



USAID | ANGOLA
FROM THE AMERICAN PEOPLE

SERVIÇOS ESSENCIAIS DE SAÚDE – EHSP/SES



INQUÉRITO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE POR AMOSTRAGEM DE LOTES (LQAS)

LUANDA, ANGOLA
OUTUBRO, 2009

Índice

Índice.....	82
Abreviaturas.....	83
Introdução.....	84
Metodologia.....	84
Resultados.....	86
Discussão.....	93
Conclusões.....	93

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 Pública.
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:	Síndrome de imunodeficiência 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 imunodeficiência 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.

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 políticas, 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 dá um nível aceitável de erro para tomada de decisões de programa, com uma precisão de pelo menos 92%. 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 da presente avaliação do ano 3 do projecto SES foi levada a cabo nas áreas de saúde das US alvo de quatro municípios da província de Luanda e três municípios 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); Samba e Benfica (Samba). No Huambo as AS foram as seguintes: Caala e Calenga (Caala); Cacilhas, Mineira, S. João, S. Pedro e Sto. António (Huambo) e Bailundo (Bailundo).

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 a 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 49 anos de idade bem como a homens, nos agregados familiares onde se encontrassem presentes. 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%.

O Projecto SES tem treinado Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a realização regular de inquéritos LQAS. Dada a rotatividade dos ACS e sua disponibilidade no momento do inquérito, SES tem retreinado o pessoal disponível e novos ACS. 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 dois dias para a utilização dos questionários, técnicas de entrevista e selecção da amostra. Uma simulação de inquérito ajudou a fazer o pré-teste dos questionários e a melhorar a formulação de perguntas. 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 por duas pessoas contratadas e treinada para o efeito em Huambo e Luanda. 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

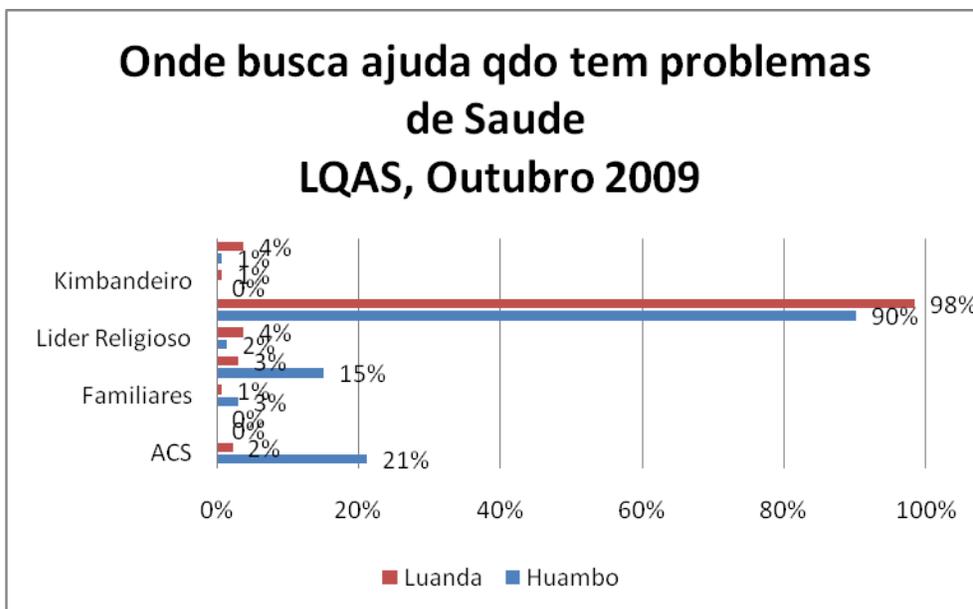
Foram conduzidas 264 entrevistas a agregados familiares, sendo 132 em Luanda e 132 no Huambo. A distribuição etária e por sexo das pessoas entrevistadas e apresentada na tabela seguinte:

Tabela 1: Distribuição etária por sexo em Luanda e Huambo

AGEGRP	Luanda		Huambo	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
15-19	3	6	3	14
20-24	5	31	8	17
24-29	5	20	6	17
30-34	0	10	4	13
30-39	6	18	1	12
>=40	10	9	9	25
TOTAL	29	94	31	98

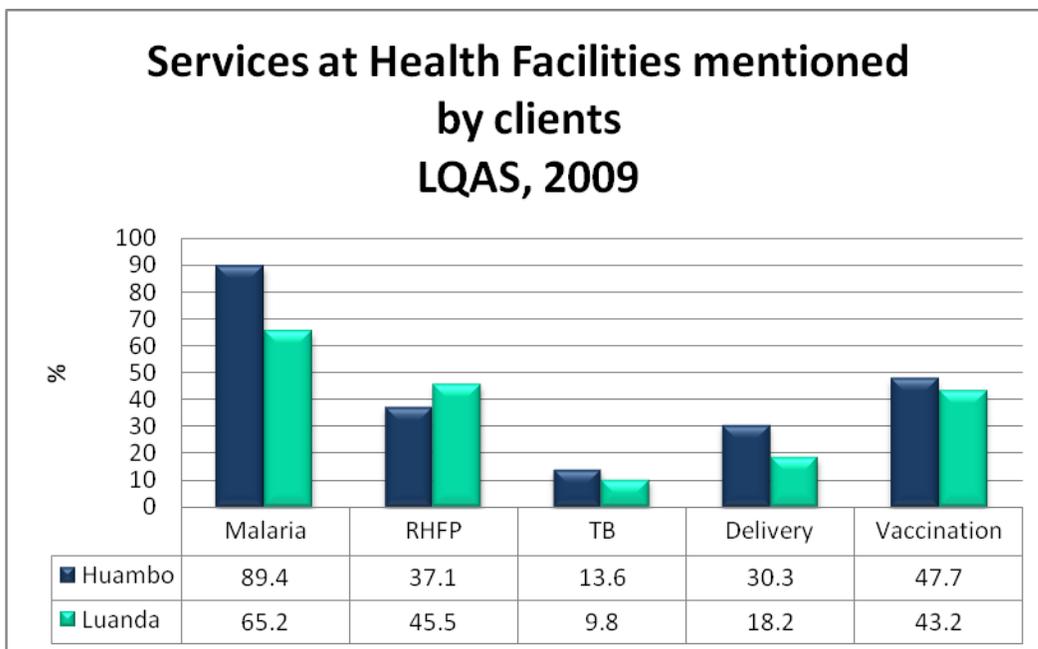
Praticamente todos os inquiridos reportaram buscar ajuda em caso de necessidade as unidades sanitárias públicas, como pode ser visto na figura 1.

Figura 1: Onde busca ajuda em caso de problemas de saúde



Em relacao conhecimento de serviços prestados nas unidades sanitárias, a maioria, tal como em no inquérito de base, a grande maioria referiu-se a malária 75.8% na linha de base e 77.3 no presente inquérito. A distribuição dos conhecimentos é apresentada na figura 2 seguinte:

Figura 2: Serviços prestados nas unidades sanitárias mencionados pelos entrevistados:

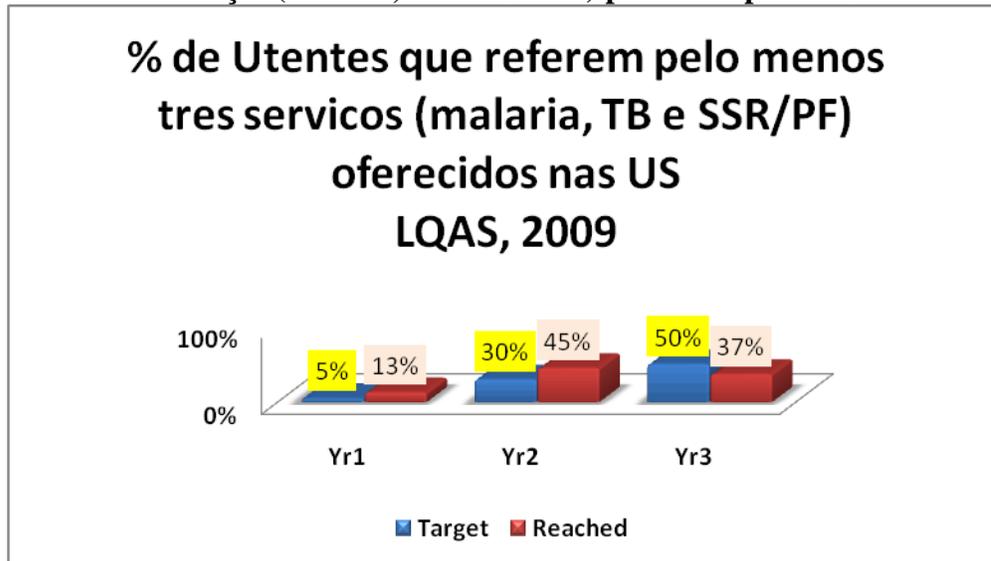


A tuberculose foi mencionada por apenas 13.6% no Huambo e 9.8% em Luanda. Esta situação pode estar relacionada com o facto de grande parte das US visitadas não fazerem

o tratamento da TB, fazendo somente o despiste e a referência dos pacientes a centros de tratamento.

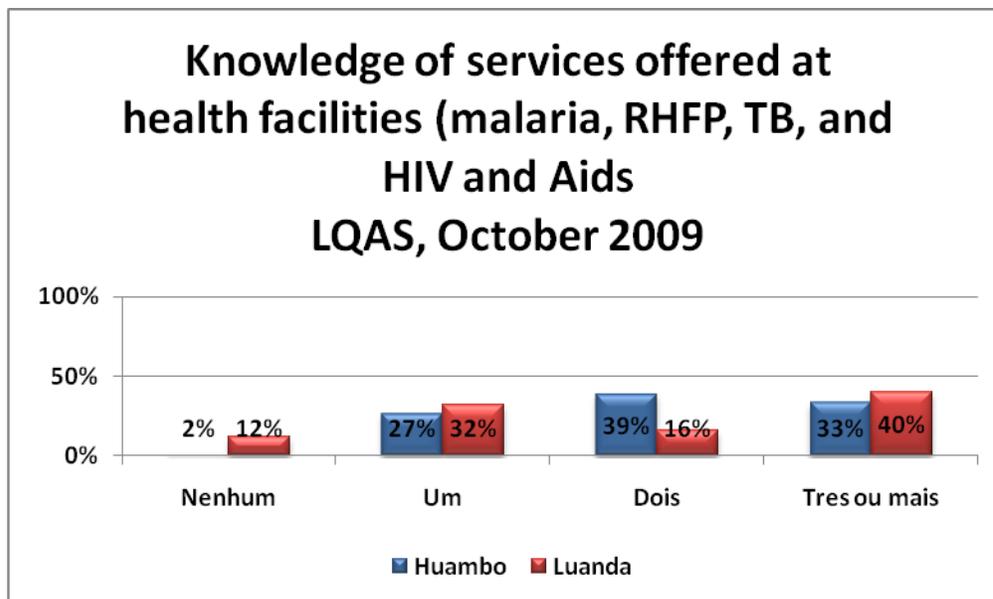
O inquérito colocou questões sobre o conhecimento de pelo menos três serviços (malária, TB e SSR/PF) disponíveis nas US. Este indicador tem como objectivo medir o sucesso do projecto em transmitir conhecimentos correctos, compreensíveis e relevantes de BCC as comunidades servidas pelo projecto sobre os serviços instalados nas US. A resposta este indicador e ainda fraca em ambas as províncias, contudo e notório um crescimento significativo em relação a linha de base, como apresentado na figura seguinte.

Figura3: Distribuição anual da percentagem de utentes que mencionados pelo menos três serviços (malária, TB e SSR/PF) prestados pelas US.



A distribuição do numero de respostas mencionadas e mostrada na figura seguinte:

Figura 4: Percentagem de utentes que mencionam serviços prestados nas US



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.

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 passa mensagens da saúde que informam as comunidades sobre a prevenção da malária, particularmente na importância do uso de redes mosquiteiras impregnadas de longa duração. Em relação à disponibilidade e uso de pelo menos uma rede mosquiteira no agregado familiar situa-se em 83% no Huambo e 78% em Luanda. 16% no Huambo e 13% em Luanda dispõem de redes mas não as usam e 27% e 15% no Huambo e Luanda respectivamente não possuem redes mosquiteiras.

Figura 5: Prevenção da Malária

Conhecimento de prevencao da malaria no Huambo e Luanda LQAS, Outubro 2009

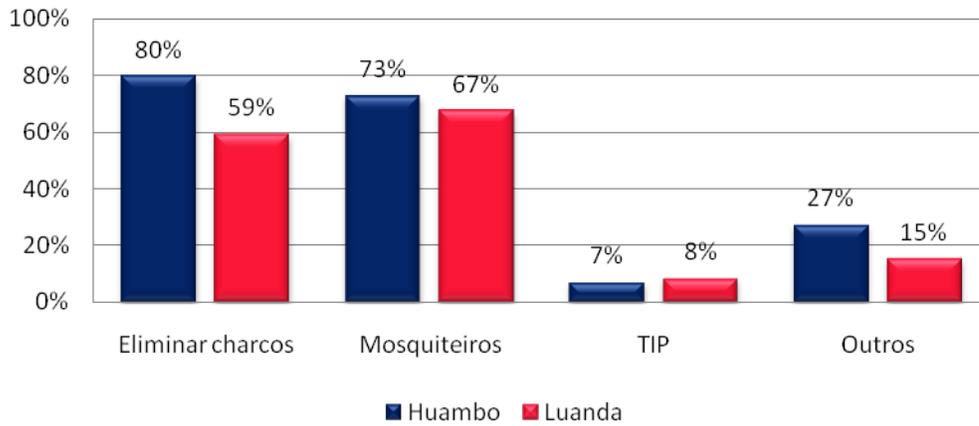
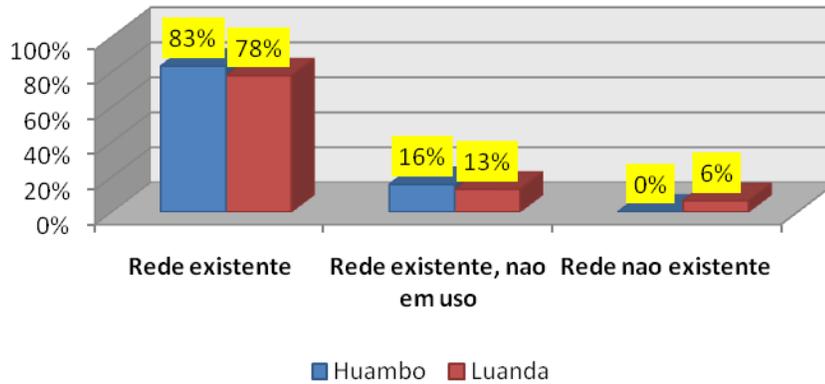
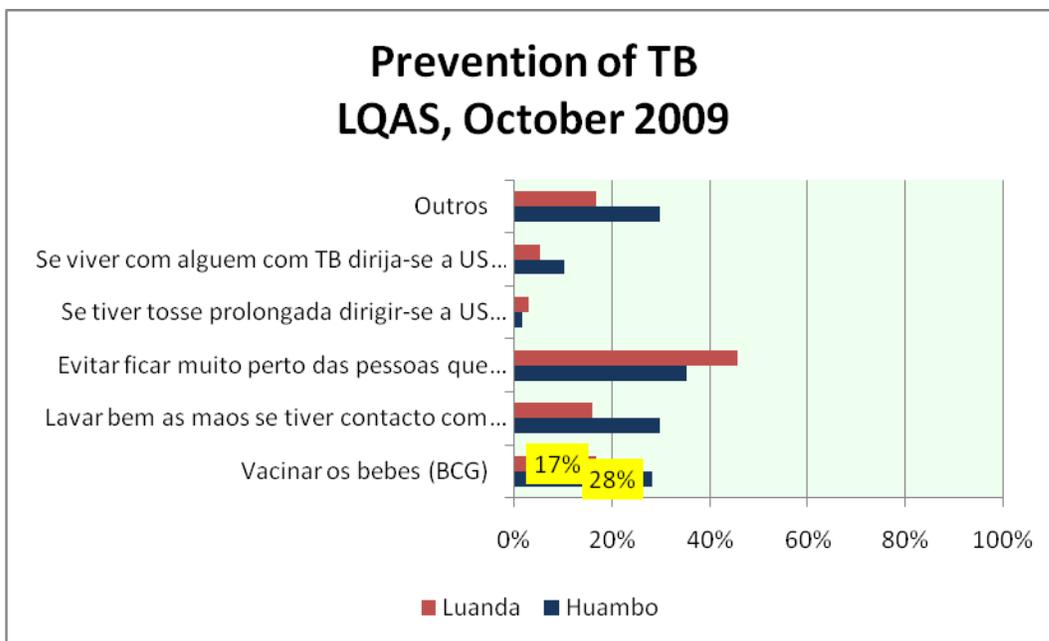


Figura 6: Existencia e uso de rede mosquiteira impregnada de longa duracao LQAS, Outubro de 2009



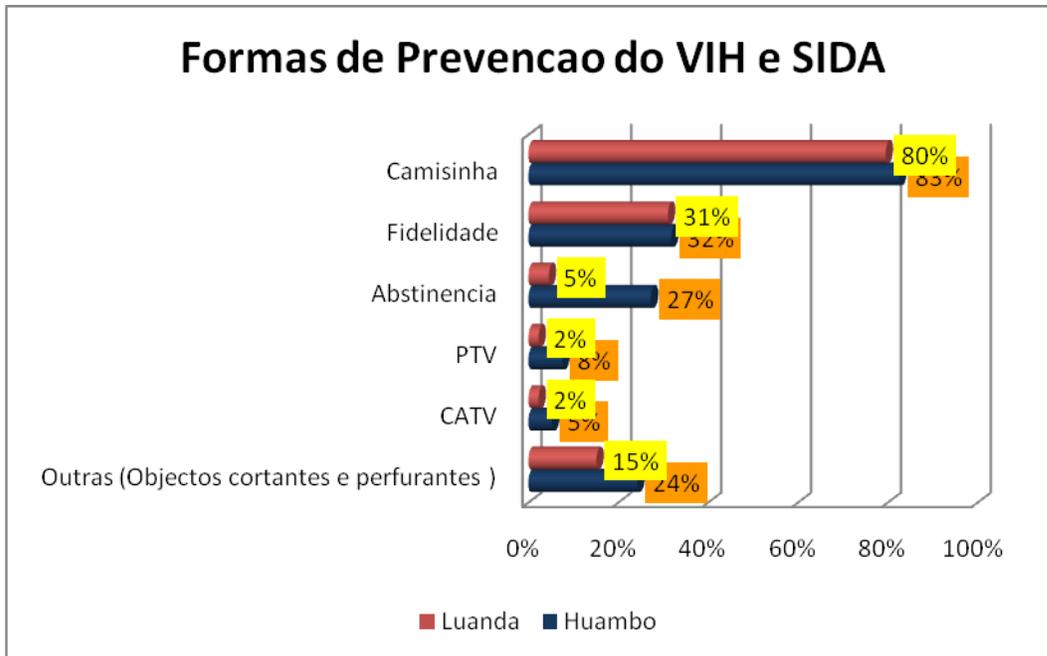
A prevençao da tuberculose e mencionada basicamente na perspectiva do isolamento dos pacientes com TB, separaçao do utensilios que estes usam. Somente 17% dos inquiridos em Luanda e 28% no Huambo referem a toma da vacina de BCH. A referencia dos pacientes as unidades sanitarias em caso de suspeita de TB nao e praticamente mencionada.

Figura 7: Prevençao da Tuberculose



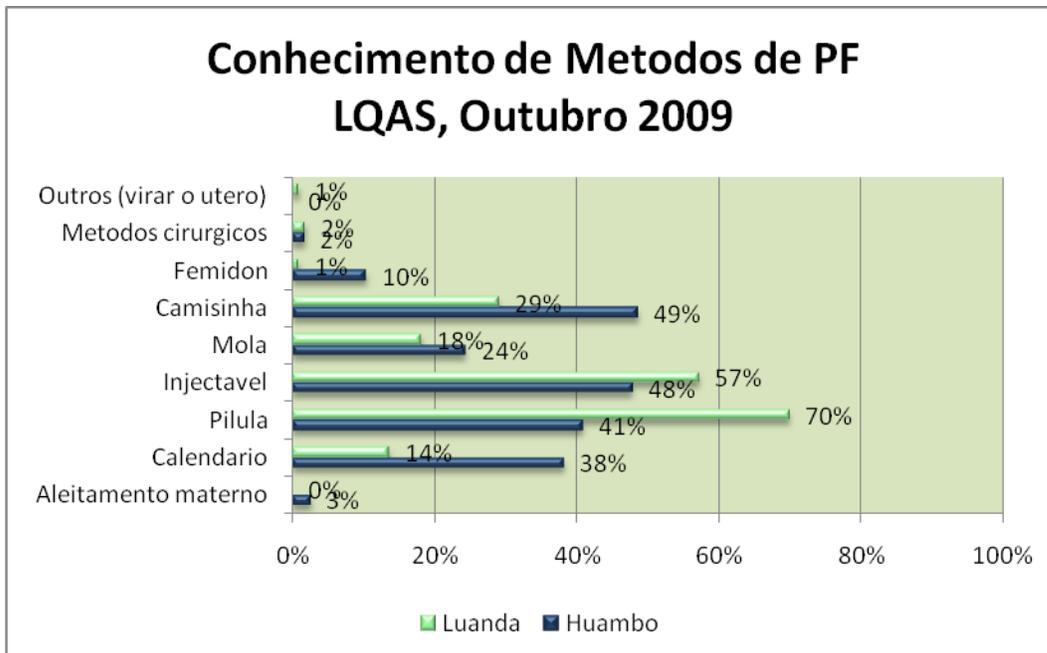
Em relação a prevenção do VIH e SIDA, 80% das entrevistas e 83% no Huambo referem o uso do preservativo masculino como forma de prevenção do VIH e SIDA. A menção a fidelidade foi somente em cerca de 30% nas duas províncias. A abstinência parece ser pratica de somente um pequeno grupo de pessoas no Huambo (27%) em Luanda e mencionada por somente 5% dos entrevistados. Os conhecimentos sobre PTV e CATV precisam de ser melhorados nas campanhas de educação promovidas pelo projecto e pelas redes de ACS e de mobilização comunitária.

Figura 8: Prevenção de VIH e SIDA



Cerca de 90% dos entrevistados já ouviram falar de planeamento familiar. A distribuição do conhecimento de métodos de PF por província e apresentada na figura 9.

Figura 9: Conhecimento de métodos de métodos de Planeamento familiar



Discussão

O conhecimento dos serviços prestados nas Unidades Sanitárias mostra um que houve uma melhoria significativa em relação aos reportados em 2007. Contudo, algumas áreas como a TB, serviços de PTV e CATV 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.

Conclusões

Os resultados obtidos vão contribuir para orientar acções de alcance comunitário, particularmente na promoção de serviços prestados pelas unidades sanitárias, formas de prevenção e outras acções quer visem diminuir o flagelo da morbi-mortalidade em Angola. A informação deste inquérito irá complementar a informação recolhida por outros estudos, sempre pensando na adopção de estratégias de comunicação que potenciem a melhor transmissão de conhecimentos as comunidades.