

Republica Democrática  de São Tomé e Príncipe

Ministério da Saúde
Centro Nacional de Endemias (CNE)



Plano de Seguimento e Avaliação
VIH/SIDA
Tuberculose
Paludismo

Setembro 2017



São Tomé e Príncipe

Actualizado em Setembro de 2017

INDICE

INDICE	2
Siglas e Abreviaturas	3
Lista de Tabelas e Gráficos	4
Lista dos Anexos	5
I. PERFIL DO PAÍS	6
1.1. VISÃO GERAL	6
1.2. SISTEMA POLÍTICO-SOCIAL	6
1.2.1. Estruturas de governação	6
1.2.2. Organização do sistema de saúde do PNLP, PNLT e PNL	1
II. INTRODUÇÃO/CONTEXTO	2
III. QUADRO DE S&A DO PROGRAMA NACIONAL DE LUTA CONTRA O PALUDISMO, TUBERCULOSE E VIH/SIDA EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE	4
3.1. Fluxo de dados dos programas (HIV, Tuberculose, Paludismo)	5
3.2.3. Estratégias de implementação	7
INFORMAÇÃO E DISSEMINAÇÃO DE DADOS	27
CONTROLO DE QUALIDADE DOS DADOS	27
Coordenação e seguimento dos sub-beneficiários	29
Bibliografia	33

Siglas e Abreviaturas

APSR – Abordagem Prática da Saúde Respiratória
ASC - Agente de saúde comunitária
CDT– Centro de despistagem e tratamento
CDT – Centros Distritais de Tratamento
CNE– Centro nacional de Endemias
CNES – Centro Nacional de Educação para Saúde
CQ - Controlo de qualidade
CT– Centro de tratamento
DOT – Tratamento directamente observado
DPS – Domínio de Prestação de Serviço
FGSTP – Fundo Global São Tomé e Príncipe
FMI - Fundo Monetário Internacional
FNM – Fundo Nacional de Medicamentos
HAM – Hospital Dr. Ayres de Menezes
IDS – Inquérito demográfico Sanitário
IVSM – Instituto Victor Sá Machado
MS – Ministério de Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não-governamental
PAM – Programa Alimentar Mundial
PNDS - Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNLCS– Programa Nacional de Luta Contra VIH/SIDA
PNLS – Programa Nacional de Luta contra sida
PNLT – Programa Nacional de Luta contra Tuberculose
PNUD Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento
PPD - teste PPD
RDE – Responsáveis Distritais de Estatísticas
RDSTP República Democrática de São Tomé e Príncipe
RGPH – Recenseamento Geral da População e Habitação
RH – Recursos Humanos
RX – Raio X
SIS – Sistema de Informação sanitária
SR - Saúde reprodutiva
STP – São Tomé e Príncipe
TB – Tuberculose
TB/MR – Tuberculose Multirresistente
TB/UR - Tuberculose Ultra resistente
TB/VIH- Tuberculose/Vírus de Imunodeficiência Humana Adquirida
TB-MR – Tuberculose Multirresistente
TB-MR/UR – Tuberculose Multirresistente/Ultra resistente
TP M+ - Tuberculose Pulmonar BK Positivo
TV- Televisão
TVS- Televisão Santomense
USD – United State Dollar (DólarAmericano)
VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana Adquirida
VIH/SIDA – Vírus de Imunodeficiência Humana Adquirida

Lista de Tabelas e Gráficos

Tabela 1.2.3: Actividades e Orçamentos do PEN TB 2013-17 por Domínios de Intervenção

Tabela 1.2.4: Síntese do quadro de desempenho do PEN TB 2013-17

Tabela 2.3: Ajustamento Orçamental ao PEN TB 2013-17

Tabela 2.4: Extracto da Tabela de Indicadores de Resultado do PI TB 2013-15

Tabela 3.1: Particularidades/Diferenças entre o Seguimento e a Avaliação

Matriz 1: Indicadores de Efeito

Matriz 2.a: Indicadores de Resultados/Produtos

Matriz 2.b: Indicadores de Resultados/Produtos (sequência)

Matriz 3.a: Indicadores de Processo e/ou Resultados

Matriz 3.b: Indicadores de Processo e/ou Resultados (sequência)

Matriz 4: Alguns Indicadores de Resultados (Plano de Implementação TB 2013-15)

Gráfico 1.2.3b: Horizonte temporal inicial de execução das Actividades do PEN TB 2013-17

Gráfico 1.2.3c: Grupo / Tipo de Actividades do PEN TB 2013-17

Gráfico 2.2: Síntese da Planificação das Actividades e Orçamento do PI TB 2013-15

Gráfico 3.2.2: Síntese dos resultados da auto-avaliação do Sistema S & / CNE- Ilhéu 2011

Gráfico 3.2.2.b: Carências e Competências dos Pessoal CNE em S&A - Auto-Avaliação, Novembro de 2013

Diagrama 2.2: Extracto do Guião de Implementação das Actividades do PI TB 2013-15

Lista dos Anexos

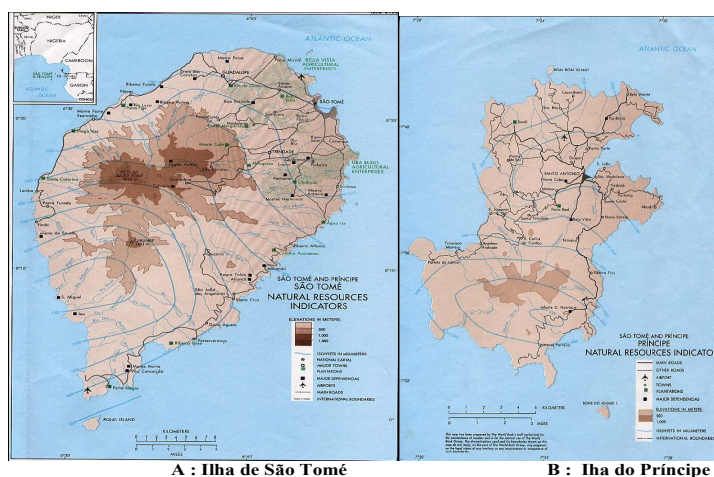
- ANEXO 1: Fragilidades Institucionais (PNLT/CNE) inerentes ao Sistema S & A
- ANEXO 2: Formulário suporte a AUTO-AVALIAÇÃO (página Retro)
- ANEXO 3: Formulário suporte a AUTO-AVALIAÇÃO (página Verso)
- ANEXO 4: Trabalho de grupo (Extracto da Tabela de Dados)
- ANEXO 5: Trabalho de grupo (Guião de Avaliação)
- ANEXO 6: Medidas de Fortalecimento do Sistema S & A- Situação em Nov. 2013
- ANEXO 7: Principais ASPIRAÇÕES dos participantes
- ANEXOS 8.a, 8:b e 8.c: Indicadores de Resultados propostos no PI TB 2013-15
- ANEXO 9: Suivi et Évaluation – Modèle de suivi du bénéficiaire principal
- ANEXO 10: Modelo de relatório de Sub-beneficiários
- ANEXO 11: Previsão para o próximo trimestre
- ANEXO 12: Relatório mensal dos distritos sanitários
- ANEXO 13: -Relatórios trimestral e mensal dos laboratórios
- ANEXO 14: Ficha de seguimento domiciliar (ASC)

I. PERFIL DO PAÍS

1.1. VISÃO GERAL

São Tomé e Príncipe (STP) está situado no Golfo da Guiné à 350 km da costa Africana. O país é de origem vulcânica e é constituído por duas ilhas, São Tomé e Príncipe, que distam uma da outra 150 km de distância. O país tem uma área de 1.001 km², a ilha de São Tomé tem a maior área (859 km²). O país é relativamente perto do Gabão (a leste), da Guiné Equatorial e da Nigéria (no Noroeste) e Camarões (Nordeste). O país está dividido em seis distritos e uma região autónoma, a Região Autónoma do Príncipe (RAP). A população é de 178.739 habitantes (censo de 2012) e é estimada em 193,714 em 2016. Os dados demográficos de STP estão descritos na tabela abaixo:

Mapa da República Democrática de São Tomé e Príncipe



1.2. SISTEMA POLÍTICO-SOCIAL

1.2.1. Estruturas de governação

São Tomé e Príncipe é uma República semipresidencialista, democrática, representativa. O Presidente da República é o Chefe de Estado e o Primeiro-ministro, Chefe do Governo de um sistema multipartidário. O poder executivo é exercido pelo Governo e o legislativo, pela Assembleia Nacional. O judiciário é independente do executivo e o legislativo. O País está dividido em sete regiões administrativas, sendo seis distritos em São Tomé e uma Região Autónoma, o Príncipe.

O Sistema Nacional de Saúde é o arranjo organizacional que dá suporte à efetivação da Política Nacional de Saúde (PNS), e aglutina o conjunto das organizações públicas e privadas de saúde existentes ao nível nacional, distrital e comunitário. Organiza-se a dois níveis. O Central, de abrangência nacional e o Distrital periférico.

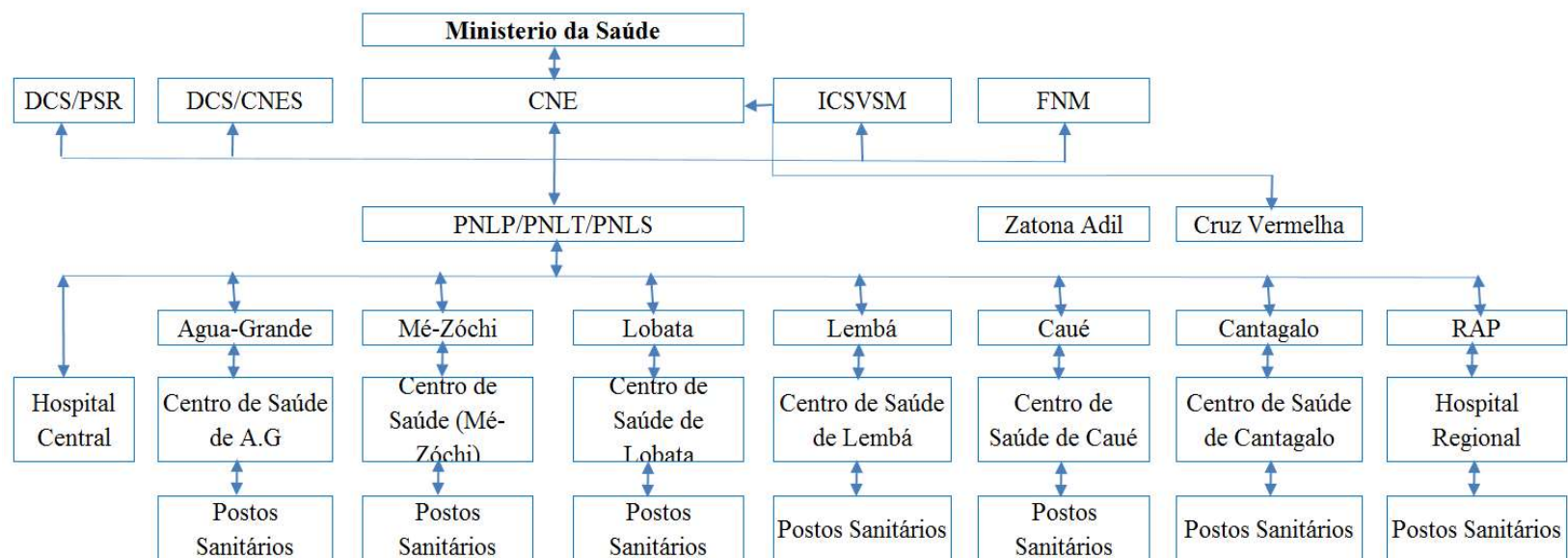
O nível central compreende o Ministério da Saúde o Centro Nacional de Endemias, o Fundo Nacional de medicamentos, Hospital Central e Cuidados de Saúde.

O Centro Nacional de Endemias dirigido por um diretor é o organismo responsável pelo conjunto das atividades relativas à organização e a gestão dos Programas Nacional de Luta contra o Paludismo SIDA (PNLS), Tuberculose (PNLT), de luta contra Doenças Não transmissíveis (PNLNT) e Doenças Transmissíveis Negligenciadas (PNLDTN).

O nível periférico está constituído por centros de saúde com internamento, postos de saúde e postos comunitários. Os postos comunitários são instalados nas comunidades onde o acesso a postos de saúde são de difícil acesso.

A rede de infraestruturas de apoio à prestação de serviços no domínio da saúde inclui 37 Unidades Sanitárias de entre as quais 6 centros de Saúde, 27 Postos Sanitários, 2 Centros de Saúde Reprodutiva, 1 Hospital Central e 1 Hospital Regional: Os Postos Comunitários, Postos Sanitários e Centros de Saúde são Unidades Básicas de Saúde e constituem o primeiro nível do sistema de referência. Estas estruturas dão suporte a um grupo interdisciplinar de profissionais envolvidos na rede de assistência primária à saúde e devem desempenhar o papel de interligação entre a população e os serviços de nível mais elevado como o Hospital Central Ayres de Menezes

1.2.2. Organização do sistema de saúde do PNLP, PNLT e PNLS



II. INTRODUÇÃO/CONTEXTO

Para uma melhor compreensão do conteúdo deste plano pelos diferentes actores e utilizadores em todos os níveis, é importante de lembrar alguns conceitos que aparecem com mais frequência, quando se fala de seguimento e avaliação de um programa/projecto.

Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica consiste na recolha, tratamento, análise e interpretação regular e sistemática das informações específicas as doenças junto aos responsáveis para uma tomada de decisão coerente.

Seguimento

Consiste na recolha, análise, e o uso contínuo e sistemático de informações para a gestão de um programa e a tomada de decisão. O seguimento tem como objectivo: fornecer as informações permitindo identificar e resolver problemas de execução, tendo em conta a planificação inicial. Seguimento permite por outro lado, observar sistematicamente os recursos, processos e resultados. Em resumo, assegura que os recursos sejam usados, que a população/pacientes usem os serviços, que as actividades sejam realizadas em tempo útil, e os resultados sejam obtidos.

Para obter as informações, é utilizado os registos de rotina e os sistemas de notificação periódica como as visitas de estabelecimentos de saúde e dos inquéritos junto aos beneficiários de serviços. Os dados são recolhidos ao nível dos estabelecimentos de saúde, compilados ao nível do distrito e reagrupados ao nível regional e nacional. O resultado da análise dos dados compilados são enviados dos distritos para os programa e vice-versa (Rétro-informação).

Em resumo o seguimento é uma démarche, um dispositivo, uma medida contínua e um instrumento de gestão ao quotidiano.

Avaliação

Consiste na recolha periódica de informações sobre:

- a pertinência;
- a eficácia;
- o impacto;
- e a perenidade de um programa, em relação com os objetivos inicialmente fixados.

Avaliação tem como objectivo conhecer os resultados produzidos pelos recursos (*Avaliação dos resultados*), obter e avaliar o impacto causado (*Avaliação do impacto*).

Em suma, rever as realizações do programa/projecto em relação aos resultados esperados. Ela permite igualmente utilizar a experiencia de programas/projectos e as lições apreendidas para melhorar os programas/projectos e os futuros projectos.

Avaliação precisa de uma análise mais profunda de fontes suplementares de dados tais como o relatório do pessoal, entrevistas com o pessoal ou com os utentes e os grupos de discussão. Ela é menos frequente que o seguimento de rotina.

A avaliação é uma fotografia, um diagnóstico, uma apreciação e uma ajuda a decisão.

Ela constitui uma componente basilar dos Planos Estratégicos Nacionais (PEN) dos três programas, (PNLP, PNLT e PNLS) para, na perspectiva de avaliar se a execução das acções decorre como prevista e qual o impacto das mesmas. Com efeito, na perspectiva de garantir uma avaliação eficaz das intervenções de luta contra o paludismo, a tuberculose e o VIH/SIDA, no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, com este plano pretende-se, de entre outras, monitorizar a tendência da morbilidade e da mortalidade causadas por essas 3 doenças; assegurar a monitorização da execução das actividades e a tendência do alcance das mesmas; assim como a monitorização dos recursos materiais, medicamentos, insecticidas e afins bem como os meios financeiros.

O PNLN, PNLT e PNLS, estão integrados no Centro Nacional das Endemias (CNE), dirigido por 2 coordenadores, 1 para paludismo e 1 para Tuberculose e VIH/SIDA.

Foi designado um responsável geral de S&A do CNE, um responsável de S&A (gestão dos dados e das informações dos programa) para cada um dos programas.

O responsáveis de S&A do PNLN, PNLT e PNLS como parte integrante da Célula central do S&A do CNE, são chamados a trabalhar em estreita colaboração com esta última quer sobre questões relacionadas com a padronização, gestão e divulgação da informação quer em matéria de gestão, racionalização dos recursos, nomeadamente os humanos. Este imperativo justifica-se sobretudo ao nível das actividades transversais no terreno ou simplesmente ao nível dos distritos onde os Responsáveis Distritais de Estatísticas (RDE), os Agentes de Saúde Comunitária (ASC), os Delegados bem como as ONGs desempenham um papel preponderante na produção e divulgação da informação sanitária e no funcionamento do sistema S&A dos 3 programas.

Do ponto de vista operacional o seguimento, avaliação e medidas de impacto têm sido assegurados, por um lado, com recurso aos instrumentos de registo e de notificação disponíveis nos centros distritais de diagnóstico e de tratamento e, por outro lado, pela elaboração dos relatórios epidemiológicos e pelas actividades de supervisão e reuniões trimestrais de coordenação das acções e intervenções financiadas nomeadamente pelo Fundo Global.

Uma equipa de trabalho incluindo o responsável de S&A do PNUD/Fundo Global, foi criada para o seguimento das actividades. Os instrumentos de colecta de dados em formato papel foram criados a partir dos programas electrónicos (Epiinfo, Excel) e outros suportes eletrónicos (Spectrum, ART monitoring) para VIH/SIDA; (Excel e software FILEMAKER PRO) para paludismo, e (Excel e SPSS) para tuberculose, o que facilita a análise dos dados, actualização e projecção de epidemias para essas 3 doenças.

Ao nível dos distritos, os programas trabalham conjuntamente com os responsáveis distritais de epidemiológica (RDE) que são responsáveis pela colecta e tratamento básico dos dados ao nível do sector da saúde. As ONG e outras estruturas extra saúde fornecem trimestralmente os dados necessários numa ficha de colecta padronizado.

Os programas considerados como eficazes são aqueles que podem demonstrar que os resultados foram alcançados. Os bons resultados provem de uma boa gestão, baseada numa boa informação obtida de dados fiáveis e analisados atentamente.

Neste plano serão definidos indicadores para as 3 doenças bem como a forma de os obter. Este plano de seguimento e avaliação (S&A) seguirá, essencialmente, as prioridades definidas no parcelamento dos objectivos a atingir, descritos nos respectivos planos estratégicos e cobre o período da planificação estratégica dos mesmos.

Este plano deverá ajudar os responsáveis a :

- Verificar se o programa alcançou os resultados esperados e quais modificações devem ser feitas para melhorar a eficiência e ou a eficácia das actividades do programa;
- Determinar se as actuais estratégias do programa são apropriadas e eficazes;
- Supervisionar e orientar os actores na execução das actividades, seguir os recursos (financeiros e humanos) e os resultados (produtos e serviços).

III. QUADRO DE S&A DO PROGRAMA NACIONAL DE LUTA CONTRA O PALUDISMO, TUBERCULOSE E VIH/SIDA EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

São Tomé e Príncipe vem reunindo todos os esforços para otimizar os recursos e alcançar sucessos na luta contra as principais endemias.

Dentre as acções para este efeito, e visto que o Sistema de Informação Sanitária (SIS) ainda não se mostrava a altura de jogar o seu papel de centralização e disponibilização dos dados do sector da saúde, em tempo útil, o Ministério da Saúde decidiu organizar e reforçar a componente de monitorização e avaliação do CNE. A partir de 2010 o Serviço Nacional de Informação Sanitária foi reforçado em pessoal, adjunto a Direcção do Plano e Finanças do Ministério da Saúde e equipamentos, para responder às necessidades de informação da saúde. De igual modo, o sistema foi também reforçado com uma plataforma eletrónica, através de parcerias do Governo, para que fosse funcional e permitisse fluir toda a informação relativa aos serviços de saúde dos distritos ao centro e viceversa, e disseminar aos interessados. No entanto, esta plataforma não está ativa por problemas técnicos e financeiros (alojamento da base de dados num servidor).

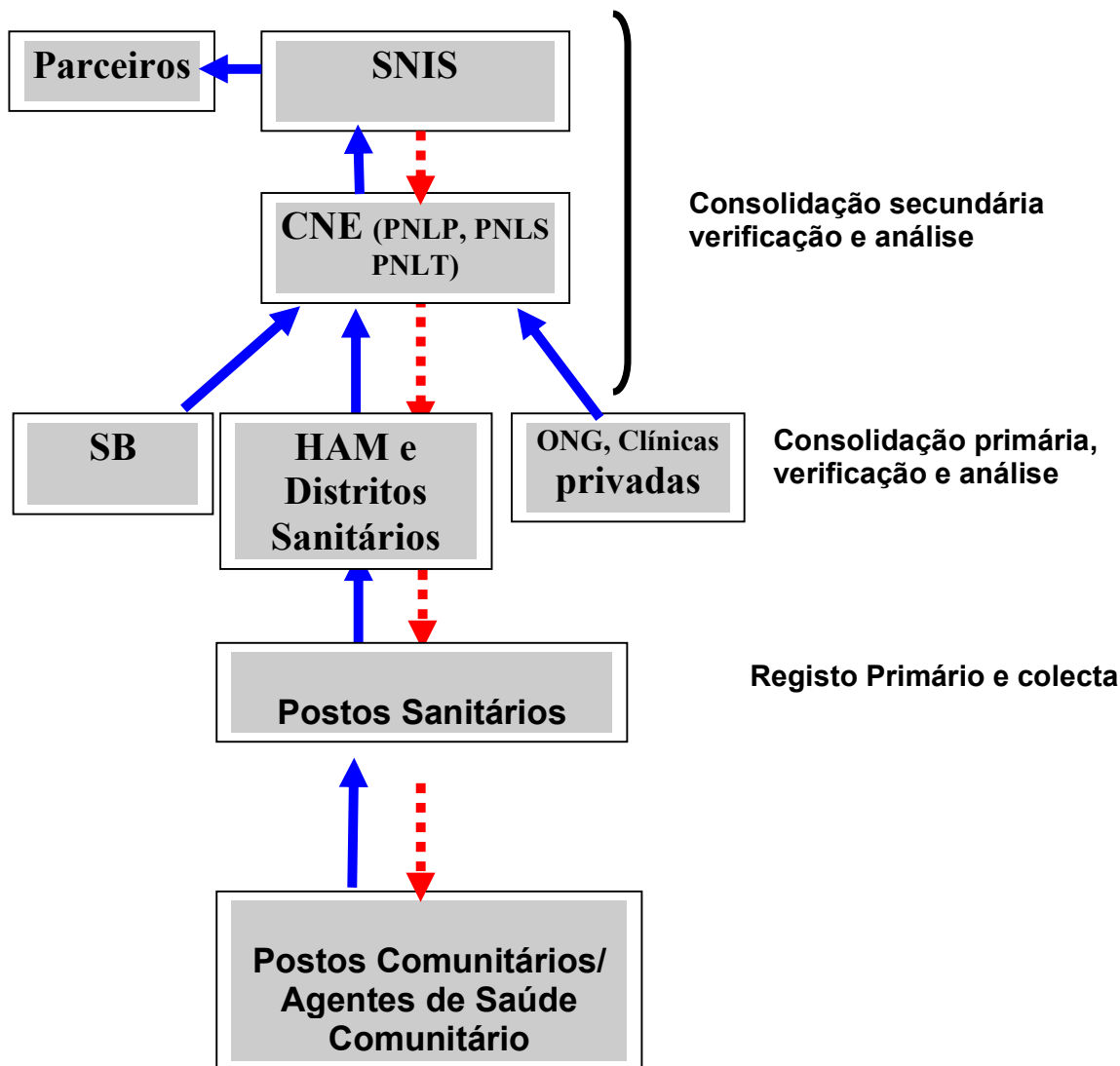
Assim, no âmbito do reforço das acções de Seguimento e Avaliação (S&A) do CNE, foi instalada em 2008 uma Unidade que integra a monitorização e avaliação de todos os seus Programas. Neste domínio o CNE continuará a ser responsável apenas pelas informações técnicas relativa às endemias principais (SIDA, Tuberculose, Paludismo, Doenças não Transmissíveis e Doenças Tropicais Negligenciadas), cabendo ao sector Nacional de Vigilância Epidemiológica Nacional seguir a tendência de todas as outras doenças transmissíveis potencialmente epidémicas, ao passo que o SIS é responsável pela informação mais exaustiva.

Foi também instalado, em 2013, um sistema de transmissão electrónica de dados de paludismo (Filemaker Pro) de todos os distritos sanitários, para o CNE. Isto veio possibilitar a disponibilidade diária, no programa central, dos dados de paludismo ao nível nacional.

Na perspectiva de um sistema conjunto, viu-se a necessidade de abranger este sistema para as outras duas doenças (TB e VIH). Neste sentido, no âmbito de projecto com o FG, foram adquiridos 36 computadores portáteis para as unidades sanitárias, e iniciou-se um processo piloto de instalação e utilização do sistema (Filemaker Pro) para as USs do distrito de Agua Grande. Entretanto com a saída do parceiro que suportaria a instalação e a licença com o sistema (Filemaker Pro), e na intenção de se ter um sistema que seja utilizado e conhecido a nível dos outros países, propôs-se a instalação do sistema DHIS2, que será extensivo para os três programas e para o Sistema de Informação Sanitária. Um processo de seguimento e avaliação eficaz baseia-se num esquema claro e lógico dos resultados, nos quais estes devem passar de um nível a outro para resultar na realização dos objectivos fixados. O processo de seguimento e avaliação dos Planos Estratégicos das três doenças seguirá o seguinte quadro lógico:



3.1. Fluxo de dados dos programas (HIV, Tuberculose, Paludismo)



De acordo com o esquema acima indicado, este circuito permite indicar o fluxo de dados e de informações de uma estrutura a outra de nível superior e vice-versa, no serviço nacional de saúde. Espelha-se também o circuito de informação dos sub-beneficiários ao serviço nacional de saúde e a disseminação de informação aos parceiros.

Ao nível Comunitário, os dados para os três programas são colectados de maneira activa pelos Agentes de Saúde Comunitária (com ou sem posto comunitário) e em seguida transmitidos o mais tardar até o dia 5 do mês seguinte ao Posto de Saúde mais próximo.

Ao nível do Posto Sanitário, as informações colectadas mensal a este nível e ao nível da comunidades são sintetizadas e analisadas para as necessidades de planificação e tomada de decisão a este nível. O mecanismo de retroalimentação será posto em acção para informar os níveis inferiores (postos

comunitários periféricos). A síntese das informações sanitárias será de seguida enviada, mensalmente, até ao dia 7 do mês seguinte.

Ao nível Distrital, e de forma a permitir o reforço do Sistema Nacional de Informação Sanitária (SNIS), os dados dos postos sanitários serão compilados, tratados, explorados e analisados sob diversas formas utilizando todas as tecnologias disponíveis a esse nível e, depois enviados para o Nível Central (PNLP, PNLT e PNLS) até o dia 10 do mês seguinte. Os dados dos relatórios em formato papel serão introduzidos em matrizes electrónicas, formato Excel, para efeitos de registos, análises e produção dos relatórios e posterior arquivo. Uma cópia desses relatórios será encaminhada para os postos sanitários respectivos.

Os SB, as ONGs e as clínicas privadas estarão ao mesmo nível que distritos pois estes enviarão os dados directamente aos programas até o dia 10 do mês seguinte.

Ao nível do Centro Nacional de Endemias (CNE) os 3 programas, com os recursos disponíveis na secção de Seguimento e Avaliação, farão a introdução dos dados em matrizes electrónicas para efeitos de consolidação, análise e produção de relatórios e este nível, e depois enviados ao Sistema Nacional de Informação Sanitária (SNIS).

Ao nível do SNIS que constituirá a estrutura mãe os dados poderão submetidos a uma nova consolidação e análise se necessário. Uma síntese de diferentes dados provenientes dos vários sub-beneficiários, ONGs, clínicas privadas incluindo os distritos sanitários e Hospital Ayres Menezes, envolvidos na luta contra o paludismo, que servirão para a elaboração de relatórios de progresso que serão distribuídos para todos os intervenientes. Cópias desses relatórios serão distribuídas igualmente ao CCM e aos parceiros intervenientes na luta contra o paludismo, a tuberculose e o VIH/SIDA, periodicamente. Uma retroinformação será feita aos distritos de maneira rotineira.

3.2. Objectivos do Plano de seguimento e avaliação

3.2.1. Objectivo geral

Instaurar e implementar mecanismos e instrumentos que permitam as autoridades do PNLP, PNLT e PNLS dispor de informações fiáveis sobre o nível de implementação dos Planos Estratégicos.

3.2.2. Objectivos específicos

- ✓ Fornecer informações técnicas para o seguimento e avaliação dos programas;
- ✓ Fornecer informações sobre a disponibilidade e utilização dos recursos;
- ✓ Disponibilizar os instrumentos de registos e coleta de dados assim como os das directrizes e os das normas;
- ✓ Medir os indicadores de processo e os produtos de intervenção dos programas;
- ✓ Fornecer informações que possam permitir a melhoria da implementação e coordenação das actividades dos programas.

3.2.3. Estratégias de implementação

As seguintes estratégias serão implementadas para a operacionalização deste plano de seguimento e avaliação:

- ✓ Padronização dos instrumentos de colecta de dados;
- ✓ Reforço de competências dos técnicos de saúde;
- ✓ Reforço de competências dos sub-beneficiários ;
- ✓ Coordenação de actividades dos três programas em colaboração com os sub-beneficiários;
- ✓ Seguimento periódico de actividades no terreno;
- ✓ Revisão e avaliação dos programas.
- ✓ Assegurar o seguimento regular da implementação das intervenções programáticas e dos progressos realizados pelos programas através da recolha, gestão e análise de dados;
- ✓ Identificar os constrangimentos encontrados durante o processo de implementação das actividades programadas e apresentar proposta de solução;
- ✓ Reforçar a criação de uma base de um sistema único de dados para os três programas;
- ✓ Documentar periodicamente os resultados esperados/alvos esperados (planificados) para cada objectivo dos programa;
- ✓ Fornecer a retro informação e informação aos actores, aos decisores e aos parceiros para uma tomada de decisão e para melhorar as planificações futuras;
- ✓ Partilhar as lições aprendidas

IV. QUADRO DE PERFORMANCE

O quadro de *performance* compreende 127 indicadores, dos quais 13 são de impacto.

Os indicadores estão distribuídos de acordo a cada programa de seguinte modo:

Para paludismo 53 indicadores, dos quais 6 indicadores de impacto, 19 indicadores de resultado e 28 indicadores de produto.

Para O VIH/SIDA, o quadro de performance contem 30 indicadores, sendo 5 de impacto, 7 de efeito e 18 de resultado .

Indicadores. Sendo,

O quadro de performance do PEN TB 2013-17 compreende 9 indicadores, dos quais 2 são indicadores de Impacto, e os 7 outros são indicadores de Efeito/Resultado. Para o Seguimento e Avaliação do TB - e de acordo com o anterior PSA - acrescentam-se os seguintes **indicadores:**

✓ Quatro (4) novos Indicadores de Efeito

✓ Dezasseis (16) Indicadores de Resultados

Vinte e quatro (24) outros Indicadores de Processo e/ou Resultado.

As matrizes de calculo destes indicadores estão apresentados no anexo.

Tabela 5.3.1- Quadro lógico dos objectivos e indicadores chaves de impacto (Paludismo)

Indicadores de Impacto	Baseline	METAS POR ANO					Fonte	Método	Frequência	Responsável
		2017	2018	2019	2020	2021				
Objectivo Geral: Até 2021, reduzir a incidência de paludismo a menos 1 caso por 1000 habitantes em todos os distritos de São Tomé e 0 (zero) casos autóctones na Região Autónoma do Príncipe.										
1.1. Incidência de paludismo por 1000	(11,6/1000) [2238/193.714*1000]	6,2 [1226/197698*1000]	4,9 [989/201786*1000]	3,5 [721/205963*1000]	2,7 [568/210241*1000]	0,93 [200/214610*1000]	Livros de registos de laboratório	Consulta de registos	Diário, semanal, mensal	PNLP/Distrito
1.2. Incidência do paludismo em crianças <5 anos	(5,1/1000) [152/29736*1000]	(3,6/1000) [86/24119*1000]	(2,8/1000) [69/24618*1000]	(2,0/1000) [50/24922*1000]	(1,6/1000) [40/25439*1000]	(0,5/1000) [14/25968*1000]	Livro de registos do laboratório	Consulta de registos	Diário, semanal, mensal	PNLP/Distritos
1.3. Incidência de paludismo por classificação (autóctone, importado, introduzido)	RAP [(Autot = 0,7 (6 /8052*1000) [(Import =0,5 (4/8052*1000									
1.4. Taxa de positividade do teste de paludismo (microscopia / TDR)	1,8	1,0	0,6	0,4	0,3		Livro de registos do laboratório	Consulta de registos	Diário, semanal, mensal	PNLP/Distrito
1.5. Percentagem de casos investigados	0,4 (10/2238*100)	0,5	0,7	0,9	1	1	fichas de investigação de casos			
1.6. Taxa de mortalidade por paludismo-importado e autóctone (por 100 000)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,0	0,0	Livros de registos de laboratório	Processo clínico	Mensal, anual	PNLP/Distrito HAM

Tabela 5.3.2- Quadro lógico dos objectivos e indicadores chaves de resultado

Estratégias	Indicadores de Resultado	METAS POR ANO							Fonte	Método	Frequência	Responsável
		Baseline	2017	2018	2019	2020	2021					
Objectivo 1: Reforçar o sistema de vigilância epidemiológica, entomológica e seguimento e avaliação aos níveis central, distrital e RAP, bem como a detecção e respostas às epidemias.												
Estratégia 1.1: Consolidar o sistema de detecção, investigação, classificação e relatórios de todos os casos de paludismo adaptado ao contexto de eliminação da doença	1.1.1. Percentagem de casos notificados no prazo de 24 horas	100% (2016)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Relatório (formulário dos Distritos-RDEs)	Verificação	Mensal	PNLP/Distritos
Estratégia 1.2: Reforçar o sistema de gestão de dados (registo, base de dados georreferenciada, recolha, tratamento e relatórios de rotina, auditoria dos dados e retro informação ...) do paludismo a todos os níveis	1.2.2. Percentagem de zonas de riscos mapeados	80%	85%	90%	95%	100%	100%					
Estratégia 1.3: Reforçar o sistema de busca ativa, pesquisa, investigação e classificação dos casos focos residuais, na perspectiva de os mapear e orientar as ações de resposta,	1.3.2. Percentagem de distritos que estão realizando a vigilância caso por caso (todos os casos)	28% (2/7)	43% (3/7)	51% (4/7)	71% (5/7)	85% (6/7)	100% (7/7)	Fichas de investigação dds casos	Verificação	Mensal	PNLP/Distritos	
	1.3.3. Taxa anual de exames parasitológicos por distrito e por foco detectado passivamente ou activamente											
Estratégia 1.5: Consolidar um sistema de monitorização e de vigilância entomológica dos vetores incluindo a gestão da resistência aos inseticidas.	1.5.1 Percentagem de focos investigado	NA						Relatório da investigação	Busca activa de casos	Sempre que seja necessário	PNLP/Distritos/RAP	
Estratégia 1.6: Desenvolver as capacidades de investigação na perspectiva de responder atempadamente os desafios do programa.	1.6.1 Percentagem de pessoas que procuram atempadamente os serviços de saúde em caso de febre	0,00						Relatório do Inquérito CAP na comunidade	Inquérito CAP na comunidade	Bienal	PNLP/ONG	
	1.6.2. Nº de distritos que mudaram da abordagem indiscriminada para a abordagem desciminada com base na cartografia e evidências.	0	1	2	3	5	7	Relatório das intervenções	Verificação	Quando necessário		

Estratégias	Indicadores de resultado	Metas por Ano									
		Baselin e 2015	2017	2018	2019	2020	2021	Fonte	Método	Frequência	Responsável
Objectivo 3: Até 2021, assegurar que 100% da população em risco beneficie de intervenções de luta antivetorial integrada e outros meios de prevenção baseada em evidências (cartografia de focos, estratificação, resistência dos vectores, de entre outros);											
Estratégia 3.1: Direcção das acções de pulverização intradomiciliar baseada na cartografia dos focos de paludismo e das condições ambientais	3.1.1. Percentagem de casas beneficiadas com PID em ST	73,6%	78%	80%	83%	----	----				
	3.1.2. Percentagem de pessoas protegidas com PID (ST)	75,4%	80%	85%	86%	----	----				
	3.1.3. Percentagem de casas beneficiadas com PID na RAP (nas zonas focalizadas)	0	0%	97%	99%	100%	----				
	3.1.4. Percentagem de casas beneficiadas com PID em ST (nas zonas focalizadas)	0	0	0	0%	90%	----				
Estratégia 3.2: Aplicar as intervenções de prevenção particularmente o uso de mosquiteiro Impregnado de Longa Duração de Acção (MILDA) em complementaridade com a PID	3.2.1. Percentagem de pessoas que dormiram na noite anterior sob MILDA	61%	75%	80%	82%	83%	----				
	3.2.2. Percentagem de crianças <5 anos que dormiram na noite anterior sob MILDA	70%	80%	80%	82%	83%	----				
	3.2.3. Percentagem de mulheres grávidas que dormiram na noite anterior sob MILDA	60,9%	75%	79%	81%	85%	----				
Estratégia 3.3: Reforçar a LAV para diminuir potencial de disseminação do paludismo, usando todos os meios em complementaridade (luta física, biológica e outros);	3.3.1. Percentagem de criadouros permanentes identificados e tratados	100%	100%	100%	100%	100%	100%				
	3.3.2. Percentagem de áreas mapeadas com GPS em ST (criadouros)	100%	100%	100%	100%	100%	100%				
	3.3.2. Percentagem de áreas mapeadas com GPS na RAP (criadouros)	0%	50%	100%	100%	100%	100%				
Estratégia 3.4: Tratamento preventivo intermitente (TPI) para todas as mulheres grávidas nas CPN em particular em zonas de transmissão	3.4.1. Percentagem de mulheres grávidas que beneficiaram de atendimento pré-natal	92,6%	95%	95%	95%	95%	95%				
	3.4.2. Percentagem de mulheres grávidas que receberam pelo menos quatro doses de TPI	0%	40%	50%	60%	65%	80%				

Tabela 5.3.3- Quadro lógico das estratégias e indicadores chaves de produto

Estratégias	Indicadores de Produto	Baseline	Metas por ano					Fonte	Método	Frequência	Responsável
			2017	2018	2019	2020	2021				
Objectivo 1: Reforçar o sistema de vigilância epidemiológica, entomológica e seguimento e avaliação aos níveis central, distrital e RAP, bem como a detecção e respostas às epidemias.											
Estratégia 1.1: Consolidar o sistema de deteção, investigação, classificação e relatórios de todos os casos de paludismo adaptado ao contexto de eliminação da doença	1.1.1. N° de pessoal formado em novas directrizes em vigilância epidemiológica	0	40	---	---	40	---	relatórios de formação	Verificação	3 em 3 anos	
Estratégia 1.2: Reforçar o sistema de gestão de dados (registo, base de dados georreferenciada, recolha, tratamento e relatórios de rotina, auditoria dos dados e retro informação ...) do paludismo a todos os níveis	1.2.1. N° de técnicos formados em S&A (gestão e análises de dados) ao nível central e distrital	28(2016)	30	---	---	30	---	relatórios de formação	Verificação	2 em 2 anos	
	1.2.2. N° de relatórios de paludismo semestral e anual, produzidos e disseminados	3	3	3	3	3	3				
Estratégia 1.3: Reforçar o sistema de busca ativa, pesquisa, investigação e classificação dos casos focos residuais, na perspectiva de os mapear e orientar as ações de resposta,	1.3.1. N° de casos investigados e classificados	10	50				200				
	1.3.2. N° de casos notificados durante a Busca activa	357									
Estratégia 1.4: Reforço do sistema de prevenção, deteção precoce e resposta às epidemias a todos os níveis (central, distrital e a RAP)	1.4.1. N° de técnicos de saúde capacitados em preparação e resposta as epidemias										
	1.4.2. Proporção de distritos cujas epidemias foram detetados e tiveram respostas no prazo máximo de 2 semanas	0%	70%	90%	100%	100%	100%				
Estratégia 1.5: consolidar um sistema de monitorização e de vigilância entomológica dos vetores incluindo a gestão da resistência aos inseticidas.	1.5.1. N° de pessoal formado em novas directrizes em vigilância entomológica	0	30	---	30	---	30	Relatórios de formação	Verificação	2 em 2 anos	
Estratégia 1.6: Desenvolver as capacidades de investigação na perspectiva de responder atempadamente os desafios do programa.	1.6.1. N° de inquéritos CAP realizados nas escolas	Escolas (2014)	1	---	1	---	1	Relatórios do estudo	Verificação	2 em 2 anos	
	1.6.2. N° de inquéritos CAP realizados nas comunidades	Comunidade e (1, 2015)	---	1	---	1	---	Relatórios do estudo	Verificação	2 em 2 anos	
	1.6.3. N° de inquéritos realizados a saída das unidades sanitárias	1 (2016)	---	1	---	1	---	Relatórios do estudo	Verificação	2 em 2 anos	

Metas por ano

Estratégias	Indicadores de produtos	Baseline 2016	2017	2018	2019	2020	2021	Fonte	Método	Frequência	Responsável
Objectivo 2: Detetar 100% dos casos de infeção por paludismo em todo o território nacional, a todos os níveis, com um diagnóstico biológico de qualidade e tratar corretamente de acordo com a política nacional de manejo de casos.											
Estratégia 2.1: Garantir que todos os casos suspeitos sejam confirmados por microscopia ou TDR tratados de acordo com o protocolo nacional de manejo de casos (incluindo o tratamento com um gametocitocida). Todos os positivos por TDR devem ser confirmados por microscopia	2.1.1. N° de técnicos formados (médicos, enfermeiros e técnicos de farmácia) e reciclados em manejo correto de casos de acordo com o protocolo							Relatório de formação	Consulta de relatórios de formação	Anual	CNE/PNLP
	2.1.2. N° de pacientes tratados com ACT+Primaquina de acordo com o protocolo	2238									
Estratégia 2.2: Reforço das capacidades dos profissionais de saúde do sector público e privado no diagnóstico e tratamento do paludismo	2.2.1. N° de médicos, enfermeiros, farmacêuticos e tec farmácia dos sectores públicos e privados formados em manejo de casos correcto de acordo ao protocolo	XXXX						Relatório de formação	Consulta do relatório	Anual	CNE/PNLP/ ISCVSM
	2.2.2. Laboratório de referência apetrechado, acreditado e inserido na rede regional.	0			1						
	2.2.3. N° de supervisões de manejo de casos realizadas anualmente do nível central	2	2	2	2	2	2				
	2.2.4. N° de supervisões de manejo de casos realizadas anualmente do nível distrital	2	2	2	2	2	2				
Estratégia 2.3: Reforço do sistema de Controlo de Qualidade (CQ) da microscopia, segurança dos testes de diagnóstico biológico e medicamentos anti palúdicos no sector público e privado.	2.3.1. N° de técnicos formados em CQ	1		27				Relatório de supervisão	Consulta de relatorio de supervisão	Anual	PNLP/DS
	2.3.3. N° de laboratórios do distrito que cumprem as normas e procedimentos de segurança e qualidade	0		2	5	8	9				
	2.3.4. N° de amostras enviadas para controlo de qualidade, por Distrito.	XXX						Relatório de controlo de qualidade	Consulta do relatorio	Anual	CNE/Parceiros
Estratégia 2.4: Implicar os Agentes de saúde comunitária na gestão de manejo de casos (incluindo diagnóstico com teste rápido, selectivamente, e tratamento do paludismo simples)	2.4.1. % de agentes de saúde comunitário formados e envolvidos em acções de luta contra o paludismo	XXX						Relatório de formação	Consulta do relatorio de formação	Anual	PNLP/ISCV SM

Metas por Ano

Estratégias	Indicadores de produtos	Baseline 2015	2017	2018	2019	2020	2021	Fonte	Método	Frequência	Responsável
Objectivo 3: Até 2021, assegurar que 100% da população em risco beneficie de intervenções de luta antiveccorial integrada e outros meios de prevenção baseada em evidências (cartografia de focos, estratificação, resistência dos vectores, de entre outros);											
Estratégia 3.1. Direcção as acções de pulverização intradomiciliar baseada na cartografia dos focos de paludismo e das condições ambientais	3.1.2. Nº de estruturas habitadas tratadas com PID em ST (até 2019)	29346 (75%)	35000 (85%)	46025 (85%)	46366 (85%)	46710 (85%)	---				PNLP/ZAT ONA
	3.1.3. Envio de amostras para um laboratório de referência, para testes genéticos de resistência	1	1	1	1	1	1				
	3.1.4. Nº de testes de susceptibilidade realizados	4	4	4	4	4	4				
Estratégia 3.2: Aplicar as intervenções de prevenção particularmente o uso mosquiteiro Impregnado de Longa Duração de Acção (MILDA) em complementaridade com a PID	3.2.1. Nº de MILDAs distribuídos na campanha massiva										
	3.2.2. Nº de MILDAs distribuídos nas CPN para as mulheres grávidas	2647 (2016)	6100								
	3.2.3. Nº de MILDAs distribuídos nas crianças menores de 5 anos	4538 (2016)	4000								
Objetivo 4. Até 2021, garantir as condições da sustentabilidade do programa através do reforço da advocacia a todos os níveis, legislação e mobilização de recursos nacionais;											
Estratégia 4.3: Plano de mobilização nacional de recursos (humanos, materiais, financeiros e logísticos), visando a garantia da sustentabilidade do PEN;	4.3.1 Proporção do OGE (% do MS) destinado a luta contra o paludismo	ND								Anual	PNLP
	4.3.2 Proporção de financiamento externo destinado a luta contra o paludismo	ND								Anual	PNLP

QUAD LOGICO DE INDICADORES DO VIH/SIDA

IMPACTOS/EFEITOS/PRODUTOS	INDICADOR	Dados de base	Fonte e Ano	2014	2015	2016	2017
Indicadores de Impacto:	Percentagem de Mulheres e Homens com idade de 15 a 24 anos Infectados com HIV	1,6%	IDS 2009			1,6%	
	% de adultos e crianças que estão sob tratamento antiretoviral, 12 meses depois de ter iniciado o tratamento,	87,8%	PNLS 2009	>90%	>90%	>95%	>95%
	% das crianças infectadas das mulheres contaminadas pelo HIV, que deram a luz nos últimos 12 meses: Estimção da transmissão Mãe-Filho	12,0%	PNLS 2010	8%	6%	6%	5%
	% de PS (femininas) infectadas com HIV	4,2%	E. S/PNLS 2007	4%	4%	4%	4%
	% de HSH infetados com HIV	ND			TBD	TBD	TBD
Indicadores de efeito	% de mulheres e homens com idade de 15-24 anos que tiveram mais de um parceiro sexual nos últimos 12 meses e que declarou utilizar preservativos na sua última relação sexual	60,7%	2009	63		70	
	% das PS que declara ter usado preservativo com o seu cliente mais recente	NA	2009	TBD	TBD	TBD	
	% de mulheres com idade de 15-24 anos, com mais de um parceiro nos últimos 12 meses, que declarou ter usado preservativo na sua última relação sexual	54,4%	IDS 2009	MICS V			
	% de mulheres com idade 15-49 anos que fizeram teste de VIH e receberam resultados, nos últimos 12 meses	31,4%	2009 IDS	35%	40%		45%
	% de homens com idade 15-49 anos que fizeram teste de VIH e receberam resultados, nos últimos 12 meses	22,8%	IDS 2009	28%	35%		40%
	% de homens com idade de 15-24 anos, com mais de um parceiro nos últimos 12 meses, que declarou ter usado preservativo na sua última relação sexual	63,6%	IDS 2009	MICS V			

	% da população de risco (trabalhadoras de sexo) que identificou corectamento os meios de prevenção da transmissão sexual do VIH e regeitou os falsos conceitos	ND			TBD	TBD	TBD
INDICADORES DE RESULTADO	Nº de homens que fizeram testes e receberam aconselhamento e resultados dos testes HIV	3316	2010	2964	4049	5183	
	Nº de mulheres que fizeram testes e receberam aconselhamento e resultados dos testes HIV	11047	2010	5942	7104	8316	
	Números de PS alcançadas através das sessões sensibilizações nas comunidades com pelo menos uma IEC/CMC sobre HIV,	54	2007-2010				
	Numero de pacientes de SIDA recebendo o TARV (2ª linha) conforme as directrizes nacionais	16	2010	38	40 1º semestre		
	Numero e % de pacientes TB que fizeram teste de HIV e receberam aconselhamento e resultado	100% (112)	2010	100%	100%	100%	100%
	Número de órfãos recebendo pacotes de serviços (apoio nutricional e escolar)	35	2010	80	80	80	80
	Número e % de crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV que fizeram teste de HIV nos 2 meses após o nascimento	NA	2010	47	44	41	38
	Número de distrito de Saúde fornecendo relatórios completos e em tempo Previsto	0	2011	7	7	7	7
	Número de Estrutura Sanitárias que tiveram ruptre de stock de testes de HIV (Determine e Elisa)			0	0	0	0
	Numero de paciente HIV+ que recebem tratamento profiláctico com cotrimoxazol para doenças oportunistas	152	2010				
	Numero e percentagem de crianças nascidas de mãe seropositivas que iniciaram profilaxia com cotrimoxazol 2 meses apos o nascimento	NA	NA				
	Numero de profissional de saude formados sobre precaução universal	264	2010				
	Numero de paciente com IST que receberam tratamento adequado nas unidades sanitárias	1570	2011	100%	100%	100%	100%
	Numero de unidades sanitárias que não reportaram roptura de stock mais de 1 semana, dos medicamentos recomendados para IST em qualquer tempo durante esses 3 meses	100%	2009	100%	100%	100%	100%
	Numero de preservativos masculinos distribuídos nos sistemas de saúde e nas ONGs	2468016	2010				>85%
	% de unidade de sangue transfundido nos últimos 12 meses que foram adequadamente testados para hepatite C, HBS, HIV de acordo com a recomendações de guidelines da WHO	100%	2010	100%	100%	100%	100%
Numero de gravidas seropositivas que receberam ARV complete para PTMF	18	2011	70%	75%	80%	85%	

QUADRO LOGICO DE INDICADORES DE TUBERCULOSE

Indicadores de Efeito

OBJECTIVO PRINCIPAL: Despistar 70 % de NC TPM+ e curar 85% dos NC TPM+ diagnosticados e submetidos a tratamento										
	Indicadores de efeito	Dados de base		Metas anuais				Fonte dos dados/ métodos de recolha dos dados	Frequência de recolha	Responsável de recolha e de relatório dos dados
		Valor	Ano	2016	2017	2018				
1	Taxa de notificação de novos casos de TB com BK positivo	43/100000	2013	48/100000	51/100000	54/100000		Relatório anual PNLCT	anual	PNLCT
2	Taxa de notificação de todos os casos de TB (todas formas)	76/100000	2013	84/100000	86/100000	88/100000	<i>Preveamos com as tecnologias o aumento de casos. A partir de 2018 atecnia será de diminuição. Ccasos:186</i>	Relatório anual PNLCT	anual	PNLCT
3	Taxa de sucesso terapêutico dos NC TB BK+ (curados+os que completaram o tratamento) registados durante cada ano	75% (51/68)!	2014	(80%	85%	90%		Registo da TB, fichas de tratamento dos doentes, relatórios dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLCT
4	Taxa de sucesso terapêutico dos casos TB-MDR confirmados por laboratório	80%(4/5)	2014	(80%	80%	80%		Registo da TB, fichas de tratamento dos doentes MDR	Anual	PNLCT

Matriz 2.a: Indicadores de Resultados/Produtos

2 - Indicadores de resultados/produtos	Dados de base		Metas semestrais								Fonte dos dados/ métodos de recolha dos dados	Frequência de recolha	Responsável de recolha e relatório dos dados	
	Valor	Ano	1º S	2ºS	1º S	2ºS	1º S	2ºS	P16	P17				
			(ja-ju/16)	(jul-dez/16)	(j-Jun/17)	(jul-Dez/17)	(j-Jun/18)	(jul-Dez/18)	(j-Jun/15)	(jul-Nov/15)				
1	Número de laboratórios (distrito e hospital nacional) que fazem a microscopia do BAAR	8	2014	8	8	8	8	8	8			Relatórios de supervisão e relatórios de actividades dos laboratórios	Trimestral e anual	Distritos sanitários, PNLCT
2	Número de laboratórios que realizam controlo de qualidade externo de microscopia para BAAR, regularmente	8	2014	8	8	8	8	8	8			Relatórios de supervisão e relatórios do LNR	Trimestral e anual	LNR & PNLCT
3	Número de casos novos de TB BK + reportados às autoridades sanitárias	68	2014	47	94	51	102	57	114			Relatório PNLCT	Trimestral e anual	PNLCT
4	Número de casos TB (todas as formas) notificados às autoridades sanitárias nacionais	158	2014	83	165	88	173	93	186			Relatório PNLCT	Trimestral e anual	PNLCT
5	Taxa de sucesso terapêutico dos NC TB BK+ (curados+os que completaram o tratamento)	75% (51/68)	2014	80% (38/47)	80% (75/94)	85% (43/51)	85% (87/102)	90% (51/57)	90% (102/114)			Relatório PNLCT	Semestral e anual	PNLCT
6	Nº de ASC treinados para cuidar pacientes TB na comunidade	105	2014		105		105					Relatório da formação	anual	Sub-beneficiário ISVSM
7	Nº de casos TB (todas as formas) que fazem DOT (conforme o protocolo nacional) com envolvimento da comunidade de todos os casos (todas formas) notificados	96 (60%)	2014	50(60%*83)	100 (60%*165)	52(60%*84)	104(60%*173)	55	112 60%			Relatório PNLCT	anual	PNLCT
8	Nº e percentagem de NC de TB tratados com sucesso, com envolvimento da comunidade do total de casos TB BK+ que fazem DOT (conforme o protocolo nacional) com envolvimento na comunidade	38/45	2014		(45/56)80%		52/61 85%		61/69 90%			Relatório PNLCT	anual	PNLCT

Matriz 2.b: Indicadores de Resultados/Produtos (sequência)

	Indicadores de resultados/produtos	Dados de base		Metas semestrais							Fonte dos dados/ métodos de recolha dos dados	Frequência de recolha	Responsável de recolha e relatório dos dados	
		Valor	Ano	1º S	2ºS	1º S	2ºS	1º S	2ºS	P16				P17
				(ja- ju/16)	(jul- dez/16)	(j- Jun/17)	(jul- Dez/17)	(j- Jun/18)	(jul- Dez/18)	(j- Jun/15)				(jul- Nov/15)
9	Nº de unidades sanitárias com capacidade de implementar DOTS	38	2014	38	38	38	38	38	38			Relatório de supervisão PNLT	trimestral e semestral	PNLT
10	Proporção de pacientes com TB notificados e testados pelo VIH	100%	2014	100%	100%	100%	100%	100%	100%			Relatório de supervisão PNLT	trimestral	PNLT
11	Percentagem pacientes TB com VIH que começaram ou continuam tratamento anti-retroviral, durante ou no final do tratamento, registados num determinado período	100%	2014	100%	100%	100%	100%	100%	100%			Registo de TB, fichas de tratamento dos doentes, fichas de tratamento ARV (PNLS), relatório dos CDT	anual	PNLT e PNLS
12	Percentagem de pacientes laboratorialmente confirmados TB-MDR e iniciaram tratamento de 2ª linha	(4/4)	2014	100%	100% (11/11)	100%	100% (14/14)	100%	100% (14/14)			Registo de TB, fichas de tratamento dos doentes PNLT	anual	PNLT
13	Percentagem de população com conhecimento correcto sobre TB (relativamente a transmissão, sintomas, tratamento e cura)	68%	2012				70%					Relatório CAP	De 2 em 2 anos (fim do projecto)	PNLT
14	Nº de trabalhadores envolvidos no manejo de casos TB que foram supervisionados, pelo menos, uma vez ao ano	85	2013	44	88	44	88	44	88			Relatório de supervisão PNLT	Trimestral	PNLT
15	Nº e percentagem dos distritos que submetem o relatório completos e dentro do prazo estabelecido	100%	2015		100% (7/7)	100% (7/7)	100% (7/7)	100% (7/7)	100% (7/7)			Relatório PNLT	Trimestral	PNLT
16	Nº de unidades sanitárias (centros de saúde distritais e hospital) que implementam PAL (APSP)	100%	2014		100.00% (8/8)		100% (8/8)					Relatório de supervisão	Trimestral	PNLT

Matriz 3.a: Indicadores de Processo e/ou Resultados

Outros indicadores	Dados de base	Metas anuais	Fonte dos dados/ métodos de recolha dos dados	Frequência de recolha	Responsável de recolha e
--------------------	---------------	--------------	---	--------------------------	-----------------------------

		Valor	Ano	2009	2010	2011	2016	2017	2018			relatório dos dados	
1	Proporção dos TPM-sobre o total dos TTF notificados	33.00%	2014			30% -	30%	30% -	30% -		Registo do laboratório, registo de TB e relatório dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLT
		(52/158)				40%	(50/165)	(52/173)	(56/186)				
2	Proporção dos TEP sobre o total dos TTF	13%	2014			12%	12%	12%	12%		Relatório de laboratório, registo da TB e relatório dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLT
		(20/158)											
3	Número e proporção dos casos previamente tratados(Recaídas, fracassos e reinício após o abandono) sobre o total dos TTF	10.70%	2014								Relatório de laboratório, registo da TB e relatório dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLT
		(17/158)				6.50%	6.50%	6.50%	6.50%				
4	Proporção dos casos avaliados (TTF e TPM+)	100%	2014			100%	100%	100%	100%		Registo da TB, fichas de tratamento dos doentes, relatório dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLT
5	Taxa de cura dos NC TPM+	75%(51/68)	2014			65%	80%	85%	90%		Registo da TB, fichas de tratamento dos doentes, relatório dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLT
6	Taxa de abandono (ou desaparecido) (60 dias ou mais de abandono)	9.50%	2014								Registo da TB, fichas de tratamento dos doentes, relatório dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLT
		(15/158)				≤5%	≤5%	≤5%	≤5%	≤5%			
7	Proporção de pacientes TB notificados que foram testados por VIH e cujo resultado foi positivo	17%(28/158)	2014			10%	15%	15%	15%	10%	Registo da TB, fichas de tratamento dos doentes, relatório dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLT
8	Proporção de pacientes TB testados positivos por VIH e que recebem uma profilaxia em cotrimoxazole	100%(28/28)	2014			100%	100%	100%	100%	100%	Registo da TB, fichas de tratamento dos doentes, relatório dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLT
9	Número de casos de TB-MDR sob tratamento	8	2012			6	7	10	12	12	Registo e fichas de tratamento da TB-	Trimestral e anual	Unidade de PEC da TB-MR, PNLT

											MR, relatórios do PNLCT		
10	Número de CD tendo conhecido uma rotura de stock de mais de 1 semana em consumíveis laboratório durante o trimestre anterior	0	2014			0	0	0	0	0	Relatório de supervisão e de actividades dos CD	Trimestral	CDT, Distritos sanitários, LNR
		(0 de 2)											
11	Número e % de unidades de apoio da Tuberculose tendo conhecido uma rotura de stock em medicamentos de primeira linha durante o trimestre anterior	0	2014			0	0	0	0	0	Relatório de supervisão e de actividades dos CDT	Trimestral	CDT, Distritos sanitários, PNLT
		(0 de 8)											

	Outros indicadores	Dados de base		Metas anuais						Fonte dos dados/ métodos de recolha dos dados	Frequência de recolha	Responsável de recolha e relatório dos dados	
		Valor	Ano	2009	2010	2011	2012	2013	2014				2015
12	Número e % de supervisões dos CDT realizadas (com relatórios) sobre o número de supervisões planificadas	100%	2014			100%(4/4)	100%(4/4)	100%(4/4)	100%(4/4)	100%(4/4)	Relatório de supervisão e de actividades do PNLCT	Trimestral e anual	CDT, Distritos sanitários, LNR, PNLT
		(4/4)											
13	Número de pessoas formadas em CCC	23	2011				12	12	12	12	Relatório de formação e do PNLCT	Trimestral e anual	PNLT
14	Número de pessoas formadas em APSR	0	2011			0	62	191	0	0	Relatório de formação e do PNLCT	Trimestral e anual	PNLT
15	Número de técnicos formados em TB-MDR		2011				55				Relatório de formação e do PNLCT	Trimestral e anual	LNR, PNLT

16	Número de enfermeiros formados sobre a DOTS e TB/VIH	284	2011			282	0	0	0	0	Relatório de formação e do PNLCT	Trimestral e anual	PNLT
17	Número de médicos formados sobre a DOTS e TB/VIH	45	2011					25			Relatório de formação e do PNLCT	Trimestral e anual	PNLT
18	Número de pessoal de saúde formados em gestão de medicamentos	0	2011				28				Relatório de formação e do PNLCT	Trimestral e anual	PNLT
19	Número e % de estabelecimentos de saúde transmitindo relatórios sobre as actividades APSR	0	2011				37,5% (3/8)	87,5%(7/8)	100% (8/8)	100% (8/8)	Relatórios trimestrais (estabelecimentos de saúde, distritos sanitários e do PNLCT)	Trimestral e anual	Distritos sanitários, PNLT
20	Número e % de casos de doenças respiratórias junto dos pacientes ambulatoriais correctamente apoiados nos estabelecimentos de saúde	0	2011				Dados inquérito		Dados inquérito	Dados inquérito	Resultados do inquérito	Todos os 3 anos	PNLT
21	Número de sessões de CCC organizadas nas comunidades	145	2011				182	182	182	182	Relatório de actividades (sessão de CCC)	Trimestral e anual	IEC, PNLT

22	Número de suspeitos de TB endereçados ao CDT pelos postos de saúde comunitários e/ou ASC	0	2011				ND	ND	ND	ND	Relatório de dos postos de saúde e dos CDT	Trimestral e anual	Postos de saúde, CDT, distritos sanitários, PNLT
23	Taxa de detecção de NC TPM+	56,2%(68/121)	2014				75%	80%	85%	85%	Relatório PNLT	ANUAL	Postos de saúde, CDT, distritos sanitários, PNLT
24	Taxa de prevalência (baseada em casos notificados)	84.2/100000 (158*100000/187654)	2014				90%000	90%000	90%000	90%000	Relatório PNLT	anual	PNLT, DS

Matriz 3.b: Indicadores de Processo e/ou Resultados (sequência)

OBJECTIVO PRINCIPAL: Despistar 70 % de NC TPM+ e curar 85% dos NC TPM+ diagnosticados e submetidos a tratamento													
1 - Indicadores de efeito	Dados de base		Metas anuais			Metas anuais				Fonte dos dados/ métodos de recolha dos dados	Frequência de recolha	Responsável de recolha e de relatório dos dados	
	Valor	Ano	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015				
1	Taxa de notificação de novos casos de TB com BK positivo	32/100000	2011				33/100000	35/100000	37/100000	37/100000	Relatório anual PNLCT	anual	PNLCT
2	Taxa de notificação de todos os casos de TB (todas formas)	88/100000	2011				70/100000	70/100000	70/100000	70/100000	Relatório anual PNLCT	anual	PNLCT
3	Taxa de sucesso terapêutico dos NC TB BK+ (curados+os que completaram o tratamento) registados durante cada ano	89,7% (52/58)!	2008		82%	86%	87%	88%	90%	90%	Registo da TB, fichas de tratamento dos doentes, relatórios dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLCT

4	Taxa de sucesso terapêutico dos casos TB-MDR confirmados por laboratório	ND	2011					Deter. dados de base	Deter. meta	<i>Deter. meta</i>	Registo da TB, fichas de tratamento dos doentes MDR	Anual	PNLCT
	3 - Outros indicadores	Dados de base		Metas anuais			Metas anuais				Fonte dos dados/ métodos de recolha dos dados	Frequência de recolha	Responsável de recolha e relatório dos dados
		Valor	Ano	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
1	Proporção dos TPM-sobre o total dos TTF notificados	42.50%	2011			30% -	30% -	30% -	30% -	30% -	Registo do laboratório, registo de TB e relatório dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLCT
		(62/146)				40%	40%	40%	40%	40%			
2	Proporção dos TEP sobre o total dos TTF	15%	2011			12%	12%	12%	12%	12%	Relatório de laboratório, registo da TB e relatório dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLCT
		(22/146)											
3	Número e proporção dos casos previamente tratados (Recáidas, fracasso e reinício após o abandono) sobre o total dos TTF	10.90%	2011			6.50%	6.50%	6.50%	6.50%	6.50%	Relatório de laboratório, registo da TB e relatório dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLCT
		(16/146)											
4	Proporção dos casos avaliados (TTF e TPM+)	100%	2011			100%	100%	100%	100%	100%	Registo da TB, fichas de tratamento dos doentes, relatório dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLCT
5	Taxa de cura dos NC TPM+	55,3%(26/47)	2010			65%	70%	75%	80%	80%	Registo da TB, fichas de tratamento dos doentes, relatório dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLCT
6	Taxa de abandono (ou desaparecido) (60 dias ou mais de abandono)	4.50%	2010			≤5%	≤5%	≤5%	≤5%	≤5%	Registo da TB, fichas de tratamento dos doentes, relatório dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLCT
		(5/112)											
7	Proporção de pacientes TB notificados que foram testados por VIH e cujo	10%(15/146)	2011			10%	10%	10%	10%	10%	Registo da TB, fichas de tratamento dos doentes, relatório dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLCT

	resultado foi positivo												
8	Proporção de pacientes TB testados positivos por VIH e que recebem uma profilaxia em cotrimoxazole	100%(15/15)	2011			100%	100%	100%	100%	100%	Registo da TB, fichas de tratamento dos doentes, relatório dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLT
9	Número de casos de TB-MDR sob tratamento	4	2011			6	8	10	12	12	Registo e fichas de tratamento da TB-MR, relatórios do PNLCT	Trimestral e anual	Unidade de PEC da TB-MR, PNLT
10	Número de CD tendo conhecido uma rotura de stock de mais de 1 semana em consumíveis laboratório durante o trimestre anterior	0	2010			0					Relatório de supervisão e de actividades dos CD	Trimestral	CDT, Distritos sanitários, LNR
		(0 de 2)				0	0	0	0				
11	Número e % de unidades de apoio da Tuberculose tendo conhecido uma rotura de stock em medicamentos de primeira linha durante o trimestre anterior	0	2011			0					Relatório de supervisão e de actividades dos CDT	Trimestral	CDT, Distritos sanitários, PNLT
		(0 de 8)				0	0	0	0				

Outros indicadores	Dados de base		Metas anuais			Metas anuais				Fonte dos dados/ métodos de recolha dos dados	Frequência de recolha	Responsável de recolha e relatório dos dados
	Valor	Ano	2009	2010	2011	2016	2017	2018				
12	Número e % de supervisões dos CDT realizadas (com relatórios) sobre o número de supervisões planificadas	100%	2014			100%(4/4)	100%(12/12)	100%(12/12)	100%(12/12)	Relatório de supervisão e de actividades do PNLCT	Trimestral e anual	CDT, Distritos sanitários, LNR, PNLT
	(12/12)											
13	Número de pessoas formadas em CCC	23	2011				0		20	Relatório de formação e do PNLCT	Trimestral e anual	PNLT
14	Número de pessoas formadas em APSR	70	2014			0	0	0	50	Relatório de formação e do PNLCT	Trimestral e anual	PNLT

15	Número de técnicos formados em TB-MDR	120	2015			0	20	20		Relatório de formação e do PNLT	Trimestral e anual	LNR, PNLT
16	Número de enfermeiros formados sobre a DOTS e TB/VIH	75	2015		282	0	50	0		Relatório de formação e do PNLT	Trimestral e anual	PNLT
17	Número de médicos formados sobre a DOTS e TB/VIH	45	2011				25			Relatório de formação e do PNLT	Trimestral e anual	PNLT
18	Número de pessoal de saúde formados em gestão de medicamentos	0	2014					25		Relatório de formação e do PNLT	Trimestral e anual	PNLT
19	Número e % de estabelecimentos de saúde transmitindo relatórios sobre as actividades APSR	(8/8)	2015			100% (8/8)	100%(8/8)	100%		Relatórios trimestrais (estabelecimentos de saúde, distritos sanitários e do PNLT)	Trimestral e anual	Distritos sanitários, PNLT
20	Número e % de casos de doenças respiratórias junto dos pacientes ambulatoriais correctamente apoiados nos estabelecimentos de saúde	0				Dados inquerito		Dados inquerito		Resultados do inquerito	Todos os 3 anos	PNLT
21	Número de sessões de CCC organizadas nas comunidades	145	2011			182	182	182		Relatório de actividades (sessão de CCC)	Trimestral e anual	IEC, PNLT
22	Número de suspeitos de TB endereçados ao CDT pelos postos de saúde comunitários e/ou ASC	0	2011			ND	ND	ND		Relatório de dos postos de saúde e dos CDT	Trimestral e anual	Postos de saúde, CDT, distritos sanitários, PNLT
23	Taxa de detecção de NC TPM+	56,2%(68/121)	2014			75%	80%	85%		Relatório PNLT	ANUAL	Postos de saúde, CDT, distritos sanitários, PNLT
24	Taxa de prevalência (baseada em casos notificados)	84.2/100000 (158*100000/187.654)	2014			90%000	90%000	90%000		Relatório PNLT	anual	PNLT, DS

INFORMAÇÃO E DISSEMINAÇÃO DE DADOS

A disseminação de dados será uma componente importante do seguimento e avaliação. Ela mantém uma boa colaboração pela troca e partilha de informação e motiva aqueles/as que estão encarregues da colecta de dados, a prosseguir o seu trabalho uma vez que, eles reconhecem a sua utilidade.

O CNE/PNLP em colaboração com todos os intervenientes tem a responsabilidade de coordenar e assegurar a disseminação de informação a todos os níveis:

- parceiros de desenvolvimento;
- actores de implementação;
- sub-beneficiários;
- estruturas de execução
- população.

Os dados servirão para a tomada de decisões. Serão produzidos relatórios trimestrais e anuais sobre as informações recolhidas a nível nacional. Estes por sua vez, serão disseminados a todos os actores do processo e o público em geral.

As reuniões de Comité de Coordenação Multisectorial (CCM) serão utilizadas para disseminar as informações relativamente ao Programa de Luta Contra o Paludismo de modo global. A disseminação da informação seguirá o circuito de informação da seguinte maneira: as visitas de terreno e as supervisões serão ocasiões de difusão dos resultados de análise de dados. Para a disseminação desses dados serão também, utilizados reuniões anuais, reuniões com a população, correio electrónico, cópias de relatórios ao nível nacional e afixação de informações nos centros de saúde. Canais como a rádio e a televisão serão também utilizados para a divulgação de algumas informações sobre a situação epidemiológica consideradas pertinentes.

Os dados e as informações serão utilizadas pelos distritos sanitários e ao nível central, na gestão, rectificação, orientação e reprogramação das acções num processo de evolução em espiral.

CONTROLO DE QUALIDADE DOS DADOS

A qualidade de dados é um elemento fundamental num instrumento de seguimento e avaliação, para garantir a pertinência, a melhoria de utilização de dados e guiar na tomada de decisão. A qualidade de dados deverá ser seguida e controlada a cada etapa da colecta e de compilação de dados. Os dados do nível comunitário serão validados pelos supervisores comunitários que são os agentes de saúde que trabalham nos postos periféricos. Para o efeito, eles foram formados por uma ONG, em parceria com o CNE/PNLP.

A nível dos distritos, uma equipa de controlo de qualidade e de validação de dados foi constituída. Essa equipa, composta pelos Delegado Distrital, Assistente de Epidemiologia e Enfermeiro Chefe, deverão confirmar e validar os dados antes do seu envio ao nível central.

Todos os intervenientes na cadeia de transmissão de dados serão formados na verificação e validação de dados. Os Assistentes Técnicos de Epidemiologia a nível dos Distritos Sanitários terão um papel chave na validação dos dados fornecidos. Os responsáveis das unidades sanitárias e dos distritos são confrontados com a informação da sua área de responsabilidade que os analisam e poderão recorrer ao registo primário em caso de necessidade.

Um documento sobre os procedimentos da apreciação da qualidade de dados será elaborado e servirá de documento de trabalho. Os responsáveis nacionais e distritais, as equipas de apoio ao seguimento e avaliação, os principais actores e parceiros a todos os níveis, serão formados na utilização desse documento.

Os principais mecanismos de controlo de qualidade dos dados, na perspectiva de torná-los o mais fiáveis possível, são :

- ✓ definição clara de todos os indicadores de seguimento e avaliação bem como do numerador e denominador;
- ✓ Os instrumentos de colecta serão previamente testados antes da sua utilização a fim de se recolher o feedback dos utilizadores para a clarificação dos itens e a facilidade de sua utilização;
- ✓ Formação na utilização de instrumentos de colecta, nos métodos de base de controlo, tratamento, apresentação, e análise de dados de seguimento e avaliação
- ✓ Verificação da qualidade de dados aquando das visitas de supervisão. As questões de verificação da qualidade de dados serão integradas nos instrumentos de supervisão:
 - Análise dos procedimentos, fontes dos documentos ou suportes e registos de dados relativos a prestação de serviços (registos, fichas, etc)
 - Verificação da disponibilidade destes suportes nos sítios;
 - Verificação da disponibilidade e “completude” dos dados (se os suportes de colecta estão completos e quais os dados em falta);
 - Verificação da existência de erros comuns que afectam a qualidade de dados (erros de transcrição, erros de cálculos, erros de registos, dupla contagem) e existência de estratégias para a correcção desses erros;
 - Verificação dos dados das amostras e comparação com os dados existentes ao nível das fichas e sua transcrição ao nível dos registos;
 - Verificação de incoerências estatísticas ou existência de dados contraditórios;
- ✓ Padronização da forma de colheita dos dados;
- ✓ Recolha e a análise dos dados de forma muito participativa;
- ✓ Supervisão periódica da colheita dos dados pela unidade de seguimento e avaliação do CNE/PNLP;
- ✓ Confrontação de dados ligados à distribuição de produtos com os registos efectuados;
- ✓ Retro-informação e a divulgação para partilha, confronto e validação dos dados;
- ✓ Realização de reuniões de validação dos dados aos vários níveis, nomeadamente distrital, com os actores principais e com a participação do programa central e dos parceiros.

A supervisão será feita a todas as intervenções técnica a serem implementadas.

A supervisão das acções de pulverização e de tratamento dos criadouros será contínua durante todo o período em que serão realizadas estas actividades. Haverá supervisores locais, distritais e centrais, adequados consoante cada caso. A de manejo de casos de paludismo será realizada trimestralmente pelo nível central e pelos distritos sanitários (em trimestres alternados para cada um).

Também haverá supervisão trimestral do nível central, à colheita de dados de mortalidade. Com base nas fichas técnicas previamente elaboradas bem como a devida formação dos supervisores, será progressivamente reforçada esta prática de nível central e implantada ao nível distrital.

REVISAO DO PRGRAMA, AVALIAÇÃO E PESQUISAS

O PNLP organizará uma revisão semestral do programa ao nível nacional com todos os actores deste processo. Esta revisão permitirá identificar os principais estrangulamentos e propôr novas medidas, para a resolução das deficiências detectadas as quais serão implementadas para o reforço das

competências dos parceiros de execução. No quadro de performance especifica-se os detalhes ligados ao período de execução, frequência de realização bem como os responsáveis pela implementação.

As missões de supervisão e de validação periódica de dados ao nível dos distritos sanitários serão organizadas juntamente com outros parceiros de implementação. No quadro da implementação deste programa, as actividades de pesquisa, de revisão e de avaliação também foram previstas entre as quais se destacam a realização de:

- a) Pesquisa de eficácia terapêutica dos antipaludicos;
- b) Estudos entomológicos sobre a eficácia dos insecticidas;
- c) Estudos CAP;
- d) Avaliação anual das actividades de Luta Contra o Paludismo;
- e) Avaliação das actividades de luta contra o paludismo a nível das comunidades;
- f) estudo MIS.

Todas essas actividades previstas serão financiadas pelo Fundo Global, pelo Governo e outros parceiros.

Consultores internacionais e nacionais serão recrutados para a realização de alguns estudos e pesquisas em estreita colaboração entre o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Estatística (INE).

Para as actividades de pesquisa que incluam indicadores de impacto e de efeito, por exemplo pesquisas como o MICS, IDS, MIS e que serão inquiridos a nível nacional, estes serão realizados com diversos parceiros nomeadamente PNUD, OMS, UNICEF, UNFPA

Coordenação e seguimento dos sub-beneficiarios

- a) Coordenação dos actores de seguimento e avaliação

A coordenação de todo o sistema de seguimento e avaliação será da responsabilidade do CNE/PNLP, através da Unidade de Seguimento e Avaliação em sintonia com as componentes de seguimento e avaliação de outros sub-beneficiários como a ZATONA ADIL e os Distritos Sanitários.

Cada sub-beneficiário deverá dispor de instrumentos de seguimento e avaliação específicos aos seus domínios de intervenção. Assim, o PSR é encarregue de efectuar a Distribuição dos mosquiteiros às crianças e grávidas, assim como a aplicação do TPI. A ONG ZATONA ADIL é responsável pela pulverização intradomiciliar bem como a sensibilização a nível das comunidades e seguimento das actividades dos ASC; a ONG Cruz Vermelha é encarregue da distribuição de mosquiteiro em campanha de massa.

Prevê-se realizar reuniões de coordenação periódicas entre os diferentes intervenientes. Há um guia de supervisão que é utilizado para verificar se o processo decorre como previsto.

- b) Seguimento das actividades ao nível operacional

O Programa Nacional de Luta Contra o Paludismo assegurará o seguimento periódico das actividades ao nível central e apoiará os distritos sanitários para seguir, de perto, as actividades de terreno. As diferentes missões de supervisão far-se-ão de forma integrada com a participação dos principais actores, para a apreciação da execução das actividades,

identificação dos problemas, o reforço das competências e a formulação de recomendações. A matriz dos indicadores retidos pelo programa será o seguida, no sentido verificar a observância dos resultados conforme previsto.

Os dados dos diferentes sectores/serviços serão sintetizados e tratados ao nível central. Estes resultados serão objecto de relatórios trimestrais que serão elaborados seguindo o modelo retido para o efeito. Independentemente deste relatório um relatório detalhado será elaborado em que se fará a descrição das principais actividades realizadas, por domínios de prestação de serviços, as performances obtidas, as dificuldades encontradas e as perspectivas para os próximos trimestres.

DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES

PLANO DE ACÇÃO E ORÇAMENTO DO S&A

...

ANEXOS

Bibliografia

1. Plano de Seguimento e Avaliação do Paludismo 2005-2011
2. Relatório do Atelier de Seguimento e Avaliação dos Programas de Paludismo, Sida, e Tuberculose, Junho 2011 e **Dezembro de 2014**
3. Plano Estratégico Nacional de Luta contra o Paludismo 2012-2016