs who have been trained by project in writing proposals for funding programs.	Quarterly	EHSP Training records	0	0	15	Not done
3.3	**Number of grant proposals made to USAID projects or other sources by project-trained CSO/NGOs**	Number of proposals made by EHSP-trained CSOs or NGOs and submitted for grants	Quarterly	CSO/NGO records	0	0	10	Not done
3.4	**Number of local health facilities that have CSO/NGOs partners who advocate for additional public health resources**	Number of project-assisted facilities that have a local organization partner	Quarterly	Health care facility records /EHSP project records	0	0	5	Not done
3.5	**Number of municipalities with communities enrolled in champion community initiative**	Number of municipalities with communities enrolled in champion community initiative	Quarterly	Health care facility records	0	0	5	Not done

ANNEX B
List of Master Trainers

Primeiro Seminário de Formadores de Agentes Comunitarios, Huambo del 7 al 11 de Maio 2007

S/N	NOME	MUNICIPIO	UNIDADE DE SAÚDE	TRABALHO
1	Acilda Julheta Caslessi	Huambo	Sao Joao	TMS Pediatria
2	Josefa Nachie	Huambo	Mineira	TMS Pediatria
3	Manuel Sachiliva	Huambo	Sao Joao	TMS Consulta Geral
4	Joaquina de Oliveira Dielo	Huambo	Sao Joao	TMS SR
5	Filomeno da Costa	Huambo	Benfica	TMS SR
6	Arlete Chicoco	Huambo	Benfica	TMS Pediatria
7	Alves C. Wiliam	Huambo	Cacilhas	TMS Medicina Geral
8	Armando Kessongo Dias	Huambo	Sao Antonio	TMS Pediatria
9	Quininha Mimi Evaristo Marcial	Huambo	Mineira	TMS SR
10	Vitoria Maria Nangueve	Huambo	Benfica	TMS Pediatria
11	Valerio Avelino	Huambo	Mineira	TMS Consulta Geral
12	Antonia Catumbo	Huambo	Sao Antonio	TMS SR/PF
13	Aderito Bumba	Huambo	Cacilhas	TMS Consulta Geral
14	Mariana Jucusso Chimuco	Huambo	Cacilhas	TMS SR
15	Adriano Cesar	Caala	Calenga	TMS Director Engermagen
16	Albino dumbi	Caala	Calenga	TMS Director CS
17	Ernesto sassoma	Caala	CMI Caala	TMS Director CS
18	Marilú Maria Rodrigues	Caala	CMI Caala	TMS Administradora
19	Sandra Cirstina Catito Gomes Tiago	Caala	CMI Caala	TMS Pediatria
20	Geraldina Francisco Cachiquele	Tchikala Choloanga	Sambo	TMS Consulta Geral
21	José Francisco Sachiwanga	Tchikala Choloanga	Kanchumbo	TMS
22	Walter Jorge Martins Coelho	Tchikala Choloanga	H.M. Tchikala	TMS

	Primeiro Seminário de Formadores en SSR - Malaria - TB e Gerencia. Huambo 28/05 al 08/06/2007

	NOME	MUNICIPIO	UNIDADE DE SAÚDE	TRABALHO
1	Celeste Ruth Loth	Huambo	Centro de Saúde de Cacilhas	TMS Pediatria
2	Odeth Teresa Calimi Jorge	Huambo	Centro de Saúde de Cacilhas	TMS SR
3	Adulcinda Victoria Sopa Bonga	Huambo	Centro de Saúde de São João	TMS Medicina geral
4	Rosa Teresa Silvano	Huambo	Centro de Saúde de São João	TMS PF
5	Manuel Chinjamba	Huambo	Centro de Saúde de São João	TMS Medicina geral
6	Maria Jose Ines	Huambo	Centro de Saúde de Benfica	TMS directora enfermagem
7	Marieta Vatomba Malanje	Huambo	Centro de Saúde de Benfica	TMS Medicina Geral
8	Armando Kessongo Dias	Huambo	Centro de Saúde de Santo Antonio	TMS Pediatra
9	Martinha Domingas	Huambo	Centro de Saúde de Santo Antonio	TMS SR
10	Julia Rosalina Horacio	Huambo	Centro de Saude da Mineira	TMS SR
11	Mariana Catarina Samanjomba	Huambo	Centro de Saude da Mineira	TMS SR
12	Julia Nazare	Huambo	Centro de Saude da Mineira	TMS Responsavel Nutricao
13	Marcelina Sonia C. José	Huambo	DPS	Lic. Resp. de promocao em saude
14	Belarmina Victorina Hungulo	Huambo	Hospital Central do Huambo	Lic. Enfermera Partera
15	Bernardo Cassule	Huambo	Advance Angola Huambo	TMS
16	Patricia Juliana	Huambo	Advance Angola Huambo	TMS
17	Edar Baptista Manuel	Huambo	CISAD	Enfemeiro mobilizador comunitario
18	Arminda Hossi	Caala	Centro de Saude de Consultas Externas da Caala	TMS urgencias
19	Delfina Locatina Mussulu	Caala	Centro de Saúde de Calenga	TMS Medicina geral
20	Alberto João	Caala	Centro de Saúde de Calenga	Enfemeiro Director administrativo
21	Ovidio Luis Messamessa	Caala	ADESPOV	Psicologo
22	Maria Nahombo	Caala	ADESPOV	TMS SR/PF
23	Helder Inacio Buta	Chicala Chilohanga	Centro de Saúde Municipal	TMS Medicina geral
24	Victor Nh. Nungulo	Chicala Chilohanga	Centro de Saúde Municipal	TMS Assistente Administrativo

Seminario: A Estrategia de SBM-R e a melhoria na qualidade dos servicos de SSR-MALARIA-TB e S. I.
Huambo, de 02 a 06 de Julho de 2007

	NOME	**MUNICIPIO**	**UNIDADE DE SAÚDE**	**TRABALHO**
1	Sra. Rosalina Catanha SR	Huambo	DPS Huambo	Supervisora provincial SSR
2	Sra. Marcelina Sônia PS	Huambo	DPS Huambo	Responsável Promoção en Saúde
3	Sr Amandio Natito	Huambo	DPS Huambo	Supervisora provincial Malaria
4	Sr S Sabino Sequesseque	Huambo	DPS Huambo	Supervisor provincial TB
5	Sra. Ester Chulimbo Martins	Huambo	DMS Huambo	Responsável municipal SR
6	Tomas Jamba	Tchicala	CS Tchicala	Director enfermagem
7	Beatriz E Silva	Tchicala	CS Tchicala	Responsável SR
8	Ernesto Sassoma	Caala	CS Caala	Director CS
9	Laurinda de Assunção	UCS Caala	UCS Caala	Responsável SR
10	Albino Dumbi Ernesto	Calenga	CS Calenga	Director
11	Adriano Cesar	Calenga	CS Calenga	Director Enfermagem
12	Delfina Laconti	Calenga	CS Calenga	Técnico de consulta
13	Justina Eculica	Huambo	CS São João	Director CS
14	Adulcina Vitoria	Huambo	CS São João	Chefe enfermagem
15	Beatriz Sumbelelo	Huambo	CS Mineira	Director CS
16	Rosa Calende	Huambo	CS Mineira	Responsável SR
17	Julia Calopa	Huambo	CS Mineira	Responsável SR
18	Maria J. Ines	Huambo	CS Benfica	Directora CS
19	João de Cancio Sabino	Huambo	CS Benfica	Responsável SR/PF
20	Malaquias Capanda Ndelesse	Huambo	CS Benfica	Técnico de consulta
21	Adelina T. Feliciano	Huambo	CS Cacilhas	Directora CS
22	Mariana L. Chimuco	Huambo	CS Cacilhas	Directora enfermagem
23	Celeste Ruth Loth	Huambo	CS Cacilhas	Técnico de consulta pediatria
24	Armando Dias	Huambo	CS Santo António	Técnico de consulta pediatria
25	Antonia Catumbo	Huambo	CS Santo António	Responsable SR

	Seminario: A Estrategia de SBM-R e a melhoria na qualidade dos servicos de SSR-MALARIA-TB e S. I. **Luanda, de 03 a 07 de Setembro de 2007**			
	NOME	**MUNICIPIO**	**UNIDADE DE SAÚDE**	**TRABALHO**
1	Gama Jose Lenda	Cazenga	C.S. 11 de Novembro	Urgencias
2	Odette Rosa Zacarias	Cazenga	C.S. 11 de Novembro	Urgencias
3	Carolino A. Diogo	Cazenga	C.S. Siga	Administrador
4	Conceicao M, Nascimento	Cazenga	C.S. 11 de Novembro	Urgencias
5	Maria Alberto Dungo	Cazenga	C.S. Vila da Mata	Administradora
6	Moises Paulo dos santos	Cazenga	C.S. Vila da Mata	Medicina
7	Alberto Tecas	Cazenga	C.S. Vila da Mata	Urgencias
8	Antonio Albano J. Jeronimo	Cazenga	C.S. 11 de Novembro	Administradora
9	Maria do Rosario Miguel	Ingombotas	C.S. Boa Vista	Directora
10	Pedro S. Gaspar	Ingombotas	DMS Ingombota	Director Municipal
11	Joana Domingo Agustinho	Cazenga	C.S. Siga	Superintedente
12	Esmeralda C, S. Garcia	Cazenga	C.S. Siga	CPN
13	Bernardina R. Da Silva Sungussia	Cazenga	C.S. Siga	Urgencias
14	Cecilia Maria Celestino	Rangel	C.S. Rangel	Obstetricia
15	Teca Mengui	Rangel	C.S. Rangel	Director
16	Josefa Pascoal	Rangel	C.S. Rangel	Superintendente
17	Assunção Dulce Arlinda	Rangel	C.S. Rangel	Pediatria
18	Maria Bernarda Domingos	Ingombotas	C.S. Boa Vista	Superintendente
19	Agatta Mário Dundão	Ingombotas	C.S. Boa Vista	Administradora
20	Lidia paulo Manuel	Rangel	C.S. Precol	PF
21	Zola Messo	Cazenga	DMS Cazenga	Director Municipal
22	Maria Adelaide Vitomba	Ingombotas	C.S. Boa Vista	Consulta
23	Teresa Jose Francisco	DPS Luanda	DPS Luanda	Superv. SSR
24	Joana Marques	Ingombotas	Boa Vista	Urgencias

25	Alzira Brito Zua Mateus	Rangel	C.S. Precol	Pediatria
26	Maria da Conceição Gaspar Afonso	DPS Luanda	DPSL	Superv. SSR
27	Helena Zingui João	Rangel	C.S. Precol	Pediatria
28	Domingas Antonio Escorcio	Cazenga	C.S. Vila da Mata	CPN

ANNEX C
Lot Quality Assurance Sampling Survey report

SERVIÇOS ESSENCIAIS DE SAÚDE – SES

INQUÉRITO
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE POR AMOSTRAGEM DE LOTES (LQAS)

Linha de Base

LUANDA, ANGOLA
JUNHO. 2007

Índice

Índice 35
Abreviaturas 36
Introdução 37
Metodologia 38
Resultados 39
Discussão 43
Conclusões 44

Abreviaturas

AS:	Áreas de Supervisão
BCC:	Mudança de Comportamento e Comunicação (Behavior Change and Communication).
CPN:	Controle Pré-Natal.
DDA:	Doença Diarreica aguda.
DNSP:	Direção Nacional de Saúde Publica.
DPS:	Director Provincial de Saúde.
DPSL:	Direcção provincial de saúde de Luanda.
IEC:	Informação, Educação e comunicação.
IRA:	Infecção Respiratória Aguda.
ITS:	Infecções de Transmissão Sexual.
LQAS:	Lot Quality Assessment Sampling
M&E:	Monitorização e avaliação.
MINSA:	Ministério de Saúde.
OMS:	Organização Mundial de Saúde
ONG:	Organização não governamental.
PF:	Planeamento Familiar.
SBM/R:	Standard Based management and recognition.
SES:	Serviços Essenciais de Saúde.
SIDA:	Síndroma de imunodeficiencia adquirida.
SMI:	Saúde materno infantil.
SSR:	Saúde sexual e reprodutiva.
TB:	Tuberculose.
USAID:	Agencia de desenvolvimento internacional dos EUA.
US:	Unidades Sanitárias.
VIH:	Vírus de imunodeficiencia Humana.

Introdução

O Projecto Serviços Essenciais de Saúde – SES, financiado pela USAID, foi concebido para a melhoria do acesso e da prestação de serviços de saúde de qualidade em Malária, Tuberculose e Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar e VIH/SIDA em Angola. O projecto tem uma duração de 3-5 anos e trabalha em estreita parceria com o MINSA e instituições/direcções subalternas em 16 municípios de 3 províncias, nomeadamente Luanda, Huambo Lunda Norte (a iniciar somente no segundo ano de vigência do SES).

Na sua abordagem, O projecto actua no reforço das capacidades do Sistema de Saúde, através do apoio as iniciativas do MINSA de revisão e actualização de protocolos e politicas, do apoio à melhoria da capacidade de gestão de dados e de procurement e logística, do apoio as actividades comunitárias e do envolvimento do sector privado nas actividades de saúde, incluindo programas de saúde no trabalho.

Para a monitoria e avaliação do SES, foi desenhado um Plano de Monitoria e Avaliação, que contém indicadores diversos, maior parte dos quais que fazem parte do catálogo de indicadores requeridos pela USAID. Alguns desses indicadores são de cobertura e devem ser recolhidos na população alvo do Projecto SES.

Para a recolha de informação de base e para a futura monitorização do progresso da implementação do Projecto SES, foi desenhado um inquérito de LQAS (Lot Quality Assessment Sampling) nas áreas de saúde das Unidades Sanitárias (US) alvo do projecto SES durante o seu primeiro ano de implementação. Este método é uma alternativa a outros tipos de inquérito que geralmente requerem amostras grandes de pessoas a serem entrevistadas. A LQAS combina princípios de amostragem estratificada e amostragem aleatória simples. Para actividades de saúde pública foi padronizada uma amostra de 19 participantes. Esta amostra da um nível aceitável de erro para tomada de decisões de programa, com uma precisão de pelo menos 92 percent. Amostras maiores que 19 têm praticamente a mesma precisão estatística das amostras de 19 e não resultam em melhor informação, senão em maiores custos.

Duas características tornam atractivos os LQAS para avaliação dos sistemas de saúde: Primeiro, amostra pequena para avaliação de performance. A segunda, procedimentos de amostragem e análise simples. Outra característica que torna o LQAS atraente é o facto de se poder combinar os dados de cada área de supervisão (AS) e estimar uma proporção de cobertura uma área inteira do programa com múltiplas ASs.

Metodologia

A recolha de dados de linha de base dos indicadores do projecto SES foi levada a cabo nas áreas de saúde das US alvo dos três municípios seleccionados da província de Luanda e da província de Huambo. Como área de supervisão (AS) foram consideradas as áreas de saúde de cada US, assim, em Luanda as ***AS*** são: Boavista (Ingombotas); Rangel e Precol (Rangel); 11 de Novembro, Siga, Vila da Mata (Cazenga). No Huambo as AS foram as seguintes: Caala e Calenga (Caala); Benfica, Cacilhas, Mineira, S. João e Sto. António. Nesta análise, foram excluídos dois hospitais (Cajueiros e Augusto N'gangula), onde apesar de ser uma das áreas de implementação do projecto, não existe uma estrutura comunitária como tal.

A disponibilidade de dados populacionais em Angola é problemática, particularmente quando se trata de níveis abaixo das comunas. Para garantir uma selecção aleatória dos agregados familiares a entrevistar nas áreas de supervisão, foi decidido usar a metodologia da OMS para as coberturas vacinais de Caminhada aleatória (Random Walk) que pressupõe a escolha de agregados familiares através da caminhada aleatória, seleccionando os caminhos mais próximos e depois a casa mais próxima dentro de AS. A primeira casa é escolhida aleatoriamente usando uma garrafa para indicar a direcção (girar a garrafa e usar o gargalo como a seta indicadora da direcção). A primeira casa entrevistar era a que tinha a porta mais próxima da direcção indicada pela garrafa. As casas seguintes foram seleccionadas usando a caminhada aleatória.

As entrevistas foram conduzidas a mulheres com idade compreendida entre os 15 e 45 anos de idade. Em alguns agregados familiares onde a mulher em idade fértil não estivesse presente, foi conduzida entrevista com homens. Nas residências onde o entrevistado afirmava existir rede mosquiteira, era pedida permissão para observar a rede. Num agregado familiar só foi entrevistada uma pessoa, mesmo existindo mais pessoas elegíveis, de forma a evitar a concentração e a homogeneidade da amostra num único local.

Em cada AS foi recolhida uma amostra de 19 assumindo-se assim um erro não superior a 10 percent.

Para a realização regular de inquéritos LQAS o projecto pretende treinar voluntários comunitários. Estes voluntários farão parte da rede comunitária em formação nas áreas de alvo do SES. Para o presente inquérito, dado que nos locais onde foi conduzido ainda não existem as redes comunitárias bem estruturadas, foram seleccionados inquiridores locais com experiência em inquéritos e treinados durante um dia para a utilização dos questionários, técnicas de entrevista e selecção da amostra. Os inquiridores foram acompanhados por supervisores (pessoal das DPS e do SES), para apoiá-los e garantir a aplicação das regras acima descritas por um lado, e como também forma de se

familiarizarem com o método por outro. Os inquéritos foram corrigidos diariamente, o que permitiu diminuir o risco de mau preenchimento.

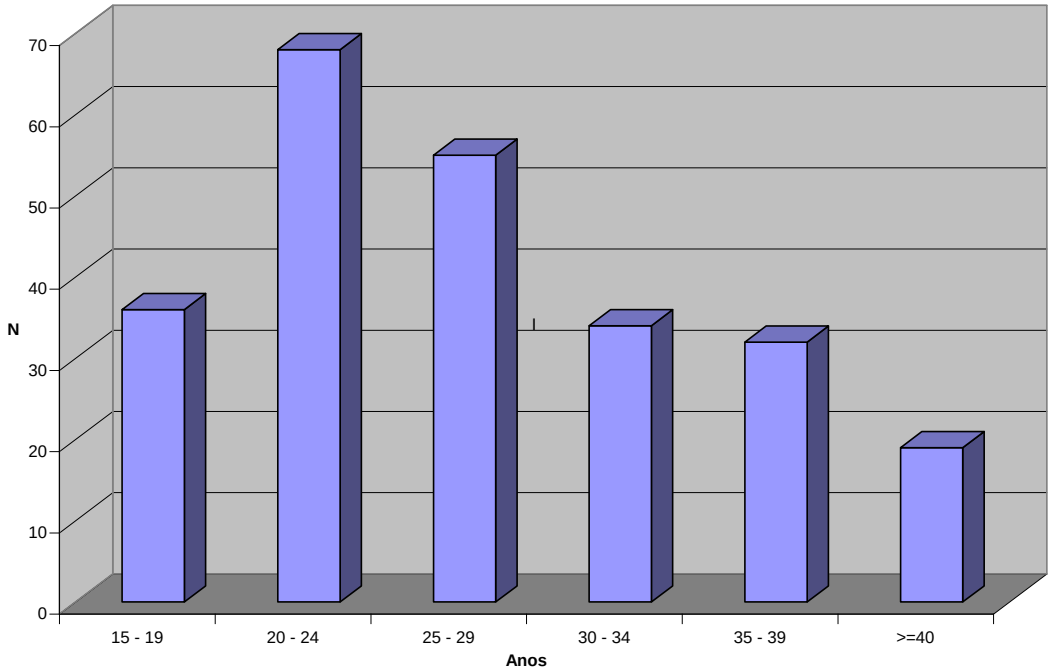
A informação contida nos questionários foi entrada numa base de dados criada em EPIINFO para o efeito. A análise dos dados foi efectuada neste pacote informático, e para o estabelecimento de regras de decisão e alvos, uma folha em Excel foi utilizada.

Resultados

Foram conduzidas 264 entrevistas a agregados familiares, sendo 112 em Luanda e 152 no Huambo. Destas, 247 foram conduzidas a mulheres e 17 (6.4 percent) a homens, todos em Luanda. A análise é efectuada nas 247 mulheres, cuja média de idades era de 27 anos (variando de 17 a 45 anos) e a mediana de 26 anos. Não se registou diferença destes valores por província.

A figura seguinte mostra a distribuição etária das mulheres inquiridas.

Figura 1: Distribuicao etaria das amostra LQAS Junho, 2007



Às inquiridas foi perguntado sobre os serviços de saúde prestados nas unidades sanitárias. A grande maioria (75.8 percent) referiu a malária e vacinação das crianças (72.1 percent) como os serviços disponíveis nas US. Os serviços materno-infantis são mencionados por cerca de metade das mulheres inquiridas (56.1 percent). A tuberculose foi mencionada por apenas 7 (2.9 percent) mulheres. Esta situação pode estar relacionada com o facto de grande parte das US visitadas não fazerem o tratamento da TB, fazendo somente o despiste e a referência dos pacientes a centros de tratamento. Por outro lado, o indicador

de puericultura que foi apontado em somente 32.0 percent dos casos, pode estar relacionado com o não entendimento da questão por 2 inquiridores em Luanda, que foi posteriormente corrigido.

O inquérito colocou questões sobre o conhecimento de pelo menos três serviços (malária, TB e SSR/PF) disponíveis nas US. Este indicador tem como objectivo medir o sucesso do projecto em transmitir conhecimentos correctos, compreensíveis e relevantes de BCC as comunidades servidas pelo projecto sobre os serviços instalados nas US. A resposta este indicador foi muito fraca em ambas as províncias, situando-se somente em 11 (11.9 percent) em Luanda e 20(13.2 percent) no Huambo.

No inquérito foram colocadas questões referentes ao conhecimento de pelo menos uma forma de prevenção da malária, TB e sobre Saúde Reprodutiva/Planeamento familiar (SR/FP). A tabela seguinte ilustra as respostas recebidas para cada doença, bem como para o uso de métodos de PF por província.

Tabela 1: Conhecimento de formas de prevenção da Malária e TB e Uso de PF

	Luanda	%	Huambo	%
Prevenção da malária	67	72.0	123	81.5
Prevenção da TB	64	68.8	65	43.0
Uso de Preservativos masculinos	38	40.9	36	23.8
Uso do Calendário	11	11.8	17	11.3
Uso da Pílula	10	10.8	22	14.6
Uso de contraceptivos Injectáveis	13	14.0	6	4.0
Uso de DIU	3	3.2	1	0.7
Uso de Femidon	0	0	0	0

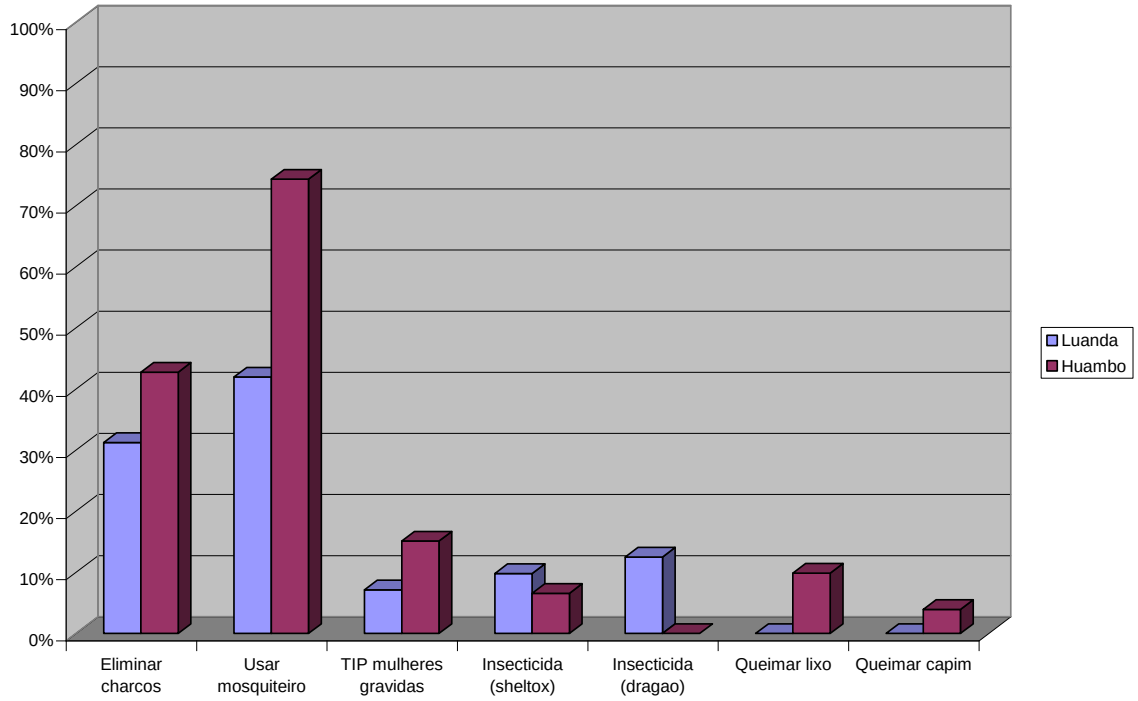
Para o conhecimento sobre o espaçamento apropriado recomendado pelo MINSA, que varia de 2 para o caso de partos normais e 3 ou mais para outros, assumiu-se como resposta correcta 2 ou mais anos de espaçamento. Para este indicador 47.1 percent das mulheres responderam correctamente.

O indicador “Percentagem de agregados familiares que tem pelo menos uma rede mosquiteira” contribui aos indicadores comuns da USAID estabelecidos para medir a disponibilidade de redes mosquiteiras na comunidade. O projecto, no sua estratégia de BCC devera passar mensagens da saúde que informarão a comunidade geral sobre a prevenção da malária e no uso dos mosquiteiros. Em relação à disponibilidade de pelo menos uma rede mosquiteira no agregado familiar, que possa ser usada para prevenção da picada de mosquitos, quer esteja ou não actualmente

em uso, observamos que cerca de 40.5 percent dos agregados dispõem deste meio. Destes, somente 36.1 percent têm a rede actualmente em uso.

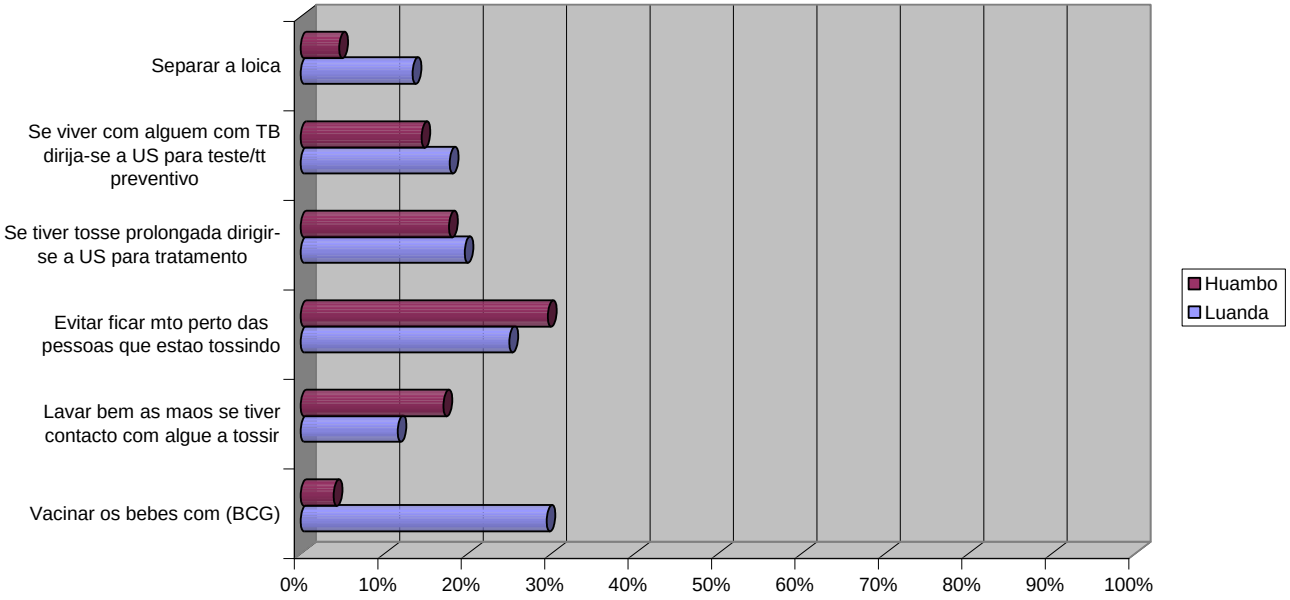
Os conhecimentos sobre as formas de prevenção da malária são ilustrados na figura seguinte. Aparentemente, Huambo situa-se melhor colocada em relação aos conhecimentos sobre a prevenção da malária, incluindo sobre o uso do tratamento preventivos para as mulheres grávidas.

Figura 2: Prevencao da Malaria LQAS Junho, 2007



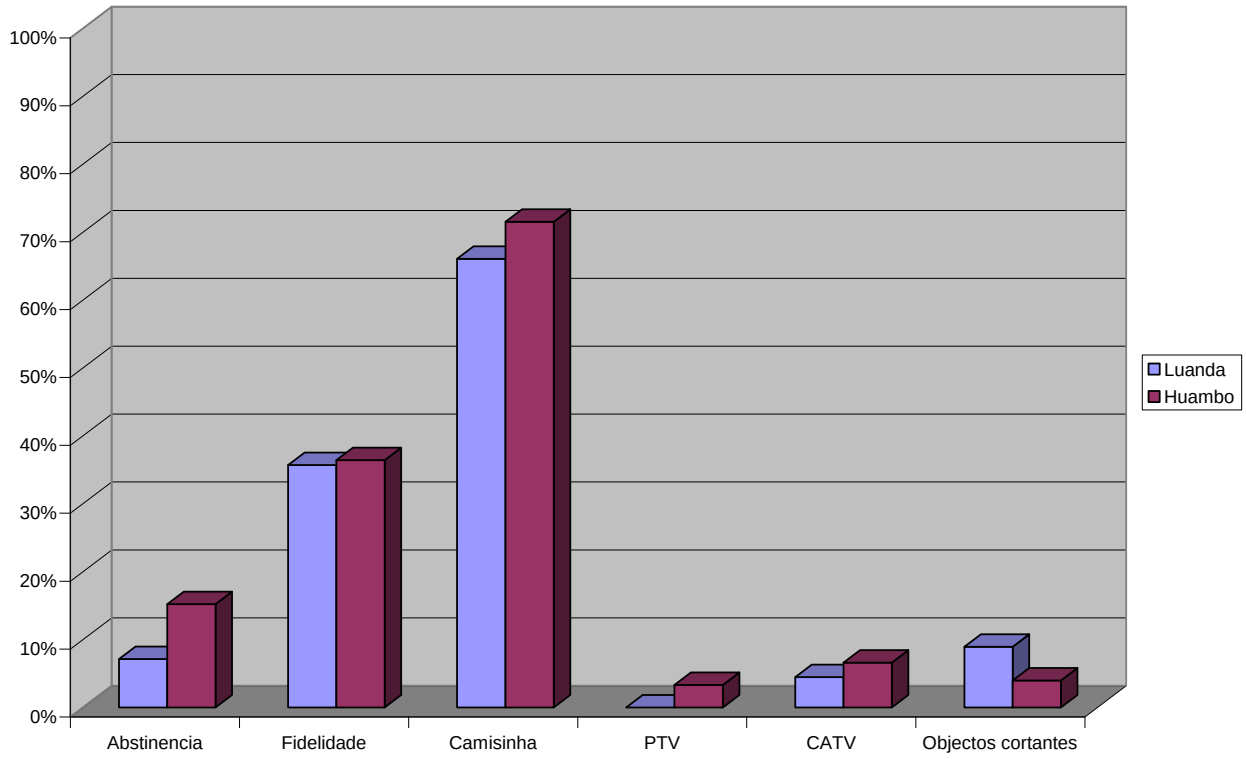
A informação sobre a tuberculose, aparentemente ira necessitar de atenção especial na divulgação de acções de BCC. A figura 3 mostra as respostas em relação as formas de prevenção da Tuberculose. De notar que poucos são os casos em as inquiridas se referem a vacinação dos bebes com BCG.

Figura 3: Prevencao da Tuberculose
LQAS, Junho 2007



As entrevistas integraram a componente de conhecimentos de formas de prevenção do VIH/SIDA. Apesar de todos os entrevistados terem já de alguma forma ouvido falar de VIH/SIDA, as respostas as questões sobre as formas de prevenção mostram ainda falta de consistência. Cerca de 70 percent dos entrevistados refere o uso do preservativo masculino como forma de prevenção e 40 percent fidelidade. O conhecimento dos serviços disponíveis para prevenção da transmissão de VIH/SIDA da mãe ao filho e quase nulo. Em relação aos Centros de Aconselhamento e Testagem Voluntária, a situação é idêntica, situando-se abaixo dos 10 percent, como se pode descortinar da figura seguinte.

Figura 4: Formas de Prevencao de VIH/SIDA LQAS, June 2007



Discussão

Os serviços prestados nas Unidades Sanitárias necessitam de melhor publicitação, para aumentar a sua aderência pelas comunidades. Nota-se um conhecimento muito difuso e quase não existente em relação a Tuberculose. Esta situação pode estar relacionada ao facto de a maioria das US não prestar serviços a tuberculosos, contudo, a informação tem que fluir de modo a que os doentes sejam correctamente despistados e referidos as US de referencia por um lado, por outro incentivar medidas de prevenção nas comunidades.

O disponibilidade de redes mosquiteiras é razoável e pode conhecer melhorias com a implementação de boas estratégias de BCC, aliadas a disponibilidade de mosquiteiros para crianças e mulheres grávidas. O projecto esta a contribuir para que estes valores da linha base obtidos através do presente inquérito.

Conclusões

Os resultados obtidos servem para estabelecer a linha de base do projecto SES, mas também facultam informação importante para complementar a encontrada nas discussões de grupos focais. Esta informação será crucial na orientação das actividades do projecto, em particular na implementação da estratégia de BCC e nos conteúdos dos treinos dirigidos as comunidades, bem como dos trabalhadores de saúde nas US.

Os inquéritos de LQAS serão repetidos semestralmente para monitorar as mudanças que decorram nas áreas alvo do projecto, ao longo da sua implementação.

ANNEX D Questionnaires for LQAS survey

MINISTERIO DA SAUDE
DIRECCAO PROVINCIAL DE SAUDE DE LUANDA

Sistema de Monitorização Trimestral por Lotes do Projecto SES/ANGOLA - USAID

Nome da US _____ No US ___ Local _____ Trimestre _____

No de Inquérito ____ Data ___/ ____/ 07 Nome do Inquiridor _____

Dados do Inquirido e do Agregado Familiar

Idade ____ Sexo ___ F/M

Quantas crianças vivem nesta casa? _____ Destas, quantas têm menos de 5 anos ____

Indicadores:

Serviços na US:

1. **Sabe quais serviços são prestados pelo Centro de Saúde do seu Local de residência? Quais? (***pelo menos três***)**
   A. Saúde Materno-Infantil (SMI)
   B. Malária
   C. TB
   D. Parto
   E. Vacinação
   F. Puericultura
   G. Outros. Quais? _____

Malária:

2. **O que fazem as pessoas na sua comunidade para evitar apanhar malária? Como** podem as pessoas prevenir-se da malária?
   A. Eliminar charcos
   B. Usar Mosquiteiros
   C. Mulher grávida, tratamento profiláctico
   D. Outros, Quais? _____

3. **Tem mosquiteiro impregnado em sua casa?**
   A. Sim

B. Não

4. Se sim, Podemos ver a rede?

A. Rede existente
B. Rede existente não em uso
C. Rede não existente

5. Quem, do agregado familiar dormiu debaixo do mosquiteiro ontem?

A. Pai/ Chefe de família
B. Mãe
C. Mulher grávida (mãe ou outra)
D. Crianças < 5 anos
E. Outras crianças
F. Outra (qual)_____

Tuberculose (TB):

6. Já ouviu falar de Tuberculose?

A. Sim
B. Não

7. Sabe como as pessoas podem evitar apanhar a TB?

A. Vacinar os bebes (BCG)
B. Lavar bem as mãos se tiver contacto com alguém que esteja a tossir
C. Evitar ficar muito perto das pessoas que estão tossindo
D. Se tiver tosse prolongada dirigir-se a US para tratamento
E. Se viver com alguém com TB dirija-se a US para fazer teste/tratamento preventivo
F. Outros, Quais? _____
G. Não sabe

VIH/SIDA:

8. Quais as formas de protecção do VIH/SIDA que conhece

A. Abstinência
B. Fidelidade
C. Camisinha
D. PTV
E. CATV
F. Outros, Quais? _____
G. Não sabe

Espaçamento de Nascimentos

9. Já ouviu falar de Espaçamento de Nascimentos Sim__ Não___

10. Caso sim, o que significa Espaçamento de Nascimentos

A. Intervalo de Partos de 2 ou mais anos

B. Outros (especifique) _____

11. Qual o tempo de espaçamento apropriado

A. 2 ou mais anos
B. 3 ou mais anos
C. Outros _____

Conhecimento e uso de PF

12. Já ouviu Falar de PF?

A. Sim
B. Não

13. Quais são os métodos de PF que conhece

A. Aleitamento materno
B. Calendário
C. Pílula
D. Injectável
E. Mola
F. Camisinha
G. Femidon
H. Métodos cirúrgicos
I. Outros _____
J. Não Sabe

14. Que métodos sabe que estão disponíveis no Centro de Saúde

A. Pílula
B. Injectável
C. Mola
D. Camisinha
E. Femidon
F. Métodos cirúrgicos
G. Não Sabe

15. Faz Actualmente Planeamento Familiar? Sim ___ Não ___

16. Caso sim, qual e o método que usa

A. Aleitamento materno
B. Calendário
C. Pílula
D. Injectável
E. Mola
F. Camisinha
G. Femidon
H. Métodos cirúrgicos
I. Não Sabe

Annex: Exit Interview Questionnaire

Ministério de Saúde **Projecto SES/Angola**

Ficha de Entrevista à Saída

PROVINCIA _____ ☐☐ MUNICIPIO _____ ☐☐

NOME US: _____ ☐☐ DATA DA ENTREVISTA: _____/_____/2007

NOME DE PESQUISADOR _____

SECÇAO 1. CARACTERÍSTICAS DO UTENTE E SERVIÇO

SOLICITE PERMISSÃO DO DOENTE PARA A ENTREVISTA E CASO A OBTENHA SIGA AS PERGUNTAS ABAIXO.

No.	PREGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇAO	SALTE A
101	Qual o sexo do(a) utente?	MASCULINO ..... 0 FEMININO 1	
102	Quantos anos de idade completos tem?	ANOS COMPLETOS ..... ☐☐	
103	Alguma vez frequentou a escola?	NÃO ..... 0 SIM 1	→ **105**
104	Qual foi o último nível o ano que você terminou?	PREESCOLAR ..... 1 1-3 ANOS DE PRIMÁRIO ..... 2 4-6 ANOS DE PRIMÁRIO ..... 3 SECUNDÁRIO ..... 4 TÉCNICO ..... 5 UNIVERSITÁRIO 6	
105	Qual é seu estado civil?	SOLTEIRA ..... 0 CASADA ..... 1 DIVORCIADA ..... 2 SEPARADA ..... 3 VIUVA ..... 4 OUTRO ..... 5 NÃO RESPONDE 6	
106	Como veio até aqui hoje?	A PÉ ..... 1 CANDONGUEIRO/TAXI……..... 2 MOTORIZADA/BICICLETA/CARRO ..... 3 OUTRO _____ 4	

No.	PREGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇAO	SALTE A
107	Quanto tempo leva a chegar aqui?	HORAS ..... [ ][ ] MINUTOS ..... [ ][ ] NÃO SABE 88	
108	Qual é o motivo da sua vinda hoje à Unidade Sanitária?	CONSULTA PÓS-PARTO ..... 1 PLANEAMENTO FAMILIAR ..... 2 FILHO DOENTE ..... 3 OUTRO _____ ..... 8 (Descreva)	
109	Quanto tempo esperou pelo serviço hoje?	HORAS ..... [ ][ ] MINUTOS ..... [ ][ ] NÃO SABE 88	
110	Hoje como se sentiu em relação ao tempo que teve que esperar antes de ser atendida?	DEFINITIVAMENTE MUITO TEMPO ..... 4 MUITO TEMPO ..... 3 RAZOAVELMENTE ..... 2 POUCO TEMPO ..... 1 NÃO SABE 8	
111	Durante a consulta foi-lhe prescrito tratamento? Em caso afirmativo, o Provedor explicou-lhe como iria fazer o Tratamento? ***(SE PRESCRITO PROCURAR SABER COMO VAI FAZER O TRATAMENTO, O QUE LHE FOI EXPLICADO)***	SIM PRESCRITO ..... 1 PRESCRITO MAS NÃO EXPLICADO ..... 2 PRESCRITO E EXPLICADO ..... 3 SIM MAS NÃO SE LEMBRA ..... 4 NÃO SABE 8	
112	SE CONSULTA PRE-NATAL, Recebeu mosquiteiro hoje?	SIM ..... 1 NÃO 2	
113	Caso não, Porque?	SIM ..... 1 NÃO 2	
114	Recebeu Fansidar na US?	DEFINITIVAMENTE MUITO TEMPO ..... 4 MUITO TEMPO ..... 3 RAZOAVELMENTE ..... 2 POUCO TEMPO ..... 1 NÃO SABE 8	
115	O Provedor recomendou-lhe que fizesse o teste rápido de Malaria?	SIM ..... 1 NÃO 2	
116	O Provedor explicou-lhe o que devia fazer para se preparar para o Parto?	SIM ..... 1 NÃO 2	
117	Você vai ter o parto na US?	SIM ..... 1 NÃO 2	

No.	PREGUNTAS E FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICAÇAO			SALTE A
201	Durante a sua visita à US hoje foi:	SIM	NÃO	NÃO SE LEMBRA	
	SAUDADA	1	0	8	
	DADO O	1	0	8	
	CONVIDADA A	1	0	8	

No.	PREGUNTAS E FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICAÇAO			SALTE A
	TRATADA EM	1	0	8	
	ELOGIADA	1	0	8	
	PERGUNTADA	1	0	8	
	DADO TEMPO SUFICIENTE PARA	1	0	8	
202	O Trabalhador de Saúde que a tratou hoje:	SIM	NÃO	NÃO SE LEMBRA	
	FALOU CONSIGO NA SUA LÍNGUA?	1	0	8	
	DISSE-LHE COMO SE CHAMAVA?	1	0	8	
	PERGUNTOU O SEU NOME?	1	0	8	
	ESTAVA ZANGADO/ABORRECIDO AO ATENDÊ-LA?	1	0	8	
	MOSTROU PREOCUPAÇÃO COM O SEU PROBLEMA DE SAUDE?	1	0	8	
	IGNOROU AS QUESTÕES QUE COLOCOU?	1	0	8	
	USOU ALGUM AMATERIAL/IMPRESSO PARA LHE EXPLICAR ALGUMA COISA?	1	0	8	
	DEU-LHE ALGUM MATERIAL IMPRESSO PARA LEVAR CONSIGO?	1	0	8	
	CONVIDOU-A VOLTAR SEMPRE QUE PRECISAR?	1	0	8	
203	Em geral como considera que foi tratada durante a sua visita à US hoje?	MUITO BEM ..... 3 MAIS MENOS BEM ..... 2 UM POUCO MAL ..... 1 MUITO MAL ..... 0 NÃO PODE DIZER 8			
204	Os provedores resolveram os problemas de saúde que a levaram à US hoje?	SIM COMPLETAMENTE ..... 2 SIM, MAIS OU MENOS ..... 1 NÃO 0			
205	Quais as coisas que não foram satisfatórias para si durante a visita à US hoje?	ESCREVA TODA A RESPOSTA:			

MUITO OBRIGADO PELO SEU TEMPO

ANNEX D
SBMR Quality Assurance measurement Tools

Instrumento de Melhoria da Qualidade
Verificação dos Padrões Mínimos de Atenção nos Serviços de Saúde do Primeiro Nível

Atendimento à Criança

O presente instrumento traz uma lista de critérios de melhoria do desempenho para a Consultas de Atendimento à Criança[1]. É um instrumento de **AUTO-GESTÃO** com carácter de **APRENDIZAGEM** e **AVALIAÇÃO**.

COMO DEVE SER APLICADO

Pelos prestadores:

O prestador deve verificar o alcance de cada um dos critérios referentes aos procedimentos por ele realizado. Proceder da seguinte forma:

Escreva **"S"** na coluna avaliação, ao lado dos itens que foram realizados adequadamente; um **"N"** ao lado dos que não foram realizados; e **"NA"** para os itens que não se aplicam a situação específica deste atendimento. Cada critério só é alcançado quando todos os meios de verificação forem assinalados com **"S"** ou **"NA".**

Pelos gestores:

O processo de avaliação feito pelos gestores deve seguir a mesma dinâmica do realizado pelo prestador, só que ganha um carácter de observação externa, não se limitando apenas a alguns critérios, mas verificando o alcance de todos eles. O avaliador externo deve sempre actuar como observador, demonstrando respeito e garantindo o sigilo, sem interferir no atendimento.

Na coluna **Comentários** anote o porque do "**N**", indicando possíveis alternativas de solução

A aplicação do instrumento pelo prestador garante um processo de auto-avaliação e aprendizagem contínua, que deve estar apoiada pelo uso dos Protocolos de Atenção e Manuais Técnicos.

A aplicação do instrumento pelo gestor garante a avaliação periódica do desempenho da equipe e da unidade de saúde.

Nome de Unidade:_____

Data da visita:_____

Responsável pela visita: _____

1 O presente instrumento foi elaborado pela Direção Nacional de Saúde, com apoio do Projeto de Reforço de Serviços Materno Infantil em Angola (Management Sciences for Health/MSH & Pathfinder), tendo como referência o instrumento elaborado pelo Projeto de Qualidade (PROQUALI) no Ceará e Bahia no Brasil (Universidade Johns Hopkins/JHPIEGO/CCP e Management Sciences for Health/MSH)

CRITÉRIOS DE DESEMPENHO	S/N/NA			COMENTÁRIOS
1. O/a prestador/a realiza a CONSULTA DE PUERICULTURA (crescimento e desenvolvimento 0 a 5 anos) adequadamente **Observar 3 crianças independentemente do/aprestador/a**				
Observar na consulta se o/a prestador/a:	**1º**	**2º**	**3º**	
➢ Cumprimenta a mãe/acompanhante/criança cordialmente				
➢ Apresenta-se				
➢ Mantém contacto visual e verbal com a criança				
➢ Pergunta à mãe/acompanhante sobre o estado da criança				
➢ Lava as mãos com água limpa e sabão e seca em toalha limpa e individual				
➢ Avalia e regista no cartão da criança e no livro de registo o peso				
➢ Verifica as vacinas e vitamina A e orienta sobre o calendário mínimo, encaminhando para a vacinação e administra vitamina A, se necessário				
➢ Realiza triagem da criança (observa a criança da cabeça aos pés, verificando a presença de sinais de perigo (febre e dificuldade de respirar), alteração nas conjuntivas, sinais de desidratação, má nutrição, doenças da pele e couro cabeludo, estado da dentição e higiene)				
➢ Lava as mãos com água limpa e sabão e seca em toalha limpa individual				
➢ Orienta sobre cuidados de higiene ambiental (limpeza da casa, cuidados com o lixo, ventilação da casa)				
➢ Orienta sobre condições de higiene da criança, incluindo higiene oral				
➢ Orienta sobre o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, se pertinente, ou sobre alimentação para crianças de seis meses a cinco anos				
➢ Realiza encaminhamento, se necessário				
➢ Verifica se a mãe/acompanhante compreendeu as orientações e encaminhamentos				
➢ Despede-se da criança/mãe/acompanhante				
2. O/a prestador/a realiza a CONSULTA DE PEDIATRIA para crianças doentes de 2 meses até 5 anos de idade, de forma adequada, segundo a estratégia AIDI. **Observar 3 crianças independentemente do prestador**				
Observar na consulta se o/a prestador/a:	**1º**	**2º**	**3º**	
• Cumprimenta a criança/mãe/acompanhante cordialmente				
• Apresenta-se				
• Pergunta o motivo da consulta				
• Estimula a mãe/acompanhante a fazer perguntas				
• Preenche correctamente o cartão de saude infantil se necessário,				
• Pede o cartão de Saude Infantil e verifica				

• Lava as mãos com água limpa e sabão e seca em toalha limpa e individual				
• Avalia se há sinais gerais de perigo:				
➢ Pergunta se a criança consegue beber ou mamar no peito				
➢ Pergunta se a criança vomita tudo o que ingere				
➢ Se vomita: oferece líquido à criança e observa como ela bebe				
➢ Pergunta se a criança apresentou espasmo ou convulsão				
➢ Verifica se a criança está letárgica (olhar fixo e desligada do meio) ou inconsciente				
• Refere a criança ao hospital, se necessário, com guia de transferencia				
3. Doença Respiratória Aguda (AIDI)				
• Pergunta se a criança está com tosse ou dificuldade para respirar e se sim, há quanto tempo				
• Em caso positivo (em caso negativo, não se aplica):				
➢ Conta a FR em 1 minuto (a respiração é considerada rápida se está acima de 50 respirações por minuto, para crianças entre 2 e 12 meses, e acima de 40 respirações por minutos para crianças de 1 a 5 anos)				
➢ Verifica se há tiragem subcostal (retracção do músculo debaixo das costelas)				
➢ Verifica se há estridor ou sibilância (respiração com roncos ou assobios)				
➢ Classifica a criança quanto ao sintoma tosse ou dificuldade em respirar				
➢ Refere a criança ao hospital, de acordo a banda rosa ou vermelha, prescrevendo o necessário conforme o mapa da AIDI				
4. AVALIAÇÃO DDA				
• Pergunta se a criança está com diarreia e se sim, há quanto tempo e se há sangue nas fezes				
• Em caso positivo (em caso negativo, não se aplica):				
➢ Examina o estado geral da criança				
➢ Observa se os olhos estão fundos				
➢ Pesquisa o sinal de prega no abdómen da criança				
➢ Classifica correctamente a criança quanto ao sinal da diarreia (hidratação, duração da diarreia e presença ou ausência de sangue nas fezes)				
Verificar se o/a prestador/a aplica adequadamente a terapia de rehidratação oral:				
a. Prepara o soro de rehidratação oral , com água fervida e fria, na presença das mães (SRO)				
b. Solicita a mãe que repita como preparar o SRO				

c. Realiza educação para a saúde para mães/acompanhantes				
d. Ensina os sinais de perigo da desidratação				
e. Aplica os planos de tratamento A, B, C				
• Orienta as mães/acompanhante sobre:				
➢ Sinais de perigo (aumento da diarreia ou vômitos, sangue nas fezes, não consegue comer ou beber)				
➢ Alimentação da criança				
➢ Higiene da criança e do ambiente				
➢ Refere a criança ao hospital, de acordo a banda rosa ou vermelha, prescrevendo o necessário conforme o mapa da AIDI				
5. AVALIAÇÃO FEBRE				
➢ Pergunta se a criança está com febre e se sim, há quanto tempo				
➢ Em caso positivo (em caso negativo, não se aplica):				
➢ Pesquisa a presença de rigidez na nuca ou abaulamento de fontanela				
➢ Observa a garganta da criança				
➢ Pesquisa sinais de sarampo ou complicações (história recente, ou seja, sarampo nos últimos três meses)				
➢ Pesquisq sinais e sintomas de malaria(febre, diarreia, vomitos, irritabilidade)				
➢ Solicita gota espessa ou teste rapido, se necessário				
• Se gota espessa, ou teste rápido positivo :				
➢ Administra terapia combinado(Coarten ou Arsucan) de forma correcta:				
➢ Classifica correctamente a criança quanto ao sinal febre				
➢ Refere a criança ao hospital, de acordo a banda rosa ou vermelha, prescrevendo o necessário conforme o mapa da AIDI				
6. AVALIAÇÃO OTITE				
➢ Avalia se a criança está com dor de ouvido				
• Em caso positivo (em caso negativo, não se aplica):				
➢ Observa se há secreção purulenta no ouvido e há quanto tempo				
➢ Palpa para determinar se há tumefacção (inchação) dolorosa atrás da orelha				
➢ Classifica correctamente a criança quanto aos problemas de ouvido				

➢ Refere a criança ao hospital, de acordo a banda rosa ou vermelha, prescrevendo o necessário conforme o mapa da AIDI				
7. AVALIAÇÃO ESTADO NUTRICIONAL				
• Verifica se há desnutrição e anemia:				
➢ Observa se há sinais de emagrecimento acentuado visível				
➢ Verifica se há edema em ambos os pés				
➢ Determina o peso para a idade				
➢ Avalia a evolução do peso no cartão da criança				
➢ Observa se há palidez palmar				
➢ Classifica correctamente a criança quanto ao peso e a anemia				
➢ Lava as mãos com água limpa e sabão e seca em toalha limpa e individual				
➢ Realiza correctamente as misturas da papa ou ração seca				
➢ Orienta sobre alimentação da criança saudável e da criança doente				
➢ Orienta dieta específica para muito baixo peso, se pertinente				
➢ Orienta a dieta para diarreia persistente, se pertinente				
➢ Verifica o cartão de saúde da criança, identificando a situação das vacinas				
➢ Orienta sobre o esquema de vacinação				
➢ Aplica ou encaminha para aplicação de vacinas, se pertinente				
➢ Verifica registo da aplicação da vitamina A no cartão da criança, se pertinente				
➢ Verifica se há outros problemas de saúde				
➢ Aplica o tratamento padronizado para pneumonia, sibilância, otite, infecção de garganta, malária, disenteria, se pertinente				
➢ Aplica os planos A, B ou C nos casos de diarreia, conforme classificação ou encaminha quando necessário				
➢ Solicita exames laboratoriais, se necessário				
➢ Marca consulta de retorno				
➢ Explica a mãe quando regressar imediatamente (não mama bem ou não mama, piora, tem febre alta, não consegue beber, tem sangue nas fezes, respiração rápida, dificuldade em respirar)				
➢ Aconselha a mãe que aumente a quantidade de líquidos ou amamentar mais e dar uma refeição extra à criança durante o período de doença				
➢ Administra a primeira dose de medicação na consulta e ensina a mãe de como dar os medicamentos orais em casa				
➢ Preenche o formulário de notificação de doenças de notificação obrigatória				
➢ Despede-se da criança/mãe/acompanhante				
➢ Regista todas as informações no livro e cartão da criança				

➢ Refere a criança ao hospital, de acordo a banda vermelha, prescrevendo o necessário conforme o mapa da AIDI				
9. O/a prestador/a refere a criança doente de forma correcta				
Observar se o/a prestador/a preenche a guia de transferência com os seguintes dados:				
➢ Data e hora				
➢ Nome, idade, sexo, residência,				
➢ Peso, sintomas e sinais, classificação, tratamentos administrados (hora e via de administração)				
➢ Assinatura do prestador				
➢ Identificação da unidade de saúde				
10. O/a prestador/a preenche correctamente o cartão de saúde infantil				
Observar em três cartões se estão registadas as seguintes informações:	**1º**	**2º**	**3º**	
a. Nome				
b. Idade				
c. Residência				
d. História do parto				
e. Atenção especial				
f. Registo das doenças				
g. Registo do peso e curva de crescimento				
h. As vacinas, incluindo a vitamina A				
i. Datas da próxima vacinação				
j. Consultas marcadas				
11. O/a prestador/a aproveita todas as oportunidades para vacinar as crianças				
Verificar se em três consultas à criança se o/a prestador/a:	**1**	**2**	**3**	
➢ Solicita o cartão da criança e observa estado vacinal				
➢ Administra vacinas ou encaminha, se necessário				
➢ Orienta sobre a data das próximas vacinas				

TOTAL DE CRITÉRIOS OBSERVADOS:	
TOTAL DE CRITÉRIOS ALCANÇADOS:	

Instrumento de Melhoria da Qualidade

Verificação dos Padrões Mínimos de Atenção nos Serviços de Saúde do Primeiro Nível

Atendimento ao Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto Imediato e Atendimento Imediato do RN

O presente instrumento traz uma lista de critérios de melhoria do desempenho para o Atendimento ao Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto Imediato e Atendimento Imediato do RN[2]. É um instrumento de **AUTO-GESTÃO** com carácter de **APRENDIZAGEM** e **AVALIAÇÃO**.

COMO DEVE SER APLICADO

Pelos prestadores:

O prestador deve verificar o alcance de cada um dos critérios referentes aos procedimentos por ele realizado. Proceder da seguinte forma:

Escreva **"S"** na coluna avaliação, ao lado dos itens que foram realizados adequadamente; um **"N"** ao lado dos que não foram realizados; e **"NA"** para os itens que não se aplicam a situação específica deste atendimento. Cada critério só é alcançado quando todos os meios de verificação forem assinalados com **"S"** ou **"NA".**

Pelos gestores:

O processo de avaliação feito pelos gestores deve seguir a mesma dinâmica do realizado pelo prestador, só que ganha um carácter de observação externa, não se limitando apenas a alguns critérios, mas verificando o alcance de todos eles. O avaliador externo deve sempre actuar como observador, demonstrando respeito e garantindo o sigilo, sem interferir no atendimento.
Na coluna **Comentários** anote o porque do "**N**", indicando possíveis alternativas de solução

A aplicação do instrumento pelo prestador garante um processo de auto-avaliação e aprendizagem contínua, que deve estar apoiada pelo uso dos Protocolos de Atenção e Manuais Técnicos.

A aplicação do instrumento pelo gestor garante a avaliação periódica do desempenho da equipa e da unidade de saúde.

Nome da unidade: _____

Data da visita: _____

Responsável pela visita: _____

1 O presente instrumento foi elaborado pela Direção Nacional de Saúde, com apoio do Projeto de Reforço de Serviços Materno Infantil em Angola (Management Sciences for Health/MSH & Pathfinder), tendo como referência o instrumento elaborado pelo Projeto de Qualidade (PROQUALI) no Ceará e Bahia no Brasil (Universidade Johns Hopkins/JHPIEGO/CCP e Management Sciences for Health/MSH)

CRITÉRIOS DE DESEMPENHO	S/N/NA	COMENTÁRIOS
3. **A maternidade oferece atendimento as 24 horas**		
• Verificar no livro de entradas dos últimos 3 meses se há registo do atendimento durante as 24 horas		
4. A Maternidade realiza como rotina uma avaliação inicial rápida da grávida em trabalho de parto		
Observar na recepção se, a pessoa que recebe a grávida em trabalho de parto:		
• Cumprimenta a mulher e seu acompanhante ou parteira (se estiver presente) cordialmente		
• Solicita o Cartão da Grávida		
• Pergunta à mulher como se sente e se tem ou teve:		
➢ Sangramento vaginal		
➢ Dor de cabeça severa		
➢ Visão turva/ borrosa		
➢ Dor abdominal forte		
➢ Dificuldade para respirar		
➢ Febre		
➢ Hipertensão ?		
➢ Edema		
• Verifica a existência de sinais de parto (perda de rolhão mucoso, dilatação a partir de 3cm, 3 contracções em cada 10 minutos)		
• Averigua se o parto é eminente (vontade de fazer força, sudorese, angústia)		
• Dá prioridade à entrada em caso de qualquer uma destas complicações		
• Avisa ao médico em caso de qualquer uma destas complicações, caso esteja no seu horário de trabalho, ou faz a referência para uma unidade de maior complexidade.		
• Regista a informação na ficha clínica do parto		
5. O/a prestador/a de saúde realiza a recepção da grávida em trabalho de parto de forma cordial **Os critérios 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 devem ser observados em sequência como parte do mesmo atendimento** Se mais de um/a prestador/a realizar o atendimento da parturiente, observar um atendimento de cada prestador/a até completar os 2 requeridos. Para melhor observação desses critérios o ideal é que 2 observadores estejam presentes		

Observar em 2 ocasiões durante o atendimento se o/a prestador/a:	1º	2º	
• Cumprimenta a mulher e seu acompanhante ou parteira (se estiver presente) cordialmente			
• Apresenta-se, se for necessário (no caso de primeiro contacto)			
• Assegura a privacidade **durante todo o atendimento**:			
➢ Garante que a mulher permanece com sua bata ou roupa			
➢ Ajuda a mulher a subir na marquesa			
➢ Se fizer um exame, certifica-se que a mulher se mantém coberta			
➢ Assegura a privacidade com biombo ou cortina separando a mulher do resto			
• Explica à mulher o que vai fazer e a estimula a fazer perguntas			
• Responde às perguntas usando linguagem simples			
• Atende suas necessidades imediatas (sede, fome, frio/calor, desejo de urinar, etc.)			
6. O/a prestador/a de saúde preenche e revisa a historia clínica da parturiente, de forma adequada Se mais de um/a prestador/a realiza o atendimento da parturiente, observar uma consulta de cada prestador/a até completar as 2 requeridas.			
Observar em 2 ocasiões durante o atendimento se o/a prestador/a:	1º	2º	
• Pergunta e regista na historia clínica de parto/partograma a seguinte informação:			
➢ Identificacao completa da parturiente			
➢ Antecedentes obstétricos (número de gravidezes, partos anteriores, abortos, data do último parto, partos anteriores por cesariana, fórceps ou ventosa, data da ultima menstruacao, antecedentes de hemorragia)			
➢ Antecedentes da mulher e seu companheiro sobre ITS/VIH/SIDA (anota nas observações)			
➢ Outras doenças (anota nas observações)			
➢ Uso de medicamentos ou ervas (anota nas observações)			
➢ Idade gestacional (calcula a idade em semanas)			
➢ Data provável de parto			
• Evita fazer perguntas durante as contracções			
• Pergunta à mulher sobre o trabalho de parto:			
➢ Quando começaram as contracções mais dolorosas			
➢ Em que intervalos de tempo elas vêm			

➢ Se perdeu líquido, quando, de que cor e cheiro era			
➢ Se teve sangramento vaginal			
➢ Se sente os movimentos do bebê			
➢ Pergunta à mulher se tem dúvidas ou preocupações sobre o trabalho de parto e responde com linguagem simples			
7. O/a prestador/a realiza o exame físico de forma adequada Se mais de um/a prestador/a realiza o atendimento da parturiente, observar um atendimento de cada prestador/a até completar os 2 requeridos.			
Observar em 2 ocasiões durante o atendimento se o/a prestador/a:	1º	2º	
• Lava as mãos com água e sabão, e as enxuga com uma toalha limpa individual			
• Explica à mulher cada etapa do exame de forma simples			
• Pede à mulher para urinar, se ela precisar			
• Evita examinar a parturiente durante uma contracção			
• Ajuda a mulher a subir na marquesa			
• Explica à mulher em linguagem simples o que vai fazer			
• Confere sinais vitais			
➢ Temperatura			
➢ Pulso			
➢ TA			
• Observa o rosto, as conjuntivas e as palmas das mãos a procura de anemia e icterícia			
8. O/a prestador/a realiza o exame obstétrico de forma adequada Se mais de um/a prestador/a realiza o atendimento da parturiente, observar um atendimento de cada prestador/a até completar os 2 requeridos.			
• Realiza correctamente o exame obstetrico			
➢ Observa forma e tamanho do abdômen e presença de cicatrizes			
➢ Mede a altura uterina			
➢ Identifica situação e apresentação fetal			
➢ Identifica o grau de encaixe por palpação abdominal (utilizando a seguinte classificação: desde cinco dedos acima do púbis até zero dedos)			
➢ Ausculta a frequência cardíaca fetal			
➢ Avalia dinâmica uterina (frequência, intensidade e duração das contracções durante 10 minutos)			

➢ Regista os resultados do exame obstétrico na ficha clínica do parto/partograma			
➢ Explica os resultados à mulher			
• Realiza correctamente o exame vaginal:			
➢ Explica à mulher em linguagem simples o que vai fazer			
➢ Estimula a mulher a fazer perguntas e as responde			
➢ Lava as mãos com água limpa e sabão, enxuga com toalha limpa individual			
➢ Coloca luvas esterilizadas			
➢ Observa a vulva (presença de sangue, líquido, secreção)			
➢ Limpa o períneo com solução anti-séptica sem álcool com a mão que não fará o exame			
➢ Usa o polegar e indicador da outra mão para separar os lábios			
➢ Introduz cuidadosamente os dois dedos da mão de exame enquanto explica à mulher o que vai fazer			
➢ Interrompe o exame se houver uma contracção, mas não retira os dedos até terminar o exame			
➢ Retira os dedos cuidadosamente uma vez terminado o exame			
➢ Explica à mulher os resultados dos exames e seu significado			
• Lava as luvas numa solução com cloro a 0,5% antes de retirá-las e deitar fora em um recipiente com saco plástico para lixo contaminado			
• Lava as mãos com água limpa e sabão e as enxuga com uma toalha limpa individual			
• Regista toda a informação na ficha clínica de parto/partograma			
9. O/a prestador/a de saúde elabora e implementa um plano para atender a parturiente de acordo com os resultados da historia clínica, exame físico, obstétrico, vaginal Se mais de um/a prestador/a realiza o atendimento da parturiente, observar um atendimento de cada prestador/a até completar os dois requeridos.			
Observar em 2 ocasiões se o/a provedor/a:	1º	2º	
• Elabora o plano de parto com a mulher, perguntando à parturiente:			
➢ Quando foi a sua última refeição			
➢ Há quanto tempo não bebe líquido			
➢ Em que posição gostaria de fazer o parto (explica vantagens e desvantagens)			

• Orienta a parturiente :			
➢ A ingerir líquidos ou alimentos leves quando necessitar			
➢ Sobre a importância de ir a casa de banho sempre que tiver vontade			
➢ A andar e mudar de posição de acordo ao seu desejo e comodidade			
• Alivia a dor da parturiente fazendo massagens na região lombar			
• Inicia o preenchimento do partograma			
• Observa o trabalho de parto utilizando o partograma:			
➢ Se os parâmetros forem normais, continua com o mesmo plano (livre deambulação, hidratação, alimentação leve se assim o desejar, mudança de posição, etc.)			
➢ Se os parâmetros não forem normais, identifica complicações, regista o diagnóstico e ajusta o plano de trabalho de parto			
• Explica aos acompanhantes os resultados da avaliação do trabalho de parto			
10. O/a prestador/a de saúde utiliza o partograma para a observação do trabalho de parto e adequação do plano de parto			
Observar nos partogramas de duas parturientes se o/a prestador/a:	**1º**	**2º**	
• Regista a cada **meia hora:**			
➢ Frequência cardíaca fetal (fora das contracções) *** Se BCF alterado avalia a cada 15 minutos**			
➢ Contracções uterinas (frequência, intensidade e duração)			
• Após cada exame vaginal **(a cada 4 horas na fase latente e a cada hora na fase activa):**			
➢ Regista o estado das membranas e características do líquido amniótico			
➢ Faz a ruptura artificial das membranas (RAM) se esta continua íntegra aos 6 cms para as multíparas, e aos 8 cms para as primíparas			
➢ Regista a presença ou ausência de bossa no crânio fetal			
➢ Desenha o gráfico da dilatação cervical com a descida			
➢ Regista a TA e pulso			
➢ Regista a temperatura			
• Regista o horário das observações			
• Regista o uso de oxitocina, medicamentos e fluidos intravenosos, se tiverem sido utilizados			
11. O/a prestador/a de saúde realiza a preparacao de material e a preparacao psicologica da parturiente Se mais de um/a prestador/a realiza o atendimento da parturiente, observar um parto de cada prestador/a até completar os dois requeridos			

Observar durante o atendimento de dois partos se o/a prestador/a:	**1º**	**2º**	
• Dispõe de um pacote de parto estéril			
• Prepara uma seringa com 10 UI de oxitocina			
• Atende a mulher em seu parto no mesmo lugar (ou cama), se necessário			
• Mantém a mulher com roupa limpa			
• Mantém limpo o lugar onde está a mulher (lençóis e colchão limpo)			
• Respeita e atende o parto na posição que a mulher escolher			
• Assegura a privacidade da mulher durante seu parto:S			
➢ Que ela permaneça coberta com a bata ou lençol			
➢ Separa o ambiente com cortinas, lençóis ou biombos			
➢ Que esteja presente o mínimo de pessoas durante o parto (o/a que atende o parto e um/a ajudante ou parteira)			
• Explica à mulher como ajudar a expulsão (fazer força no momento das contracções e no intervalo destas, respirar com a boca aberta – respiração de cão)			
12. O/a prestador/a de saúde realiza o atendimento do parto de uma forma limpa e segura, incluindo o manejo activo da terceira etapa • Se mais de um/a prestador/a realiza o atendimento da parturiente, observar um parto de cada prestador/a até completar os dois requeridos			
• Lava as mãos com água limpa e sabão e as enxuga com uma toalha limpa			
• Coloca luvas esterilizadas			
• Realiza a limpeza do períneo com água morna ou solução anti-séptica sem álcool			
• Permite que a mulher empurre quando sentir vontade (não força ela a empurrar)			
• Realiza episiotomia **somente se for necessário** (podálica, distócia de ombros, fórceps, cicatrização defeituosa de ruptura anterior de 3º ou 4º grau, ou sofrimento fetal)			
• Permite que a cabeça coroe espontaneamente enquanto **segura suavemente o períneo**			
• Pede à mulher para respirar fundo ou empurrar suavemente acompanhando as contracções enquanto a cabeça sai			

• Coloca os dedos de uma mão contra a cabeça do bebé para mantê-la flexionada e controlar sua saída brusca			
• Após a saída da cabeça, pede à mulher para não fazer força			
• Limpa a boca e nariz do bebé com uma compressa de gaze			
• Palpa para ver se há cordão em volta do pescoço e, se houver, o reduz (se estiver frouxo, passa-o por cima da cabeça e se estiver muito apertado, pinça e corta antes de desenrolá-lo do pescoço)			
• Permite a rotação externa espontânea sem manipular			
• Pega cuidadosamente a cabeça com ambas as mãos e tracciona para baixo até a saída do ombro anterior			
• Conduz a cabeça e peito para cima até a saída do ombro posterior			
• Segura o bebé pelo tronco e o coloca sobre o abdómen da mãe, informando-a sobre o sexo do bebé			
• Verifica a hora do nascimento			
13. O/a prestador/a de saúde realiza o manejo activo da terceira etapa de forma correcta Se mais de um/a prestador/a realiza o atendimento da parturiente, observar um parto de cada prestador/a até completar os dois requeridos			
Observar durante o atendimento de dois partos se o/a prestador/a:	**1º.**	**2º.**	
• Palpa o abdómen da mãe para excluir a presença de um segundo bebé			
• Verifica os sinais de descolamento da placenta			
• Administra 10 UI de oxitocina IM na mulher			
• Descarta a agulha e seringa imediatamente após seu uso, sem voltar a tapá-la e sem desconectá-la, em recipiente adequado para material pérfuro-cortante			
• Realiza manejo activo da 3ª etapa:			
➢ Pinça o cordão próximo ao períneo			
➢ Segura o cordão pinçado e a pinça com uma mão			
➢ Coloca a outra mão sobre a sínfise pubiana da mulher e pressiona suavemente em direcção ao umbigo			
➢ Mantém uma pressão leve sobre o cordão e espera o útero se contrair			
➢ **Com a contracção,** tracciona o cordão suavemente para baixo com uma pressão firme e sustentada (não tracciona fortemente) até a saída da placenta			
➢ Se a manobra não der resultado imediato, pára de traccionar, sustentando o cordão até a próxima contracção			

➢ Repete a tracção controlada do cordão aplicando ao mesmo tempo uma pressão sobre o púbis			
➢ Com ambas as mãos ajuda a saída da placenta, girando-a sobre ela mesma, sem traccionar			
➢ Verifica se o útero está bem contraído			
➢ Massageia o útero com uma mão até se contrair firmemente			
➢ Revisa se a placenta está completa (face materna, fetal e membranas)			
• Revisa a vagina e o períneo e informa à mulher o que vai fazer **antes** de fazê-lo			
• Lava a vulva e o períneo suavemente com uma solução anti-séptica sem álcool ou água morna e sabão e enxuga-os com compressa limpa e seca			
• Sutura rasgaduras se for necessário			
• Deita fora a placenta:			
➢ Em um recipiente com saco plástico, encaminhando-a ao contentor de material contaminado Ou			
➢ Entrega-a à mãe (familiares) se assim o solicitarem em um saco plástico fechado			
• Coloca todos os instrumentos em soluções do cloro a 0,5% por 10 minutos para descontaminação			
• Lava as luvas numa solução com cloro a 0,5% antes de retirá-las e deitar em recipiente com saco plástico para material contaminado			
• Lava as mãos com água limpa e sabão e seca com uma toalha limpa individual			
• Certifica-se de que a mulher está confortável (limpa, hidratada e agasalhada)			
• Certifica-se de que o bebé está agasalhado, com a mãe, e que começou a mamar (no caso de mãe VIH + não se aplica)			
• Regista a informação necessária na ficha clinica do parto/partograma			
• Responde **imediatamente** a qualquer complicação identificada **durante todo** o atendimento do parto			
14. O/a prestador/a de saúde realiza uma avaliação inicial rápida e atendimento imediato ao recém-nascido de forma adequada Este critério deve ser observado imediatamente após o nascimento. Se mais de um/a prestador/a realizar o atendimento da parturiente, observar um atendimento de cada prestador/a até completar os dois requeridos.			
Observar em duas ocasiões durante o atendimento do parto se o/a prestador/a:	**1º**	**2º**	

• Recebe e coloca o bebé sobre o abdómen da mãe enrolado em uma toalha limpa e seca			
• Registar APGAR ao primeiro e quinto minutos			
• Regista a hora de nascimento			
• Coloca uma manilha de identificação no RN			
• Enxuga o bebé vigorosamente com uma toalha limpa e seca desde a cabeça até os pés, limpa os olhos e avalia se está respirando			
• Substitui a toalha húmida por uma toalha limpa, seca, e cobre o bebé incluindo a cabeça			
• Se não iniciar a respiração pede ajuda, liga e corta o cordão rapidamente e inicia a reanimação			
• Se respirar com dificuldade, aspira boca e nariz com cânula e, administra oxigénio por catéter nasal ou máscara, e transfere-o à unidade de referência, assegurando que o bebé esteja bem coberto, incluindo a cabeça			
• Informa à mãe como está o bebé			
• Se está respirando normalmente, coloca o bebé pele a pele em contacto com o tórax ou abdómen da mãe, se esta assim o desejar			
• Pinça e corta o cordão utilizando material estéril			
• Mantém o bebé agasalhado e em contacto com a mãe enquanto assiste o parto			
• Orienta a mãe sobre como segurar seu bebé, se for necessário			
• Assegura que o bebé se mantenha agasalhado, enrola-o com roupa suave e seca, cobrindo-o com uma manta incluindo a cabeça			
• Coloca-o sob um berço aquecido ou incubadora, se for necessário			
• Se houver sangramento do cordão, religa se for necessário			
• Aplica a Vitamina K1			
• Aplica gotas antimicrobianas (nitrato de prata a 1%) ou solução oftálmica (tetraciclina a 1%) em ambos os olhos do bebé			
• Anima e apoia a amamentação quando o bebé começar a procurar o bico (não o força) (no caso de mãe VIH +, não se aplica)			
• Mantém a mãe com o bebé e observa regularmente a respiração e temperatura do bebé pelo menos durante as primeiras duas horas após o nascimento			
• Estimula a mãe a fazer perguntas e as responde em linguagem simples			

15. O/a prestadordor/a de saúde realiza atendimento adequado do período pós-parto imediato Este critério deve ser observado imediatamente após o parto. Se mais de um/a prestador/a realizar o atendimento da parturiente, observar um atendimento de cada prestador/a até completar os dois requeridos.			
Observar durante o atendimento de duas parturientes na sala de parto ou recuperação se o/a prestador/a:	1º	2º	
• Inicia vigilância dos seguintes parâmetros na puérpera, logo após a saída da placenta:			
➢ Retracção uterina			
➢ Sangramento vaginal			
➢ Tensão arterial			
➢ Pulso			
➢ Estado de consciência			
➢ Hidratação			
• Pergunta à mulher se urinou e a estimula a fazê-lo quando o desejar ou esvazia a bexiga, com algália de alívio, no caso de retenção			
• Efectua manejo inicial se houver hemorragia			
• Efectua ou indica continuar com vigilância da puérpera:			
➢ A cada 15 minutos durante a primeira hora			
➢ A cada 30 minutos durante a segunda hora			
• Efectua ou indica continuar com vigilância ao recém- nascido			
• Regista toda a informação na ficha clínica do parto/partograma			
16. O/a prestador/a de saúde realiza educação para saúde no pós – parto de forma adequada			
Verificar se :			
• Existe um cronograma para as actividades de educação para saúde do qual constam os temas, data, horários e responsáveis			
• Existe registo da realização das actividades e número de pessoas que participaram			
• Os temas tratados incluem: amamentação, higiene da mãe, do RN e do ambiente, cuidados com o RN, Planeamento Familiar, importância do seguimento pós-parto acompanhada do bebé			
17. A maternidade oferece acompanhamento pós-parto em forma correcta ao 6º dia pós-parto			
Observar na consulta se o/a prestador/a			
• Informa a mãe sobre a importância de levar o bebé todos os meses as consultas de puericultura para controlo do crescimento e desenvolvimento			

• Verifica estado geral do bebé(avalia reflexos, capacidade respiratória, sangramento do cordão)		
• O/a prestador/a pergunta sobre problemas com a amamentação		
• Verifica se a mãe está a praticar aleitamento materno exclusivo		
• Verifica se o bebé tem problemas de infecção (do umbigo, da pele)		
• Orienta sobre esquema de vacinação		
• Verifica estado geral da mãe (postura, anemia, estado psíquico, mastite)		
• Pesquisa febre		
• Realiza exame ginecológico para avaliar: características dos lóquios, presença de rasgaduras de períneo, cicatrização de episiotomia		
• Avalia vacinação antitetánica, administra ou encaminha para administração da vacina de acordo o cartão		
• Oferece aconselhamento sobre a amamentação exclusiva normal ou alternativa em caso de VIH/SIDA		
• Orienta sobre como cuidar do bebé		
• Orienta sobre os seus próprios cuidados: higiene, alimentação, actividade sexual		
• Fala sobre a importância do espaçamento mínimo entre as gravidezes		
• Orienta sobre a importância da visita de acompanhamento com 6 semanas		

18. O/a prestador/a de saúde realiza a reanimação do recém nascido de forma adequada Este critério deve ser verificado por observação directa de um caso ou através de uma entrevista guiada.			
Observar em um caso de reanimação neonatal através de uma observação directa ou de uma entrevista guiada (se não se apresentar um caso real), se o/a prestador/a:	1º	2º	
Se for observação directa			
• Tem preparado o equipamento para reanimar o recém-nascido:			
➢ Máscaras (número 1 e 0) e bolsa neonatal (ambú)			
➢ Cânula ou catéter de aspiração			
➢ Oxigénio			
➢ Estetoscópio			
• Coloca o recém-nascido de costas em uma superfície limpa, seca e morna			
• Enrola ou cobre rapidamente o bebé, excepto o rosto e a parte superior do tórax			
• Explica à mãe o que está acontecendo			
• Posiciona a cabeça do bebé ligeiramente estendida			
• Aspira a boca e depois o nariz			
• Limpa a boca rapidamente com uma compressa esterilizada			
• Verifica batimentos cardíacos			
• Realiza reanimação com bolsa e máscara ou tubo e máscara:			
➢ Coloca a máscara cobrindo o queixo, a boca e o nariz			
➢ Garante que se tenha formado um selo adequado entre a máscara, o nariz, a boca e o queixo			
➢ Ventila 40 vezes por um minuto			
➢ Pára e avalia se o/a bebé respira espontaneamente			
• **Se estiver respirando e não houver dificuldade respiratória (retração intercostal ou gemido):**			
➢ Coloca o bebé agasalhado em contacto com sua mãe pele a pele, se esta assim o desejar			
➢ Certifica-se que continua respirando sem dificuldade e que se mantém agasalhado			
• **Se não respirar ou a respiração for menor que 30 movimentos por minuto ou tiver retracção intercostal ou gemido**			
➢ Continua ventilando			

➢ Administra oxigénio			
➢ Avalia a necessidade de cuidado especial			
➢ Realiza a transferência, se necessário			
• Coloca o catéter de aspiração, cânula e/ou máscara no balde com solução de cloro a 0,5% por 10 minutos para descontaminação			
• Lava as mãos com água limpa e sabão, enxuga-as com toalha limpa			
• Regista todo o procedimento na ficha clínica do parto			
• Pergunta à mãe se tem perguntas e as responde de forma simples			
17. Se for entrevista guiada pergunta ao/à prestador(a)			
• **Quais são os sinais da asfixia neonatal?**			
➢ Não respira			
➢ Respira com dificuldade ou respiração irregular			
➢ Cianose			
• **Qual é o tratamento a ser implementado?**			
➢ Coloca o recém-nascido de costas em uma superfície limpa, seca e morna			
➢ Enrola ou cobre rapidamente o recém-nascido excepto a cabeça, rosto e a parte superior do tórax			
➢ Posiciona a cabeça do recém-nascido ligeiramente estendida			
➢ Aspira a boca e depois o nariz			
➢ **Realiza reanimação com bolsa e máscara ou tubo e máscara:**			
✓ Coloca a máscara sobre o queixo, a boca e o nariz			
✓ Garante que se tenha formado um selo entre a máscara, o nariz, a boca e o queixo			
✓ Ventila por um minuto 40 vezes			
✓ Avalia se o recém-nascido está respirando espontaneamente			
➢ **Se estiver respirando e não houver dificuldade respiratória (retração intercostal ou gemido):**			
✓ Coloca o recém-nascido em contato com sua mãe pele a pele			
✓ Certifica-se de que continua respirando sem dificuldade e que se mantém agasalhado			
➢ **Se não respirar ou a respiração for menor que 30 movimentos por minuto ou tiver retracção intercostal ou gemido:**			
✓ Continua ventilando			
✓ Administra oxigénio			

✓ Avalia a necessidade de cuidado especial			
✓ Realiza transferência, se necessário			
• **Verifica com o/a prestador/a (pede ao/à prestador/a para mostrar)**			
➢ Materiais e equipamento para a reanimação:			
➢ Tanque ou central de oxigénio funcionando			
➢ Máscaras (número 1 e 0) e bolsa neonatal (ambú)			
➢ Cânula ou catéter de aspiração			
➢ Balão de oxigénio			

TOTAL DE CRITÉRIOS:	
TOTAL DE CRITÉRIOS ALCANÇADOS:	

Instrumento de Melhoria da Qualidade
Verificação dos Padrões Mínimos de Atenção nos Serviços de Saúde do Primeiro Nível

Consultas Pré-natal

O presente instrumento traz uma lista de critérios de melhoria do desempenho para as Consultas Pré-natal[3]. É um instrumento de **AUTO-GESTÃO** com carácter de **APRENDIZAGEM** e **AVALIAÇÃO**.

COMO DEVE SER APLICADO

Pelos prestadores:

O prestador deve verificar o alcance de cada um dos critérios referentes aos procedimentos por ele realizado. Proceder da seguinte forma:

Escreva **"S"** na coluna avaliação, ao lado dos itens que foram realizados adequadamente; um **"N"** ao lado dos que não foram realizados; e **"NA"** para os itens que não se aplicam a situação específica deste atendimento. Cada critério só é alcançado quando todos os meios de verificação forem assinalados com **"S"** ou **"NA".**

Pelos gestores:

O processo de avaliação feito pelos gestores deve seguir a mesma dinâmica do realizado pelo prestador, só que ganha um carácter de observação externa, não se limitando apenas a alguns critérios, mas verificando o alcance de todos eles. O avaliador externo deve sempre actuar como observador, demonstrando respeito e garantindo o sigilo, sem interferir no atendimento.
Na coluna **Comentários** anote o porque do "**N**", indicando possíveis alternativas de solução

A aplicação do instrumento pelo prestador garante um processo de auto-avaliação e aprendizagem contínua, que deve estar apoiada pelo uso dos Protocolos de Atenção e Manuais Técnicos.

A aplicação do instrumento pelo gestor garante a avaliação periódica do desempenho da equipa e da unidade de saúde

1 O presente instrumento é uma revisão feita pela DNS, DPSL, técnicos de oito centros de saúde, e JHPIEGO, do instrumento elaborado anteriormente pela Direção Nacional de Saúde, com apoio do Projeto de Reforço de Serviços Materno Infantil em Angola (Management Sciences for Health/MSH & Pathfinder), tendo como referência o instrumento elaborado pelo Projeto de Qualidade (PROQUALI) no Ceará e Bahia no Brasil (Universidade Johns Hopkins/JHPIEGO/CCP e Management Sciences for Health/MSH)

Nome da unidade:_____

Data da visita: _____ Responsável pela visita: _____

CRITÉRIOS DE DESEMPENHO	S,N,NA	COMENTÁRIOS
1. A Unidade está organizada para desenvolver actividades de atenção pré-natal utilizando calendário mínimo de 04 consultas		
Verificar no livro de registo de CPN, se **todas** as grávidas no **3º trimestre** de gravidez, do último mês, têm pelo menos 4 consultas pré-natal assinaladas**.**		
2. A Unidade garante o fornecimento de materiais/medicamentos para prevenção de doenças relacionadas a gravidez		
Verificar se existe na sala de pré-natal os seguintes materiais/medicamentos:		
a. Sulfato Ferroso		
b. Ácido Fólico		
c. Antiparasitário (Mebendazol)		
d. Anti-málarico (Fansidar/SP)		
e. Mosquiteiro tratado com insecticida		
f. Fitas para proteinúria		
g. Copos limpos		
h. Água potável		
i. Cadernos de CPN		
j. Livros de registo CPN		
k. Formulário estatístico da CPN		
3. A Unidade dispõe de material informativo sobre o pré-natal e realiza actividades educativas para as grávidas		
Verificar se:		
a. Materiais informativos são visíveis na unidade e estão em bom estado de conservação		
b. Existe um plano actualizado para o desenvolvimento de actividades educativas		
c. Existe registo das actividades educativas realizadas no último mês		
4. A Unidade garante a referência para a gestante com complicações e parto de risco		
Verificar se:		

a. Existe ambulância para a referência das gestantes com complicações e parto de risco				
b. Existe rotina escrita para o transporte em caso de emergência, referência e contra-referência				
c. As cópias das guias de transferência do último mês estão correctamente preenchidas				
d. Existe e estão funcionando meios de comunicação (rádios, telemóveis, etc.)				
e. Existe uma lista dos meios de transporte disponíveis, para esta finalidade, na comunidade.				
f. Existe uma lista telefónica das salas de parto e outras Unidades Sanitárias para as quais se pode fazer a referência.				
5. Os/as prestadores/as estão actualizados sobre pré-natal				
Verificar se existe registo de participação em formações de CPN para toda equipa no último ano				
6. A Unidade realiza captação precoce da grávida (1ª consulta no 1º trimestre de gravidez)				
Verificar:				
a. Em 03 processos clínicos /livro de registo CPN o número de grávidas atendidas no dia em sua 1ª CPN, se estão no 1º trimestre de gravidez				
b. Existe registo da realização de visitas domiciliares, nos últimos 3 meses, para captação das gestantes no 1º trimestre de gravidez				
7. O prestador de saúde realiza adequadamente o acolhimento da grávida na consulta pré-natal **Se mais de um profissional realiza este atendimento, observar os diferentes profissionais. Se somente um profissional realiza este procedimento, observar as 03 consultas com este profissional.** **Os critérios 7 a 14 devem ser avaliados de forma sequencial, como parte do mesmo atendimento**				
Observar em 03 consultas se o profissional:	1º	2º	3º	
a. Prepara o equipamento e materiais necessários				
b. Cumprimenta a utente cordialmente e com bondade				
c. Apresenta-se				
d. Informa a utente que toda a conversa será sigilosa				
e. Assegura privacidade durante o atendimento:				
▪ Mantém a porta do consultório fechada				
▪ Não permite a entrada e saída de pessoas durante a consulta				

f. Verifica a informação pessoal da mulher: nome, idade, endereço, motivo da visita, n.º de gravidezes e de nascimentos precedentes				
g. Investiga o motivo da consulta				
h. Pergunta se teve recentemente sinais ou sintomas do perigo (sangramento vaginal, dor de cabeça severa ou visão ofusca/borrosa, convulsões / perda de consciência, dificuldade para respirar, febre, dor abdominal severa, dor de parto)				
i. Pergunta se houve alguma mudança nos hábitos diários				
j. Identifica e conversa sobre as necessidades, dúvidas e preocupações				
k. Encoraja a utente a fazer perguntas				
l. Verifica e actualiza os dados no livro de registo e no caderno de seguimento da grávida				
8. O/a prestador/a realiza adequadamente a HISTORIA CLINICA da grávida na CPN				
Observar em 03 consultas se o prestador/a obtém ou revisa:	1º	2º	3º	
a. A historia menstrual: último período menstrual normal (na primeira consulta)				
b. A data provável do parto e idade gestacional (semanas de gravidez)				
c. A historia da gravidez actual: identificação dos movimentos fetais, algum problema de saúde, alguma preocupação com a gravidez actual				
d. A informação sobre os hábitos diários e o estilo de vida da mulher: alimentação, actividade, uso de substancias prejudiciais (álcool, tabaco), uso de medicamentos, uso de mosquiteiro com insecticida				
e. A história obstétrica da mulher: problemas durante a gravidez, o nascimento, ou o período do pós – parto e amamentação nas gestações anteriores (na primeira consulta)				
f. A informação sobre o historia médica da mulher: VIH, anemia, doenças crónicas (tuberculoses, diabetes, hipertensão, etc.), hospitalizações ou intervenções cirúrgicas precedente (por exemplo, cesariana), medicamentos e drogas e historia de profilaxia de malária nas gravidezes anteriores e data da última dose, data da última vacina anti-tetânica. (na primeira consulta)				
g. Utiliza linguagem adequada				
h. Regista toda a informação no livro de registo de CPN e caderno de seguimento da grávida				
i. Explica o que vai fazer e obtém o seu consentimento verbal				
9. O/a prestador/a realiza correctamente o EXAME FÍSICO na grávida durante a CPN				

Observar em 03 consultas se o/a prestador/a:	1º	2º	3º	
a. Pede a mulher que esvazie a bexiga e colha uma amostra de urina				
b. Executa o exame da cabeça aos pés com atenção especial aos movimentos e andamento da mulher, higiene geral, pele				
c. Verifica e/ou avalia estado nutricional através do peso				
d. Verifica e avalia sinais vitais (tensão arterial, temperatura, FR, pulso)				
e. Pede que a utente retire a roupa interior atrás do biombo				
f. Ajuda a utente a se posicionar deitada na marquesa				
g. Cobre a mulher com o lençol				
h. Lava as mãos com água limpa e sabão e seca em toalha limpa individual				
i. Verifica a cor da conjuntiva				
10. O/a prestador/a realiza adequadamente o exame obstétrico durante a CPN				
Observar em 03 consultas se o/a prestador/a:	1º	2º	3º	
a. Realiza exame da mama verificando tipo de mamilo				
b. Inspecciona o abdómen e verifica a presença de cicatrizes cirúrgicas				
c. Palpa o abdómen e verifica:				
▪ Altura uterina (crescimento fetal) (a partir do momento que o útero seja palpável0				
▪ Movimentos fetais (depois da 20ª semana nas primigestas e depois da 16ª semana nas multíparas)				
▪ Identifica situação e apresentação fetal no terceiro trimestre (a partir da 36 semana)				
▪ Ausculta batimentos cárdio-fetais com Pinard (após uma gestação de 20 semanas)				
▪ Pesquisa edema nas mãos e na face				
11. O/a prestador/a realiza inspecção genital na CPN				
Observar em 03 consultas se o/a prestador/a:	1º	2º	3º	
a. Explica à mulher o que vai ser feito e porque e solicita respeitosamente seu consentimento verbal				
b. Calça luvas de procedimentos em ambas as mãos				
c. Inspecciona a vagina e períneo para: marcas, inflamação anormal, hemorragia vaginal, úlceras, corrimento vaginal, cicatriz de episiotomia				

d. Executa o exame do espéculo **APENAS** na presença de corrimento abundante com mau cheiro e/ou sangramento				
e. Executa um exame bi–manual **APENAS** quando queixa de dor forte no baixo ventre				
12. O/a prestador/a realiza o tratamento preventivo e manejo das situações identificadas na CPN				
Observar em 03 consultas se o/a prestador/a:	1º	2º	3º	
a. Coloca todos os instrumentos em soluções do cloro a 0,5% por 10 minutos para descontaminação				
b. Lava as luvas numa solução com cloro a 0,5% antes de retirá-las e deitar fora em recipiente com saco plástico para lixo contaminado				
c. Lava as mãos com água limpa e sabão e seca em toalha limpa				
d. Ajuda à mulher a sentar-se				
e. Informa a mulher sobre seu estado e as etapas seguintes				
f. Solicita e/ou avalia as seguintes análises:				
▪ Grupo sanguíneo				
▪ Teste de hemoglobina				
▪ Falciformação				
▪ VDRL para a sífilis				
▪ Teste de malária (gota espessa ou teste rápido)				
▪ Urina sumária				
▪ Teste do VIH (oferece aconselhamento pré teste)				
g. Identifica complicações na gravidez actual e refere se necessário				
h. Avalia situação da vacina anti- tetânica, aplica a vacina ou encaminha para aplicação se necessário				
i. Orienta o uso diário de sulfato ferroso composto ou sulfato ferroso mais ácido fólico				
j. Fornece a profilaxia anti parasitaria (500 mg de Mebendazol em uma dose única ou 100 mg de Mebendazol duas vezes por dia durante três dias, depois do primeiro trimestre)				
k. Administra o TIP (Tratamento Intermitente da Malária) depois das 20 semanas de gravidez ou depois dos movimentos fetais terem sido sentidos				
▪ Pergunta se a mulher é alérgica a Bactrin ou outras sulfas				

▪ Sempre sob observação directa pelo técnico de saúde				
▪ Primeira dose – 3 comprimidos de sufadoxina pirimetamida/Fansidar **(nunca administrar sufadoxina pirimetamida/Fansidar antes das 20 semanas**)				
▪ Segunda dose - 3 comprimidos de sufadoxina pirimetamida/Fansidar no mínimo 4 semanas depois da primeira dose. **(nunca administrar sufadoxina pirimetamida/ Fansidar depois da 32ª. semana)**				
l. Apenas para as grávidas seropositivas				
▪ Se não estão usando Bactrin (para a profilaxia do VIH) - Terceira dose - 3 comprimidos de sufadoxina pirimetamida/Fansidar no terceiro trimestre, no mínimo 4 semanas depois da dose anterior, até a 32ª. semana de gestação **(nunca administrar sufadoxina pirimetamida/ Fansidar depois da 32ª. semana)**				
▪ Se estão usando Bactrin (para a profilaxia do VIH) – suspender o uso de Bactrin, administrar o Fansidar e reiniciar o uso de Bactrin após 7 dias				
13. O/a prestador/a discute o plano do parto e dá orientações à grávida de acordo com a situação encontrada				
Observar em 03 consultas se o profissional:	1º	2º	3º	
a. Orienta quanto à importância do pré-natal e informa sobre temas ligados a gravidez, parto ou puerpério, planeamento familiar, alimentação durante a gravidez				
b. Discute com a mulher sobre seu plano do parto:				
▪ Quem atenderá o parto (explica a importância de que seja um prestador treinado)				
▪ Como fará para conseguir transporte, caso necessite				
▪ Previsão do dinheiro para arcar com as despesas que forem necessárias				
▪ Qual será o custo do parto				
▪ Quem ficará com a casa e as crianças				
▪ Quem irá acompanhá-la				
▪ Disponibilidade de doadores de sangue, caso seja necessário				
▪ Sinais e sintomas que indicam início do trabalho de parto				
c. Ensina a mulher sobre:				
▪ Uso do mosquiteiro com insecticida e outras medidas para prevenção da malária na gravidez				
▪ Sinais de perigo e o que fazer caso estes se apresentem				

▪ Substâncias prejudiciais (álcool, tabaco, drogas, etc.)				
▪ Higiene pessoal				
▪ Actividade e descanso				
▪ Relação sexual e sexo seguro (uso de camisinha)				
▪ Aleitamento exclusivo precoce				
▪ Prevenção da malária durante a gravidez				
d. Orienta sobre a importância das consultas de retorno				
▪ 20–24 semanas				
▪ 28–32 semanas				
▪ 36 semanas				
h. Marca consulta de retorno				
i. Explica que pode retornar em qualquer momento caso necessite				
14.O/a prestador/a regista adequadamente os dados da CPN				
Verificar em 3 consultas o preenchimento completo e a consistência dos dados dos seguintes instrumentos:	1	2	3	
a. Livro de Registo de Consulta Pré Natal				
b. Caderno de Seguimento da Consulta Pré Natal				
c. Modelo Estatístico Diário				
d. Guia de Transferência, se necessária				
15. O/a prestador/a consolida e entrega a informação atempadamente				
a. Verificar se os dados registados diariamente são somados de forma correcta e consistente no consolidado mensal				
b. Verificar se existe cópia dos relatórios enviados ao nível municipal/provincial, dos últimos 3 meses, com registo da data de envio				
16. A área de CPN expõe as estatísticas de serviço				
Verificar se pelo menos dois indicadores-chave para a prevenção, controlo e manejo da Malária na Gravidez estão expostos num gráfico, tabela ou outro formato na área de prestação de serviço do CPN ou sala de espera. (Cobertura de CPN, Cobertura de TIP 1 e TIP 2, cobertura de grávidas que receberam mosquiteiros com insecticidas, número de casos de Malária grave tratados durante a gravidez)				

17. A informação sobre prevenção, controlo e tratamento de Malária na Gravidez é partilhada nas reuniões com a equipa do CPN e usada para a tomada de decisões		
Verificar com a pessoa responsável pelo Centro de Saúde se existe o registo das reuniões realizadas nos últimos 6 meses com as decisões tomadas		
18. O/a prestador/a trata a Malária simples de forma adequada		
Se é observação directa, observar se o/a prestador/a:		
a. Faz o diagnóstico de Malária simples na grávida	S, N, NA	
▪ Descarta outras causas da febre (febre tifóide ou hemorrágica, infecções urinária, respiratória o ginecológica)		
▪ Faz o teste rápido para Malária (TRD) e/ou gota espessa		

b. Faz a tratamento de malária simples segundo as normas		
▪ Se a grávida está no primeiro trimestre orienta o uso de Quinino 300 mg (3 comprimidos de 8 em 8 horas por 7 dias)		
▪ Se a grávida está no segundo ou terceiro trimestre entrega Lumefratina e Artemeter (Coartem) na dose total de 24 comprimidos , distribuídos da seguinte forma: 1º dia - 4 comp. no momento da consulta e 4 comp. 8 h depois, 2º dia – 4 comp. de 12h/12h e 3º dia – 4 comp de 12h/12h, de preferência com alimentos que contenham gordura (leite, yogurte) OU Amodiaquina + Artesunato (Arsucam) 3+3+2 doses por 3 dias, orientando sobre o seu uso		
▪ Realiza tratamento presuntivo da Malária na presença de sinais e sintomas sugestivos de Malária, com TRD ou gota espessa negativa e sem outra causa identificada		
▪ Orienta o uso de Paracetamol caso apresente dor de cabeça ou dor muscular (500 mg por via oral de 6 em 6 horas)		
c. Realiza o seguimento das grávidas com Malária simples:		
▪ Solicita à mulher para voltar à unidade sanitária se não melhorar depois de 3 dias de tratamento (com Coartem) ou 7 dias (com Quinino)		
▪ Recomenda o uso correcto de rede mosquiteira tratada com insecticida		
▪ Refere imediatamente ao centro de referência caso não exista melhora dos sinais e sintomas de Malária simples (Malária resistente) ou apresenta sinais e sintomas de Malária complicada (vómitos de difícil controle, palidez de mucosas acentuada, adinamia)		
d. Regista as informações no livro e ficha pré-natal		
Se não se apresentou um caso durante o período de observação, realizar uma entrevista perguntando ao/à prestador/a:		
a. Como se confirma o diagnostico de Malária simples na grávida?		
▪ Descartar outras causas da febre (febre tifóide ou hemorrágica, infecções urinária, respiratória o ginecológica)		
▪ Fazer o teste rápido para Malária (gota espessa)		
b. Qual o tratamento indicado no caso de Malária simples na gravidez segundo as normas?		
▪ Se a grávida estiver no primeiro trimestre orientar o uso Quinino 300 mg (3 comprimidos de 8 em 8 horas por 7 dias)		

▪ Se a grávida está no segundo ou terceiro trimestre entrega Lumefratina e Artemeter (Coartem) na dose total de 24 comprimidos , distribuídos da seguinte forma: 1º dia - 4 comp. no momento da consulta e 4 comp. 8 h depois, 2º dia – 4 comp. de 12h/12h e 3º dia – 4 comp de 12h/12h, de preferência com alimentos que contenham gordura (leite, yogurte) OU Amodiaquina + Artesunato (Arsucam) 3+3+2 doses por 3 dias, orientando sobre o seu uso		
▪ Realizar o tratamento presuntivo da Malária na presença de sinais e sintomas sugestivos de Malária, com TRD ou gota espessa negativa e sem outra causa identificada		
▪ Orientar o uso de Paracetamol caso apresente dor de cabeça ou dor muscular (500 mg por via oral de 6 em 6 horas)		
c. Como deve ser feito o seguimento da Malária simples na gravidez?		
▪ Solicitar à mulher para voltar a unidade sanitária se não melhorar depois de 3 dias de tratamento (com Coartem) ou 7 dias (com Quinino)		
▪ Recomendar o uso correcto de Mosquiteiro tratado com insecticida		
▪ Referir mediatamente ao centro de referência caso não exista melhora dos sinais e sintomas de Malária simples (Malária resistente) ou apresenta sinais e sintomas de Malária complicada (vómitos de difícil controle, palidez de mucosas acentuada, adinamia)		

TOTAL DE CRITÉRIOS OBSERVADOS:	
TOTAL DE CRITÉRIOS ALCANÇADOS:	

Instrumento de Melhoria da Qualidade

Verificação dos Padrões Mínimos de Atenção nos Serviços de Saúde do Primeiro Nível

Consultas de Pós Parto, Planeamento Familiar e Infecções de Transmissão Sexual

O presente instrumento traz uma lista de critérios de melhoria do desempenho para a Consultas de Pôs parto, Planejamento Familiar, e Manuseamento de infecções de transmissão sexual[4]. É um instrumento de **AUTO-GESTÃO** com carácter de **APRENDIZAGEM** e **AVALIAÇÃO**.

COMO DEVE SER APLICADO

Pelos prestadores:

O prestador deve verificar o alcance de cada um dos critérios referentes aos procedimentos por ele realizado. Proceder da seguinte forma:

Escreva **"S"** na coluna avaliação, ao lado dos itens que foram realizados adequadamente; um **"N"** ao lado dos que não foram realizados; e **"NA"** para os itens que não se aplicam a situação específica deste atendimento. Cada critério só é alcançado quando todos os meios de verificação forem assinalados com **"S"** ou **"NA".**

Pelos gestores:

O processo de avaliação feito pelos gestores deve seguir a mesma dinâmica do realizado pelo prestador, só que ganha um carácter de observação externa, não se limitando apenas a alguns critérios, mas verificando o alcance de todos eles. O avaliador externo deve sempre actuar como observador, demonstrando respeito e garantindo o sigilo, sem interferir no atendimento.
Na coluna **Comentários** anote o porque do "**N**", indicando possíveis alternativas de solução

A aplicação do instrumento pelo prestador garante um processo de auto-avaliação e aprendizagem contínua, que deve estar apoiada pelo uso dos Protocolos de Atenção e Manuais Técnicos.

A aplicação do instrumento pelo gestor garante a avaliação periódica do desempenho da equipa e da unidade de saúde

---

1 O presente instrumento foi elaborado pela Direção Nacional de Saúde, com apoio do Projeto de Reforço de Serviços Materno Infantil em Angola (Management Sciences for Health/MSH & Pathfinder), tendo como referência o instrumento elaborado pelo Projeto de Qualidade (PROQUALI) no Ceará e Bahia no Brasil (Universidade Johns Hopkins/JHPIEGO/CCP e Management Sciences for Health/MSH)

Nome da unidade:I_____

Data da visita: _____

Responsável pela visita: I_____

CRITÉRIOS DE DESEMPENHO	S/N/NA	COMENTÁRIOS
1. A unidade está organizada para desenvolver actividades integradas de Pós -parto, Planeamento Familiar, e manuseamento de Infecções de Transmissão Sexual e outros problemas de consulta gineco-obstétrica, incluindo despistagem de cancro de mama e colo de útero.		
Verificar se:		
a.Todo o pessoal de SR esta capacitado em Pós-parto, PF e ITS		
2. O/a prestador/a realiza adequadamente o acolhimento da/o utente. Esse critério deve ser considerado para todas as consultas observadas e somente um consolidado final indicará a avaliação do mesmo		
Observar durante a consulta, se o /a prestador/a:		
a. Cumprimenta a/o utente cordialmente		
b. Apresenta-se		
c. Permite a presença do parceiro/a		
d. Assegura confidencialidade		
e. Assegura privacidade durante o atendimento:		
i. Mantém a porta do consultório fechada		
ii. Não permite entrada e saída de pessoas durante a consulta		
f. Investiga o motivo da consulta		
g. Identifica e conversa sobre as necessidades, dúvidas e preocupações		
h. Estimula a/o utente a fazer perguntas		
i. Verifica e actualiza os dados na ficha clínica e livro de registo		
3. A unidade oferece acompanhamento pós parto em forma correcta as 6 semanas		
Observar na consulta se o/a prestador/a		
a. Pergunta se a mulher deseja esvaziar sua bexiga		
b. Pede que a utente retire a roupa interior atrás do biombo		
c. Ajuda a utente a posicionar - se na marquesa		
d. Lava as mãos com água e sabão e seca com toalha limpa e individual		
e. Verifica estado geral da mãe (humor, cansaço, postura, anemia, estado psíquico, mastitis)		
f. Verifica e/ou analisa tensão arterial		

g. Coloca luvas de procedimentos em ambas as mãos,		
h. Controla anemia se necessário		
i. Realiza exame ginecológico para avaliar: características dos lóquios, presença de rasgaduras de períneo, cicatrização de episiotomia, presença de inflação		
Utiliza a abordagem sindrómica 4.**AVALIAR O CRITÈRIO REFERENTE A ABORDAGEM SINDRÓMICA**		
Coloca todos os instrumentos em soluçao de cloro a 0,5% por 10 minutos para descontaminação		
Lava as luvas numa solução com cloro a 0,5% antes de retirá-las e deitar em recipiente com saco plástico para lixo contaminado		
Trata ITS e outras complicações pós-parto e doenças correntes		
Orienta sobre contracepção ou avalia o uso		
Orienta sobre		
➢ higiene		
➢ alimentação		
➢ actividade sexual		
➢ amamentação normal ou alternativas em caso de VIH/SIDA		
➢ cuidados a ter com a criança		
j. Avalia e regista toda informação na ficha clinica individual		
5.O prestador realiza adequadamente a consulta de planeamento familiar.		
Observar durante a consulta, se o /a prestador/a:		
Se 1ª consulta:		
a. Realiza história clínica		
b. Presta informação sobre os métodos disponíveis		
c. Utiliza os cartões de aconselhamento para dar informação relevante aos utentes		
d. Pergunta que metodo deseja		
e. Analisa a escolha do método desejado avaliando as contra indicações e eventuais efeitos colaterais		
f.		
g. Lava as maos com agua e sabao e seca com toalha limpa e invidual		
Realiza o exame fisico		
Estado geral		
Exame das mamas ensinando o auto exame das mesmas		

Exame ginecologico		
Utiliza a abordagem sindromica de ITS(diagnostico e tratamento)		
Pede a /ao utente que repita a informaçao relevante		
Orienta e agenda a consulta de retorno		
Se consulta de retorno		
Actualiza a historia clinica		
Pergunta se está satisfeito/a com o método em uso		
a. c. Identifica efeitos colaterais em utentes de seguimento		
b. Lava as mãos com água e sabão e seca com toalha limpa e individual		
c. Realiza exame físico se necessario(anualmente, em todas as consultas de usuárias de hormonais)		
d. Estado geral		
e. Exame das mamas ensinando o auto exame das mesmas		
f. Verifica e/ou analisa tensao arterial		
g. Exame ginecologico		
h. Lava as mãos com água e sabão e seca com toalha limpa e individual		
i. Utiliza a abordagem sindromica de ITS(diagnostico e tratamento)		
j. Reavalia as contra indicaçoes e eventuais efeitos colaterais (em todas as consultas de usuarias de hormonais)		
k. Apoia a mudança de metodo se pertinente		
l. Realiza exame clínico de mamas (1ª consulta, anualmente e em caso de queixas) * **SE SIM AVALIAR O CRITÉRIO REFERENTE A EXAME DE MAMAS**		
m. Ensina o auto exame de mamas (durante o exame clínico de mamas)		
n. Coloca luvas de procedimentos em ambas as mãos,		
o. Realiza exame ginecológico se necessário (1ª consulta, utente com DIU, anualmente e em caso de queixas)		
p. Utiliza a abordagem sindrómica de ITS* *** SE SIM, AVALIAR O CRITÈRIO REFERENTE A ABORDAGEM SINDRÓMICA**		

q. Coloca todos os instrumentos em soluções do cloro a 0,5% por 10 minutos para descontaminação		
r. Lava as luvas numa solução com cloro a 0,5% antes de retirá-las e deitar fora em recipiente com saco plástico para lixo contaminado		
s. Lava as mãos com água limpa e sabão e seca com toalha limpa e individual		
t. Oferece ou reforça informações correctas sobre o método em uso, ou no caso de mudança		
u. Orienta sobre possíveis efeitos colaterais		
v. Orienta sobre complicações e o que fazer caso estas se apresentem		
w. Utiliza material de IEC de forma adequada		
x. Utiliza linguagem clara		
y. Pede ao /a utente que repita as informações relevantes		
z. Entrega/proporciona qualquer um dos métodos disponíveis na unidade, conforme solicitação do/a utente, e/ou encaminha, se o método não está disponível		
aa. Apoia a mudança de método, se pertinente		
bb. Orienta sobre a importância de consulta de retorno		
cc. Agenda consulta de retorno		
dd. Regista os dados de consulta na ficha e livro		
4. O/a prestador/a realiza o exame clínico de mama correctamente **Este critério deve ser observado como parte de uma consulta de planeamento familiar**		
Observar na consulta se o/a prestador/a:		
a. Investiga factores de risco para o cancro da mama quando realiza e/ou actualiza história clínica:		
b. História de mãe ou irmã com cancro de mama		
c. Passado de cancro de mama		
d. Lava as mãos com água limpa e sabão e seca com toalha limpa e individual		
e. Explica à utente o que vai ser feito		
f. Posiciona a utente para o exame		
g. Cobre a utente adequadamente		
• Faz a inspecção estática e dinâmica das mamas, com a utente sentada, procurando identificar:		
h. ssimetria		
i. Abaulamento		
j. Retracções		
k. Pede à utente que se deite, cobrindo-a adequadamente		

l. Faz a palpação das mamas, região axilar e supraclavicular, procurando identificar nódulos e gânglios				
m. Faz a expressão suave do mamilo, pesquisando se há descarga de secreçoes(leite, sangue ou secreçoes serosas e purulenta)				
n. Ensina o auto exame de mama à utente				
o. Lava as mãos com água limpa e sabão e seca com toalha limpa				
p. Regista os dados na ficha clínica e livro de registo				
6. O/a prestador/a realiza a despitagem precoce do cancro cervical correctamente. Este critério deve ser observado como parte da consulta de planeamento familiar. Se mais de um profissional realiza este atendimento, observar os diferentes profissionais.				
Observar em 3 consultas, se o/a prestador/a	1	2	3	
• Lava as mãos com água limpa e sabão e seca com toalha limpa e individual				
• Explica à utente o que vai ser feito				
• Coloca as luvas de procedimento				
• Examina a genitália externa				
• Coloca o espéculo adequadamente, sem lubrificar				
• Pincela o colo uterino com ácido acético a 5%				
• Espera que seque por 1 minuto				
• Observa o colo uterino para identificar lesões brancas				
• Realiza toque bimanual, se necessário (presença de secreção abundante, queixa de dor)				
• Faz abordagem sindrômica para ITS *** SE SIM, AVALIAR O CRITÈRIO REFERENTE A ABORDAGEM SINDRÓMICA**				
• Coloca todos os instrumentos em soluções do cloro a 0,5% por 10 minutos para descontaminação				
a. Lava as luvas numa solução com cloro a 0,5% antes de retirá-las e deitar fora em recipiente com saco plástico para lixo contaminado				
• Lava as mãos com água limpa e sabão e seca com toalha limpa e individual				
• Identifica e dá seguimento adequado às intercorrências ginecológicas, se pertinente				
• Encaminha para serviço especializado na presença de lesões brancas no colo uterino				
• Faz as prescrições necessárias				

• Orienta sobre o uso correcto da medicação, se pertinente				
• Orienta sobre o período para o próximo exame				
7. O/a prestador/a realiza adequadamente a abordagem sindrómica para ITS **Este critério deve ser observado como parte da consulta de planeamento familiar. Se mais de um profissional realiza este atendimento, observar os diferentes profissionais.**				
Observar em 3 consultas se o /a prestador/a:	1	2	3	
b. Pergunta motivo da consulta				
• Avalia comportamentos de riscos perguntando:				
i. se o/a utente tem mais de um/a parceiro/a sexual sem uso do preservativo				
ii. se iniciou a actividade sexual muito cedo				
iii. se costuma ter ITS de repetição				
• Orienta sobre comportamento de risco				
c. Ajuda o/a utente a posicionar-se				
d. Cobre a utente adequadamente				
e. Lava as mãos com água limpa e sabão e seca com toalha limpa e individual				
f. Coloca luvas de procedimentos em ambas as mãos				
• Realiza exame físico específico para identificar sinais sugestivos de ITS (bolhas, vesículas, feridas, corrimento, hiperemia e /ou edema) nas seguinte regiões:				
i. Boca				
ii. Genitais masculino e feminino				
iii. Região perianal				
g. Realiza exame especular				
h. Utiliza solução de ácido acético a 5% para a identificação de lesões brancas no colo uterino				
i. Coloca todos os instrumentos em soluções do cloro a 0,5% por 10 minutos para descontaminação				
j. Lava as luvas numa solução com cloro a 0,5% antes de retirá-las e deitar fora em recipiente com saco plástico para lixo contaminado				
k. Lava as mãos com água limpa e sabão e seca com toalha limpa e individual				
l. Encaminha para serviço especializado na presença de lesões brancas no colo uterino				

m. Oferece informações sobre a importância dos exames, uso do preservativo, tratamento e necessidade de notificar os /as parceiros/as				
n. Solicita VDRL				
o. Oferece teste de VIH				
• Se o/a utente aceita realizar o teste, procede ao aconselhamento pré-teste (não aplicável caso não aceite):				
i. Reafirma o carácter voluntário e confidencial da testagem				
ii. Informa sobre o sistema de teste e o conceito de "janela imunológica"				
iii. Informa sobre o significado dos possíveis resultados				
iv. Conversa com o/a utente sobre possíveis reacções emocionais no período de espera para o resultado do teste				
p. Informa/convoca parceiro/a , utilizando uma receita específica				
q. Implementa o tratamento de acordo com os protocolos				
r. Marca consulta de retorno				
s. Regista todos os dados da consulta na ficha clínica e livro de registo				
t. Notifica o caso na ficha do SNVE				
8. O/a prestador/a realiza a técnica de inserção do DIU correctamente **Se mais de um profissional realiza este atendimento, observar os diferentes profissionais.**				
Observar na inserção do DIU, se o/a prestador/a:	1	2	3	
u. Explica a utente o procedimento que será realizado				
v. Pergunta se a utente esvaziou a bexiga				
w. Posiciona a utente para o exame				
x. Cobre a utente adequadamente				
y. Lava as mãos com água limpa e sabão e seca com toalha limpa e individual				
z. Coloca luvas de exame nas duas mãos				
aa. Observa e examina os genitais externos				
bb. Faz toque bimanual para verificar a posição uterina				
cc. Coloca o espéculo adequadamente				
dd. Examina o colo para ver se não há sinais de infecção				
ee. Limpa o colo uterino e paredes vaginais com solução anti-séptica sem álcool				
ff. Pinça o colo uterino com uma pinça Anel (Pozzi)				
gg. Introduz o histerometro delicadamente e verifica medida do fundo uterino				

hh. Monta o DIU dentro do pacote estéril (ajustando a medida do aplicador)				
ii. Insere o DIU no aplicador				
jj. Tracciona a pinça de colo delicamente e introduz suavemente o DIU				
kk. Retira o embolo e depois o aplicador				
ll. Corta os fios do DIU a mais ou menos 3 cm do colo				
mm. Antes de remover as luvas, deita fora os materiais usado num recipiente com saco plástico identificado para material contaminado				
nn. Coloca todos os instrumentos em soluções do cloro a 0,5% por 10 minutos para descontaminação				
oo. Lava as luvas numa solução com cloro a 0,5% antes de retirá-las e deitar fora em recipiente com saco plástico para lixo contaminado				
pp. Lava as mãos com água limpa e sabão e seca com toalha limpa e individual				
qq. Pergunta à utente como se sente				
rr. Ensina à utente a pesquisar os fios do DIU				
ss. Orienta sobre os sinais de perigo (febre, dor intensa tipo cólica, sangramento muito abundante, corrimento com odor fétido) e que deve voltar ao centro nestes casos				
tt. Reforça e garante o acesso da utente ao serviço quando apresentar sinais de perigo				
uu. Orienta sobre o esquema de seguimento para o DIU e marca consulta de retorno				
vv. Regista as informações na ficha clínica e livro de registo				

TOTAL DE CRITÉRIOS OBSERVADOS:	
TOTAL DE CRITÉRIOS ALCANÇADOS:	