



MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE

Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (2008 - 2012)



Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (2008 - 2012)





Ficha técnica

- Ministério da Saúde

Programa Nacional de Saúde Reprodutiva

Maria Jesus de Carvalho
Yorleydis Rosabal Peres

Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista
Emely Santos

Região Sanitária Santiago Norte
Tomaz Valdez

Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário
Fátima Mestre

- Nações Unidas

Organização Mundial da Saúde / Cabo Verde
Maria Alice Dupret Ribeiro

UNFPA/Escritório dos Fundos e Programas das Nações Unidas em Cabo Verde
Ana Paula Freitas Maximiano

Ismail Thyoie/ EAT -UNFPA – Dakar

Nestor Azandégbé /Conselheiro OMS - Afro

- Redacção/Finalização do Documento

Conceição Maria Fortes

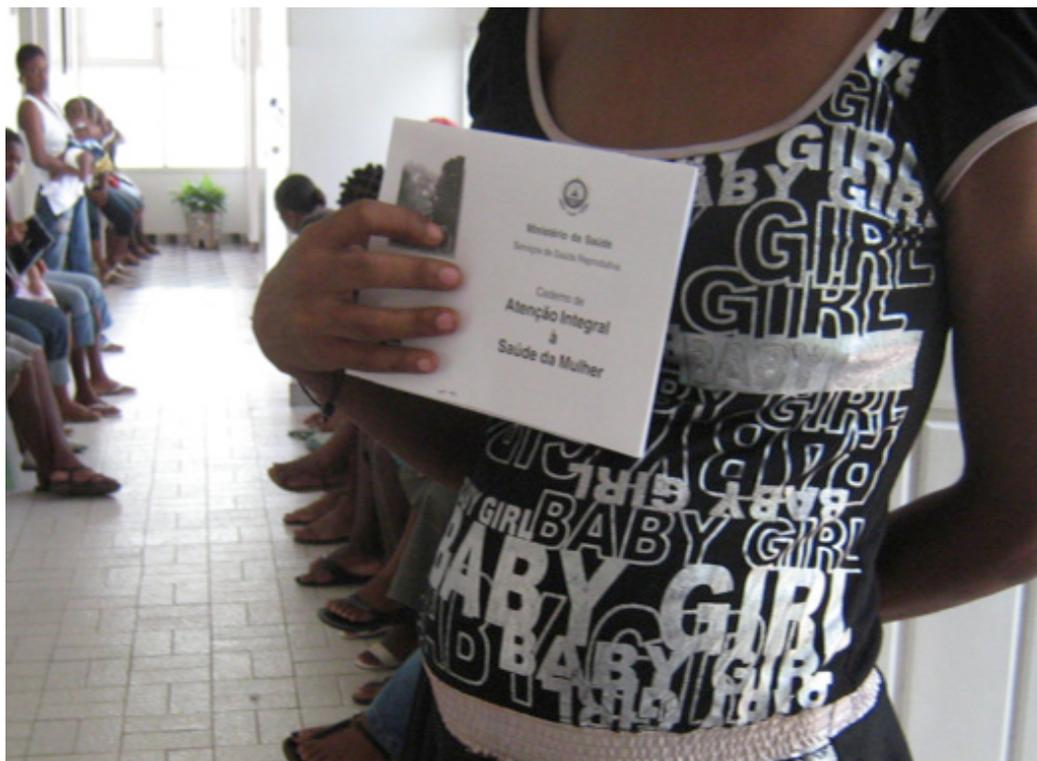


ÍNDICE

| | Pag. |
|--|-----------|
| PREFÁCIO | 7 |
| SIGLAS E ABREVIATURAS | 9 |
| INTRODUÇÃO | 12 |
| I - CONTEXTO GERAL | 14 |
| 1. Apresentação do País | 14 |
| 2. Contexto de Saúde Reprodutiva | 16 |
| II - ANÁLISE DA SITUAÇÃO EM SAÚDE REPRODUTIVA | 18 |
| 1. Principais indicadores de Saúde Reprodutiva, problemas e causas | 18 |
| 1.1 Saúde infantil - morbidade, mortalidade | 18 |
| 1.2 Saúde da mulher - morbidade, mortalidade..... | 19 |
| 1.3 Fecundidade..... | 19 |
| 1.4 Saúde dos adolescentes e jovens..... | 20 |
| 1.5 Saúde dos homens..... | 20 |
| 1.6 Disfunção sexual e infertilidade..... | 21 |
| 1.7 Nutrição | 21 |
| 1.8 IST/VIH/SIDA..... | 21 |
| 1.9 Género e violência..... | 23 |
| 2. Oferta de serviços de Saúde Reprodutiva | 23 |
| 2.1 Cobertura sanitária | 23 |
| 2.2 Análise por componente | 24 |
| 2.2.1 Atendimento infantil e vacinação..... | 24 |
| 2.2.2 Consulta pré-natal e pós parto | 25 |
| 2.2.3 Vacinação das grávidas..... | 26 |
| 2.2.4 Atendimento ao parto e ao aborto | 26 |
| 2.2.5 Prevenção e tratamento do cancro do colo do útero e da mama | 27 |
| 2.2.6 Cuidados de saúde reprodutiva aos adolescentes e jovens | 27 |
| 2.2.7 Cuidados de saúde reprodutiva para os homens..... | 28 |
| 2.2.8 Planeamento familiar/consulta de infertilidade | 29 |
| 2.2.9 Nutrição | 29 |
| 2.2.10 Prevenção e tratamento das IST/VIH/SIDA..... | 30 |
| 2.2.11 Promoção da Saúde/Comunicação para mudança de comportamento | 31 |
| 2.2.12 Género e violência..... | 32 |
| 3. Principais problemas de Saúde Reprodutiva, causas e necessidades | 32 |
| 3.1 Oferta e utilização de cuidados de saúde reprodutiva | 32 |
| 3.2. Problemas jurídicos e institucionais | 34 |

| | |
|---|-----------|
| 3.2.1 Jurídicos | 34 |
| 3.2.2 Institucionais..... | 35 |
| 3.3 Problemas sócio-culturais | 35 |
| 4. Gestão e seguimento do programa de SR..... | 36 |
| 4.1 Capacidade de gestão do Programa de Saúde Reprodutiva..... | 36 |
| 4.2 Supervisão formativa..... | 37 |
| 4.3 Gestão dos equipamentos e produtos da SR..... | 37 |
| 4.4 Sistema de informação sanitária | 38 |
| 4.5 Pesquisa..... | 39 |
| 4.6 Avaliação | 39 |
| III - RESPOSTA NACIONAL AOS PROBLEMAS DE SAÚDE REPRODUTIVA..... | 40 |
| 1. A Saúde Reprodutiva nos planos e programas nacionais | 40 |
| 1.1. Política Nacional de População e Planos Nacionais de Desenvolvimento | 40 |
| 1.2. Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza | 41 |
| 1.3. Política Nacional de Saúde | 41 |
| 1.4 Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário..... | 43 |
| 1.5. Programa de Luta contra a SIDA..... | 43 |
| 1.6. Programa Nacional de Nutrição | 44 |
| 1.7. Programa de Saúde Escolar | 44 |
| 1.8. Programa Nacional para a Igualdade e Equidade de Género | 45 |
| 1.9 Programa Nacional de Luta contra a Pobreza | 45 |
| 2. Intervenientes na área da Saúde Reprodutiva..... | 46 |
| 2.1 Organismos governamentais..... | 46 |
| 2.1.1 Direcção Geral de Saúde | 46 |
| 2.1.2 Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário | 46 |
| 2.1.3 Ministério da Educação e Valorização dos Recursos Humanos | 47 |
| 2.1.4 SE da Juventude e Desportos – Centros de Informação e Aconselhamento para a Juventude | 48 |
| 2.1.5 Instituto Cabo-verdiano para a Igualdade e Equidade de Género | 48 |
| 2.1.6 Instituto Cabo-verdiano da Criança e do Adolescente | 49 |
| 2.1.7 Órgãos de Comunicação Social..... | 49 |
| 2.1.8 Câmaras Municipais | 49 |
| 2.2 Sector Privado..... | 50 |
| 2.3 Organizações da sociedade civil..... | 50 |
| 2.4 Organizações internacionais e de cooperação | 51 |
| IV - PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE REPRODUTIVA 2008-2012 | 51 |
| 1. Orientações estratégicas..... | 51 |
| 2. Metas e objectivos..... | 53 |
| 3. Princípios orientadores | 54 |

| | |
|---|-----------|
| 4. Resultados esperados/Produtos | 55 |
| 5. Estratégias e actividades principais do PNSR | 55 |
| 5.1 Produto 1 | 55 |
| 5.2. Produto 2 | 61 |
| 5.3. Produto 3 | 63 |
| 5.4 Produto 4 | 65 |
| 5.5 Produto 5 | 67 |
| 6. Implementação, Seguimento e avaliação do PNSR | 68 |
| 6.1 Modalidades de implementação | 68 |
| 6.2 Papel dos diferentes parceiros | 69 |
| 6.3 Seguimento e Avaliação | 70 |
| 6.3.1 Seguimento | 70 |
| 6.3.2 Avaliação | 70 |
| 7. Financiamento do PNSR..... | 75 |
| ANEXOS | 77 |



PREFÁCIO

Nos primórdios da implantação do Programa de Protecção Materno Infantil e Planeamento Familiar – o emblemático PMI/PF –, devido às funções que então exercia, tive a oportunidade de colaborar com os serviços da saúde, em acções de sensibilização e mobilização da população. Dessa época (estávamos na segunda metade dos anos setenta do século passado) à data de hoje, o programa fez um extraordinário percurso em prol da melhoria saúde das mulheres e das crianças cabo-verdianas, permitindo a Cabo Verde atingir indicadores de saúde invejáveis no contexto africano.

Na sequência da realização da Conferência Internacional para o Desenvolvimento, em 1994, Cabo Verde adoptou o conceito de Saúde Reprodutiva e assumiu esta como um dos principais sub-programas prioritários do sector da saúde, elaborando, desde 2001, programas específicos adaptados a realidade nacional, com o objectivo de assegurar o acesso universal à Saúde Reprodutiva.

Se é verdade que existe um consenso no sentido de se considerar que os ganhos conseguidos são muitos, não é menos certo que também se admite que os desafios a vencer são ainda inúmeros e complexos.

Com a aprovação do programa de saúde reprodutiva 2008 – 2012 pretende-se dar respostas aos referidos desafios, incorporando novas dimensões da problemática – saúde dos adolescentes e jovens, saúde dos homens, género e violência –, melhorando a qualidade da intervenção nas áreas tradicionais – saúde infantil e da mulher – com a generalização da Atenção Integrada das Doenças da Infância (AIDI) e da Atenção Integrada da Saúde da Mulher (AISM), reduzindo as assimetrias regionais quanto ao acesso aos cuidados. A procura da qualidade das intervenções deverá constituir a preocupação fundamental dos serviços da saúde reprodutiva.

Assim sendo, no decurso da implementação do presente programa, é imperioso que se aumente a cobertura vacinal para níveis que coloquem o país ao abrigo de epidemias, se reduza a mortalidade infantil para taxas mais consentâneas com as dos Países de Desenvolvimento Médio, melhorando a qualidade do seguimento pré-natal e agindo sobre os factores de risco do período perinatal, se regride a mortalidade materna, a prevalência da gravidez precoce, a frequência de prematuridade, se incremente a taxa de uso de anticonceptivos e se combata o recurso ao aborto clandestino.

A amplitude e a complexidade dos desafios a vencer, requerem uma intervenção multi-sectorial, envolvendo para além do Ministério da saúde, outros serviços do Estado, or-

ganizações da sociedade civil, famílias, cidadãos e a própria comunidade.

Assim como no passado, na linha da acção desenvolvida desde os primórdios da implantação do PMI / PF, o Programa de Saúde Reprodutiva está convocado a desempenhar, nos próximos quatro anos, um papel de primeiro plano na promoção do desenvolvimento de Cabo Verde, assegurando progressivamente a melhoria da saúde dos cabo-verdianos e das cabo-verdianas, através de uma aposta clara na busca da qualidade e da excelência nas suas intervenções.

O Ministério da Saúde criará as condições necessárias e incita os profissionais do sector a dar o melhor que puderem e souberem para que tais objectivos sejam atingidos, pois as cabo-verdianas e os cabo-verdianos bem o merecem.

Basílio Mosso Ramos
/Ministro de Estado e da Saúde/

SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|-----------------|--|
| ACDFC | Atingir cada Distrito/Família/Criança |
| AIDI | Atenção Integral às Doenças da Infância |
| AIMM | Atenção Integral à Saúde da Mulher |
| AME | Aleitamento Materno Exclusivo |
| AMIU | Aspiração Manual Intra Uterina |
| AMJ | Associação das Mulheres Juristas |
| ARV | Anti-retroviral |
| ASA | Empresa de Aeroportos e Segurança Aérea |
| CCM | Comunicação para a mudança de comportamentos |
| CCS-SIDA | Comité de Coordenação do Combate ao VIH/SIDA |
| CEJ | Centro de Juventude |
| CNDH | Comissão Nacional dos Direitos Humanos |
| CNDS | Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário |
| CIPD | Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento |
| CONUB | Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência de Base |
| CONUC | Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência Completos |
| COU | Cuidados Obstétricos de Urgência |
| COPE | <i>Client Oriented for Prevention of Efficiency</i> |
| CPS | Cuidados Primários de Saúde |
| CSR | Centros de Saúde Reprodutiva |
| DECRP | Documento de Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza |
| DEGAE | Direção Geral de Educação e Alfabetização de Adultos |
| DGEBS | Direção Geral do Ensino Básico e Secundário |
| DGS | Direção Geral de Saúde |
| DIU | Dispositivo Intra-Uterino |
| DM | Diabetes Mellitus |
| EIO | Espaço de Informação e Orientação |
| EMP/EVF | Educação em matéria de população / Educação para a vida familiar |
| FPS | Formação Pessoal e Social |
| GEPC | Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação |
| HAC | Hospital Amigo da Criança |
| HTA | Hipertensão Arterial |
| IHAC | Iniciativa Hospital Amigo da Criança |
| ICCA | Instituto Cabo-verdiano para a Criança e o Adolescente |
| ICASE | Instituto Cabo-verdiano de Acção Social Escolar |
| ICF | Instituto da Condição Feminina |
| ICIEG | Instituto Cabo-verdiano para Igualdade e Equidade de Género |
| IDH | Indicador de Desenvolvimento Humano |
| IDSR | Inquérito Demográfico e da Saúde Reprodutiva |
| IDRF | Inquérito às Despesas e Receitas Familiares |
| IEC | Informação, Educação e Comunicação |

| | |
|---------------|--|
| INE | Instituto Nacional de Estatística |
| IST | Infecção Sexualmente Transmissível |
| IVG | Interrupção Voluntária da Gravidez |
| MEVRH | Ministério da Educação e Valorização dos Recursos Humanos |
| MCP | Malnutrição Calórico-Proteica |
| MORABI | Associação Para a Auto-Promoção da Mulher no Desenvolvimento |
| MSR | Maternidade Sem Risco |
| MTFS | Ministério do Trabalho, Família e Solidariedade |
| MS | Ministério da Saúde |
| OBC | Organizações de Base Comunitária |
| OCS | Órgãos de Comunicação Social |
| OE | Orçamento do Estado |
| OMD | Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento |
| OMCV | Organização das Mulheres de Cabo Verde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONG | Organização Não Governamental |
| PAM | Programa Alimentar Mundial |
| PAV | Programa Alargado de Vacinação |
| PDM | Países de Desenvolvimento Médio |
| PF | Planeamento Familiar |
| PFA | Paralisia Flácida Aguda |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PAE | Pacote de Actividades Essenciais |
| PCE | Pacote de Cuidados Essenciais |
| PMI/PF | Projecto Materno Infantil e Planeamento Familiar |
| PND | Plano Nacional de Desenvolvimento |
| PNDS | Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário |
| PNIEG | Plano Nacional para a Igualdade e Equidade de Género |
| PNELS | Plano Nacional Estratégico de Luta Contra a SIDA |
| PNLP | Programa Nacional de Luta Contra a Pobreza |
| PLS | Programa de Luta Contra o SIDA |
| PNP | Política Nacional de População |
| PNS | Política Nacional de Saúde |
| PNUD | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento |
| PNSR | Programa Nacional de Saúde Reprodutiva |
| PTV | Prevenção da Transmissão Vertical |
| VPH | Vírus do Papiloma Humano |
| QUIBB | Questionário Unificado de Indicadores Básicos de Bem-Estar |
| RBC | Reabilitação com Base Comunitária |
| RGPH | Recenseamento Geral da População e Habitação |
| SIDA | Síndrome de Imunodeficiência Adquirida |
| SNU | Sistema das Nações Unidas |
| SR | Saúde Reprodutiva |
| SR/AJ | Saúde Reprodutiva/Adolescentes e Jovens |
| TARV | Tratamento Anti-retroviral |
| UE | União Europeia |

| | |
|-----------------|--|
| UNFPA | Fundo das Nações Unidas para a População |
| UNI-CV | Universidade de Cabo Verde |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |
| VAT | Vacina Anti-Tetânica |
| VERDEFAM | Associação Cabo-verdiana para a Protecção da Família |
| VIH | Vírus de Imunodeficiência Humana |
| VBG | Violência Baseada no Género |
| VPH | Vírus do Papiloma Humano |

I - INTRODUÇÃO

A garantia do bem-estar físico, mental e social das populações tem constituído uma preocupação dos sucessivos governos de Cabo Verde, consubstanciada em importantes instrumentos de orientação política, com impacto a nível da saúde. As principais orientações estratégicas assentam-se sobretudo na melhoria do acesso geográfico e na equidade no acesso à prestação de cuidados de saúde, tendo o país conseguido nas últimas décadas importantes ganhos a esse nível, com a melhoria dos principais indicadores de saúde.

A adopção do conceito de Saúde Reprodutiva após o consenso de Cairo/1994 foi um marco importante que se traduziu na adopção da Saúde Reprodutiva como um dos sub-programas prioritários do sector Saúde e na elaboração de programas de saúde reprodutiva a partir de 2001, adaptados ao contexto jurídico e sócio-cultural cabo-verdiano, com o objectivo de assegurar o acesso universal à Saúde Reprodutiva.

A Política Nacional de Saúde até 2020, reitera a determinação de Cabo Verde em continuar a trabalhar no sentido de respeitar o Plano de Acção do CIPD e de atingir os Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento para o horizonte 2015.

Não obstante o país se encontrar em vias de atingir os Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento, há ainda importantes desafios a vencer no sentido de se garantir o acesso universal à Saúde Reprodutiva. Neste contexto, e com base na análise da situação da SR em Cabo Verde, o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR 2008-2012), aponta como desafios para os próximos anos a redução das grandes assimetrias regionais ainda existentes em termos de acesso e disponibilidade dos serviços de SR, bem como a melhoria na prestação dos cuidados, tendo em conta os diferentes componentes de SR definidos no Plano de Acção da CIPD.

A elaboração do PNSR 2008-2012 é fruto de um intenso trabalho de equipa, em que participaram técnicos do Ministério da Saúde e das Nações Unidas em Cabo Verde, com o objectivo de dar continuidade aos ganhos obtidos no que tange à SR.

O documento do PNSR apresenta-se estruturado em 5 partes que procuram reflectir a situação da saúde reprodutiva em Cabo Verde no quadro das recomendações do CIPD, dos objectivos do Milénio para o Desenvolvimento e no contexto nacional, a situação no que concerne aos indicadores de saúde reprodutiva, problemas e causas e o nível de oferta de serviços existentes por componente, salientando os principais problemas e constrangimentos. A resposta nacional aos problemas da saúde reprodutiva, com o enquadramento da saúde reprodutiva nos planos e programas nacionais e os principais intervenientes, constituem o conteúdo da IV parte do documento.

A última parte do documento é dedicada inteiramente ao programa, aos objectivos, resultados esperados, estratégias e actividades do PNSR 2008-2012. O aumento da cobertura com a integração do PAE em todas as estruturas de saúde, a melhoria da qualidade na prestação dos cuidados, o aumento do acesso dos adolescentes e homens aos serviços SR, o reforço para a integração das acções de prevenção e tratamento do VIH/SIDA particularmente no domínio da prevenção da transmissão vertical, bem como o reforço das acções de promoção da saúde orientada para a adopção de comportamentos saudáveis e o reforço dos recursos humanos e materiais para a SR, constituem as principais estratégias do PNSR, cuja implementação deverá contar com o apoio dos habituais parceiros.

II - CONTEXTO GERAL

1. Apresentação do País

Cabo Verde é um pequeno país saheliano e arquipelágico, constituído por dez ilhas, com uma superfície de 4033 km², situado na costa ocidental da África, a 455 km do Senegal. Administrativamente, o país está dividido em 22 concelhos, constituindo cada concelho uma municipalidade, com uma população total estimada em 478.163 habitantes, sendo 51,5% são mulheres e 48,5% homens. A taxa de urbanização é de 53,7% e a densidade populacional de 119 habitantes por km².

Com uma taxa anual de crescimento demográfico estimada em 2,1%, o país encontra-se numa situação de transição demográfica, sendo, no entanto, a sua população maioritariamente jovem. Segundo a revisão das projecções do Censo de 2000, a população entre os 15 e 24 anos, representava 21,1% da população total do país. ¹

A insularidade e descontinuidade territorial e a escassez de recursos naturais constituem um handicap do país, obrigando a um esforço enorme em termos de desenvolvimento sócio-económico equilibrado e durável. Não obstante a performance em matéria de crescimento e desenvolvimento humano que colocam o país numa situação de conforto em relação aos restantes países da sub-região oeste africana, e que determinou a sua graduação para o grupo de Países de Desenvolvimento Médio (PDM), Cabo Verde caracteriza-se por uma forte vulnerabilidade, que se traduz em elevados níveis de pobreza que afecta largas camadas da população.

O indicador de desenvolvimento humano (IDH)² passou de 0,587 em 1990 para 0,631 em 1995, 0,670 em 2002 e 0,712 em 2003 (PNUD, Relatório Nacional sobre o Desenvolvimento Humano, RNDH, 2004). Em 2003 Cabo Verde situava-se na 105ª posição de entre 177 países. ³

No plano económico, apesar do crescimento verificado nos últimos anos, a economia do país continua fortemente dependente do exterior, nomeadamente da ajuda pública ao desenvolvimento e da remessa dos emigrantes que em conjunto representam cerca de 34% do PIB. O Produto Interno Bruto (PIB) registou um crescimento médio de 5,7 % no período 2000-2005, atingindo 10,8% em 2006, o que foi acompanhado por uma melhoria sensível e contínua dos principais indicadores de desenvolvimento humano.

¹ Projecções Demográficas 2005 - INE

² Relatório de Cabo Verde sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, 2004

³ PNUD - Relatório Nacional sobre o do Desenvolvimento Humano, 2004

Contudo, o crescimento da economia não se fez acompanhar de uma redução da pobreza, verificando-se um aumento das desigualdades sociais. O desemprego situa-se ainda a níveis elevados 18,3%, afectando particularmente as mulheres e os jovens, de acordo com os dados do INE.

Cerca de 37% da população é pobre e destes, 20% vive em situação de extrema pobreza⁴ que se encontra repartida entre os homens e as mulheres. Contudo, a camada feminina é o segmento populacional que mais sofre os efeitos decorrentes do sub-desenvolvimento, sendo que muitos agregados familiares, sobretudo os chefiados por mulheres vivem em situação de pobreza extrema.

No plano social, registaram-se avanços significativos nos últimos anos, particularmente nos domínios da saúde e educação, dois sectores que passaram a ter um peso importante nos orçamentos do Estado. Foi possível reduzir, de forma considerável, o analfabetismo e aumentar o nível médio de escolarização com a qualificação da população activa. A taxa de cobertura das crianças na faixa etária 3-5 anos passou de 51,7% em 2000/01 para 57,1% em 2005/06. A taxa líquida de escolarização no ensino básico tem-se estabilizado entre 94 e 95%. Assiste-se, por outro lado uma rápida expansão do ensino secundário que ronda os 60%, sendo que nos dois níveis de ensino a equidade de género se encontra assegurada.

A taxa de alfabetização conheceu um aumento importante, passando de 74,8% em 2000 a 78,7 % em 2006, sendo de 71,9% para as mulheres e 86,5% para os homens ⁵ persistindo ainda, a esse nível, as disparidades de género. O ensino superior, incluindo o ensino universitário e o ensino politécnico, regista um desenvolvimento, caracterizando-se por uma enorme procura por parte dos alunos que concluem o Ensino Secundário.

No domínio da saúde houve igualmente ganhos consideráveis, registando-se uma evolução positiva dos principais indicadores, como a diminuição progressiva da mortalidade infantil (que passou de 26,8/1000 para 21,5/1000 entre 2000 e 2006),⁶ a tendência para a redução da mortalidade materna (de 30/100.00 em 2003 para 14,5/100.000 em 2005). Registou-se igualmente um aumento da esperança de vida para 71,8 anos (2004), prevendo-se que em 2008 alcançará os 68,5 anos nos homens e 76,3 anos nas mulheres⁷.

O país caminha assim para o cumprimento dos objectivos do milénio em matéria de redução da mortalidade infantil e melhoria da saúde materna. De salientar, contudo, as frequentes oscilações dos principais indicadores na área da saúde, a partir da segunda metade da década de 90, o que revela ainda fragilidades em termos de perenização dos programas, pelo que a diminuição e a instabilidade da ajuda externa poderão determinar uma eventual regressão de indicadores sociais.

⁴ INE-IDRF 2002 - Perfil da Pobreza

⁵ QUIBB 2006 - INE

⁶ Estatísticas MS

⁷ INE – Resumo dos principais indicadores demográficos, 2000-2020

No plano da equidade e igualdade de género, embora subsistam constrangimentos, alguns avanços foram conseguidos. Foi aprovada a lei sobre a Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (Lei No 46/VII/2007 de 26 de Novembro). O país atingiu a igualdade de género no que se refere ao acesso ao ensino básico e houve um aumento da participação das mulheres enquanto economicamente activas para 38,6% em 2000, não obstante as mulheres que desenvolvem actividades produtivas estarem trabalhando em actividades que requerem menor qualificação profissional.

Associado ao desemprego e às precárias condições em que vivem largos extractos populacionais, assiste-se ao emergir de certos fenómenos que contribuem para aprofundar o círculo vicioso da pobreza. A problemática da violência doméstica, (incluindo a violência emocional, física, psicológica ou sexual) de que a mulher é a principal vítima, o início precoce da gravidez (gravidez na adolescência), a prostituição, a toxicoddependência e o alcoolismo, crianças e adolescentes em situação de rua, constituem, entre outros, factores com graves consequências a nível individual, familiar e social.

2. Contexto de Saúde Reprodutiva

Assegurar o acesso universal à Saúde Reprodutiva (SR), um dos objectivos aprovados na Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (CIPD, Cairo 1994), é considerado essencial à protecção da saúde e bem-estar dos indivíduos, das mulheres, das famílias e da sociedade como um todo.

A CIPD situou a Saúde Reprodutiva, os direitos reprodutivos da mulher e a equidade de género num contexto maior de Saúde. Novos referenciais para o desenvolvimento, incluindo os Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento (OMD) estabelecidos pelos líderes mundiais em 2000 e reafirmados na Reunião dos Ministros de Saúde dos países da União Africana - Maputo 2006, focaram a Saúde Reprodutiva como uma prioridade. O relatório de progresso de cinco anos dos OMD reconheceu especialmente a interacção entre crescimento da população e pobreza os direitos reprodutivos e a equidade de género, a saúde reprodutiva e o bem-estar de mães, crianças e pessoas em risco para o VIH/SIDA.

Igualmente, foi mais uma vez reconhecida a importância da Saúde Reprodutiva, ao fomentar a sua integração nas estratégias de redução de pobreza, dada a sua contribuição na elevação da consciência sobre a importância dos resultados de saúde na redução da pobreza e no crescimento económico.

As prioridades e estratégias de desenvolvimento globais integraram o panorama da Saúde Reprodutiva de forma abrangente, após o consenso alcançado na CIPD de Cairo (1994) onde se defendeu uma ampla abordagem de desenvolvimento baseada nos direitos reprodutivos, orientado para que os diferentes componentes da Saúde Reprodutiva sejam oferecidos como parte integrante de uma vasta gama de prestação de serviços nesta área.

O esforço para a reforma do sector de saúde e a integração dos serviços convergem para o aumento e a melhoria da oferta de uma variedade de serviços de Saúde Reprodutiva, com conseqüente aumento da eficiência, qualidade, equidade, sustentabilidade e receptividade dos utilizadores de saúde no mundo em desenvolvimento.

Em Cabo Verde, o Serviço Nacional de Saúde tem conseguido significativos avanços, desde a independência, no que tange à promoção do bem-estar físico, mental e social das populações e na garantia de cuidados de saúde à população cabo-verdiana.

A partir de 2000, o sub-programa saúde da mãe e da criança adoptou uma abordagem mais global tendo em conta o conceito amplo da saúde reprodutiva (CIPD 1994), e sua adaptação à realidade do contexto sócio-cultural, após a realização do Simpósio Nacional sobre a Saúde da Reprodução (Cabo Verde, 2000). Neste sentido, foi elaborada a Política Nacional de Saúde Reprodutiva e as Normas de Serviços de SR, com a definição dos grandes princípios no domínio da saúde reprodutiva.

Em Março de 2001, foi criado o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, em substituição ao Programa Nacional de PMI/PF/PAV, tendo como população alvo as crianças menores de 5 anos, os jovens e adolescentes, e os adultos (mulheres e homens).

Posteriormente, foi elaborado o documento de Programa Nacional de Saúde Reprodutiva 2002 – 2006 com o objectivo de contribuir para o desenvolvimento nacional com a plena participação da mulher e dos homens na partilha das responsabilidades sobre todos os aspectos relativos à família, à conduta sexual e reprodutiva e à prática do planeamento familiar.

Ganhos globais foram observados em décadas recentes, com a melhoria dos indicadores de acesso e disponibilidade dos serviços de SR, nas taxas de prevalência contraceptiva e na diminuição de taxas de fertilidade, mas ainda com importantes e persistentes desafios, principalmente no que tange às mortalidades materna e infantil.

A evolução positiva dos indicadores de saúde testemunha os ganhos conseguidos, apesar de dificuldades experimentadas decorrentes dos novos desafios inerentes às mudanças no perfil epidemiológico do país. Estes desafios requerem a adopção de medidas concretas num programa de reforma que visa melhorar o desempenho e a performance do sector da saúde.

Esta reforma deverá promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde, melhorar o desempenho das estruturas e dos profissionais visando a melhoria da qualidade dos serviços e a satisfação das necessidades dos utentes do Serviço Nacional de Saúde.

De acordo com a Política Nacional de Saúde até 2020, a política de Saúde Reprodutiva constitui um compromisso em prol do desenvolvimento da pessoa humana, baseada na promoção da igualdade e da justiça social e implementada através do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR).

O PNSR visa ainda contribuir para o desenvolvimento nacional através da plena participação da mulher e do homem na partilha das responsabilidades sobre todos os aspectos relativos à família, à conduta sexual e reprodutiva e à prática do planeamento familiar, cujas principais atribuições passarão pela prestação coordenada e descentralizada, de cuidados promocionais, preventivos e curativos específicos na área da SR.

III- ANÁLISE DA SITUAÇÃO EM SAÚDE REPRODUTIVA

1. Principais indicadores de Saúde Reprodutiva, problemas e causas

1.1 Saúde infantil - morbidade, mortalidade

Morbidade

As doenças respiratórias agudas, diarreicas e as afecções perinatais constituem as principais causas de morbi-mortalidade infantil, embora não seja possível fazer uma análise comparativa da evolução, por deficiente disponibilidade de dados. A mortalidade de menores de cinco anos e a juvenil tem melhorado de forma continuada e sustentada nas últimas décadas.

A incidência das doenças alvo do PAV (Tuberculose, Hepatite B, Polio, Difteria, Tosse Convulsa, Tétano, Sarampo) tem diminuído significativamente, não se registando surtos desde as últimas epidemias de Sarampo em 1997 e de Poliomielite em 2000. Considera-se que o Tétano neonatal está eliminado em Cabo Verde com 2 casos notificados nos últimos 6 anos, sendo um em 2000 e outro em 2002.⁸

Mortalidade infantil

A mortalidade de crianças menores de 5 anos reduziu-se de 76,8 por mil em 1995 para 32,6 em 2000 e para 24,8 em 2006⁹. Essa evolução corresponde a uma redução de 32,3%.

Nos mesmos períodos, a mortalidade infantil passou de 57,⁹ por mil nascidos vivos para 26,8 no ano 2000 e para 21,5 por mil de 2006¹⁰, o que corresponde a uma redução final de 37,1%.

⁸ Relatório GECP/Ministério da Saúde, 2006

⁹ Idem

¹⁰ Idem

Relativamente à mortalidade infantil, 50% são mortes perinatais registadas durante os primeiros sete dias de vida, que ultrapassaram as causas infecciosas e parasitárias. A terceira causa é constituída pelas afecções respiratórias as quais, no entanto, vêm diminuindo gradualmente.¹¹ A mortalidade perinatal situava-se, em 2006 em 30,0 por mil¹².

Diversos factores são identificados como os determinantes da morbi-mortalidade infantil, nomeadamente as limitações ao acesso à água potável, a deficiente cobertura do saneamento básico, as precárias condições de habitação e deficiente situação nutricional.

De realçar a necessidade de se realizarem estudos sobre as mortes perinatais, bem como a definição e/ou harmonização de conceitos (aborto, nados-vivos, nados-mortos etc.) e sua divulgação, para efeito de produção de informação estatística fiável.

1.2 Saúde da mulher - morbilidade, mortalidade

Morbilidade

As causas de morbilidade materna mais frequentes são infecções, anemia, hipertensão arterial e diabetes. Segundo dados do IDSR II,¹³ cerca de 43,2% das grávidas e 36% das que amamentam apresentam anemia.

Além de infecções genitais, os tumores benignos do útero e dos ovários e a endometriose são causas frequentes de consulta. Os cancros de colo do útero e da mama constituem importantes causas de mortalidade.

O aborto seguro nas estruturas de Saúde foi legalizado em Cabo Verde desde 1997, através da lei sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez - IVG (Lei No 7/87 de 14 de Fevereiro). No entanto existem factores relacionados com dificuldades de acesso físico, económico e cultural que constituem obstáculos à sua efectiva implementação. Embora não existam dados fiáveis sobre o aborto clandestino, sabe-se que ele é praticado, constituindo ainda uma ameaça à saúde da mulher.

Mortalidade Materna

O relatório sobre os Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento (OMD) 2007 considera que a mortalidade materna em Cabo Verde é baixa relativamente aos países da África sub-sahariana. Globalmente a taxa de mortalidade materna no país tem vindo a diminuir desde os anos 90. Ela tem oscilado entre os 30/100.000 em 2003 para 36,9/100.000 em 2004 e 14,5/100.000 em 2005, o que não permite inferir se há tendência crescente ou decrescente. Em números absolutos, variou de 11 em 2000, 4 em 2003 e 5 em 2006.¹⁴ As principais causas de óbitos maternos são eclâmpsia, hemorragia e sepsis.

11 Idem

12 Relatório Estatístico Ministério da Saúde, 2007

13 Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR II) - INE 2005

14 Relatório do GECP/Ministério da Saúde, 2006

1.3 Fecundidade

O número de filhos por mulher passou de 4,1 em 1998 (IDSR I) para 2,9 em 2005 (IDSR II), com diferenças entre mulheres sem instrução (3,9) e mulheres com instrução com nível básico (3,3), secundário (2,7) e pós secundário (2,0).

A prevalência contraceptiva, segundo IDSR II (2005) foi de 57,1% tendo aumentado em relação a 1998 (46,0). Na zona urbana não houve variação (63,2, contra 63,7). Na zona rural constata-se um aumento de 19%, passando de 30,7 em 1998 para 49,5 em 2005. No conjunto de todas as mulheres, o grupo de 15-19 anos é o que apresenta a taxa de prevalência mais baixa (23%) sendo o método contraceptivo mais utilizado o preservativo (12%) seguido da pílula (6%).¹⁵

1.4 Saúde dos adolescentes e jovens

A prevalência das gravidezes na adolescência continua preocupante e a fecundidade precoce constitui um dos problemas sociais graves. Segundo o IDSR II (2005), cerca de 19% das jovens com idade entre os 15 e os 19 anos engravidaram pelo menos uma vez, sendo que 15,2% já era mãe e 3,7% encontravam-se grávidas.

Das grávidas que frequentaram os serviços de SR em 2006, cerca de 1% (104) tinha menos de 15 anos, percentagem que baixou para 0,7% (74 casos) em 2007.

De acordo com o IDSR II, 11,4% das raparigas dos 15-19 anos declarou ter tido a primeira relação sexual antes dos 15 anos. Essa percentagem sobe para 32,2% nos rapazes do mesmo grupo etário. Existe um fraco conhecimento e utilização de contraceptivos, tendo a utilização de um método contraceptivo na primeira relação sexual sido referida por apenas 20% de meninas e 18% dos rapazes.

Foi encontrada uma prevalência da anemia nas mulheres em fase reprodutiva de cerca de 30% com maior incidência entre as adolescentes, que representavam mais de um terço dos casos.¹⁶

Existem ainda problemas sociais que afectam muitos adolescentes, como sejam os relacionados com o uso de droga e álcool. De acordo com um estudo realizado entre os alunos do ensino secundário dos 13 aos 16 anos (Associação Zé Moniz com o apoio da Universidade Nova Lisboa/ Instituto Higiene e Medicina Tropical e 2005) existe um consumo precoce de álcool e outras drogas.

1.5 Saúde dos homens

Não foram encontrados registos sobre as principais causas de consulta e de internamentos neste grupo populacional. Contudo, são frequentes as uretrites e outras IST, os tumores benignos da próstata, as prostatites, o cancro da próstata, as litíases urinárias.

¹⁵ Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (DSR II) - INE, 2005

¹⁶ Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR) 2006-2007

Em 2006, os óbitos por tumores da próstata representaram 8,4% de todos os óbitos por tumores malignos, ocupando a segunda causa de morte (15,2%) por tumores malignos nos homens.

No âmbito da esfera sexual e reprodutiva os homens têm um comportamento considerado de risco. O IDSR II mostrou que 67% dos homens de 15-59 anos e 91% dos jovens de 15-24 anos, tiveram relações sexuais de alto risco nos últimos 12 meses.

Além disso, 72% dos homens de 15-59 anos usaram o preservativo na última vez que tiveram uma relação sexual de alto risco, enquanto que os jovens sexualmente mais activos (15-24 anos) 79% usaram preservativo na última relação sexual de alto risco.

1.6 Disfunção sexual e infertilidade

Não existem dados sobre a disfunção sexual e infertilidade que permitam apresentar a situação neste capítulo e analisar os problemas reais.

1.7 Nutrição

Os dados recentes existentes provêm de estudos com procedimentos metodológicos diferentes, mas abrangendo sempre a mesma faixa etária (menores de 5 anos). De acordo com estudos de 2001-2002 e 2006¹⁷, a proporção de crianças com malnutrição crónica reduziu de 15% para 11,2%. O QUIBB aponta que, em 2006, cerca de 8% das crianças mostram uma insuficiência ponderal, com maior incidência nos meninos de 1-2 anos (10%) e nas meninas de 3 anos (12%).¹⁸

A prevalência da anemia, apesar de ainda ser importante, passou de 70% (1996) entre as crianças menores de cinco anos para 52,1% conforme dados do IDSR II (2005). Segundo esta mesma fonte, a taxa de prevalência de anemia é de 29% nas mulheres de 15-49 anos e de 8% nos homens de 15 - 49 anos.

Entre as grávidas com anemia, as adolescentes são as que tem maior prevalência.

Quanto a outros micro-nutrientes, os dados reportam a 1996, carecendo-se de estudos actuais para reavaliar a situação (vitamina A, iodo e outros). Os mesmos mostram que a avitaminose A é relativamente baixa (2%) nas crianças menores de cinco anos e quanto à carência em iodo foi demonstrado que existe uma endemia moderada com uma prevalência de 25% de bócio global e de 5.2% de bócio visível.

¹⁷ IDRF 2001-2002/QUIBB 2006 - INE

¹⁸ Questionário Unificado de Indicadores Básicos de Bem-Estar (QUIBB) - INE, 2005

Segundo o IDSR II, 60 % das crianças receberam aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, 77% são amamentadas dos 12 aos 15 meses e 13% dos 20-23 meses. O mesmo inquérito analisou a amamentação na primeira hora que se seguiu ao nascimento, constatando que 72,7% das crianças amamentaram.

Já o IDRF 2001-2002 apontava uma proporção de crianças amamentadas na primeira meia hora de 44% nos hospitais, 30,3% nos centros de saúde, 46,4% nos postos sanitários e 31,4% nos partos domiciliares, sendo a média global de 39,6%.¹⁹

1.8 IST/VIH/SIDA

A seroprevalência do VIH em Cabo Verde é de 0,8%, sendo de 0,4% para as mulheres e de 1,1% para os homens. Existe uma disparidade entre o meio urbano que apresenta uma taxa de prevalência de 0,9% e o meio rural de 0,6%. A Praia urbana apresenta a maior taxa de prevalência com 1,7% sendo 2,6% nos homens e 0,8% nas mulheres.²⁰

A principal via de transmissão é a sexual que representa mais de 80% dos casos notificados sendo consideradas populações de alto risco os toxicodependentes, os presos, os profissionais de sexo, jovens de 15-19 anos e as mulheres grávidas. Entre os 1.699 casos acumulados de VIH/SIDA notificados em 2005 no país, 7,5% (126) devem-se à transmissão vertical (da mãe para o filho).

A taxa de prevalência do VIH calculada a partir dos Postos Sentinelas foi em 2006 e 2007, de 0,9 e 0,7%, respectivamente.

A taxa de incidência do VIH/SIDA foi de 61,4 e 64,3/100.000 habitantes, respectivamente em 2006 e 2007.²¹

Cumulativamente até finais de 2006 foram notificados 2.011 casos de infecção pelo VIH, dos quais mais de metade já evoluiu para SIDA (51%). Uma proporção de 62,8% dos seropositivos e 51% dos casos de doença existentes está na faixa etária 20-34 anos.

Em 2007 o número de casos cumulativos foi de 2.330.

Relativamente às IST, de 1993 a 2003, constata-se que a incidência dos casos notificados continua elevada, sobretudo as uretrites e vaginites (86,1 casos para 10.000 habitantes em 2000 e 42,9 casos para 10.000 habitantes em 2003). A incidência da sífilis varia entre 7,6 casos para 10.000 habitantes em 2000 e 4,6/10.000 habitantes em 2003. Os dados dos postos sentinelas em relação à sífilis mostram uma taxa de 1,7 % em 2003 e 2004.

Em 2007 registou-se um total de 3.206 casos de IST a nível nacional, sendo, corrimento 3042 casos, úlcera genital 68 e vegetação venérea 96.

¹⁹ Inquérito às Despesas e Receitas Familiares (IDRF) - INE 2001-2002

²⁰ IDSR II – INE, 2005

²¹ Laboratório VIH – Centros de Despistagem Anónima e Voluntária, 2007

1.9 Género e violência

A dimensão do problema da violência baseada no género (VBG), continua ainda pouco conhecida, devido à falta de mecanismo de seguimento e estudos orientadores da problemática, bem como a existência de obstáculos sócio-culturais que impedem as vítimas de apresentar queixa às autoridades judiciais. Sabe-se no entanto que o aumento do número de casos se deve ao aumento das denúncias feitas, consequência de uma maior sensibilização da sociedade cabo-verdiana face à problemática da violência, fruto do trabalho desenvolvido por várias organizações da sociedade civil.

A violência doméstica é vista socialmente como algo que se restringe ao espaço familiar (assunto de família), pelo que a denúncia muitas vezes é feita tardiamente, deixando sequelas físicas e psicológicas.

Uma pesquisa realizada pelo antigo Instituto da Condição Feminina (ICF) e pela Associação das Mulheres Juristas em 1998 mostrava que 50% dos homens condenados por homicídios de mulheres foram por crimes contra as esposas e concubinas. A mesma fonte mostra que a violência contra as mulheres é exercida em qualquer estrato sócio económico, grupos etários ou níveis de educação, subsistindo uma questão cultural perpetuada pela reprodução de comportamentos violentos.

O IDSR II mostrou que uma percentagem de 22% de mulheres de 15 a 49 anos declararam ter sido alguma vez vítima de violência a partir da idade dos 15 anos. Por tipo de violências perpetuadas por parceiros, 14% declararam-se vítimas de violência emocional, 16% de violência física e 4% de violência sexual. Também se constatou que 17% de mulheres estavam de acordo com alguma razão que justifica que o homem bata na sua companheira.

2. Oferta de Serviços de Saúde Reprodutiva

2.1 Cobertura sanitária

O pacote de cuidados de Saúde Reprodutiva oferecidos pelos Serviços de Saúde do Ministério da Saúde está integrado nas actividades desenvolvidas pelas estruturas de saúde (hospitais, centros de saúde, postos sanitários e unidades sanitárias de base) de acordo com o respectivo grau de diferenciação técnica. (Ver quadro a seguir)

Quadro No 1 - Distribuição da oferta de cuidados segundo tipo de estrutura

| CUIDADOS | | HC | HR | C. S | CSR | P.S | USB |
|-----------|------------------|------|------|------|------|------|-----|
| PAV | | * | * | 100% | 100% | 100% | |
| Pré-Natal | Rotina | N/A | N/A | 100% | 100% | 100% | |
| | Cons. Alto Risco | 100% | 100% | N/A | 100% | N/A | |

| | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|------|------|-------|------|------|--|
| PF | Rotina | N/A | N/A | 100% | 100% | 100% | |
| | Métodos cirúrgicos | 100% | 100% | N/A | N/A | N/A | |
| Partos | Eutócicos | 100% | 100% | 68,2% | N/A | | |
| | Complicados | 100% | 100% | 4,5% | N/A | | |
| Crescimento/ Desenvolvi. | | N/A | N/A | 100% | 100% | 100% | |
| Adolescentes/ Jovens | | | | 4,5% | 60% | | |
| Homens | Consulta** | 100% | 100% | 100% | 4,5% | 100% | |
| Nutrição | Micronutrientes | N/A | N/A | 100% | 100% | 100% | |
| | Consulta | 100% | 0 | ... | 20% | 0 | |
| PTV | Rastreio | | | 100% | 100% | | |
| | Seguimento/Tratamento | 100% | 100% | N/A | 100% | N/A | |
| IST | ** | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |

OBS: *Uma equipa de cada Delegacia de Saúde se desloca aos hospitais para BCG, Polio 0, Hep. B1

** Incluídas no atendimento global das estruturas de saúde excepto para o CSR da Bela Vista

Segundo o inquérito QUIBB 2006, o nível de satisfação dos serviços de saúde é de 88,9%. As estruturas de saúde do Serviço Nacional de Saúde garantem um acesso facilitado (< 30 mn) a cerca de 73% da população, com maior expressão no meio urbano (88%) do que no meio rural (61%), pelo que se impõe o seu alargamento progressivo, com enfoque nos Centros de Saúde.

Em relação aos Serviços de Saúde Reprodutiva, existem dois centros de referência a nível regional, um na Praia e outro em S. Vicente, sendo os restantes serviços SR integrados nos Hospitais Regionais e Centros de Saúde dos diversos concelhos do país.

2.2 Análise por componente

2.2.1 Atendimento infantil e vacinação

O Programa Alargado de Vacinação (PAV), cobre actualmente oito doenças (Tuberculose, Hepatite B, Poliomielite, Difteria, Tosse Convulsa, Tétano e Sarampo).

Cabo Verde aderiu às orientações para erradicação da poliomielite instituindo as normas internacionalmente exigidas em particular, a vigilância activa das PFA e a criação do Comité de Erradicação da Poliomielite e do Comité de Peritos desde o ano 2002.

Medidas estão também em curso para o controlo acelerado do sarampo tendo em vista a sua eliminação, que consistem na vigilância, campanhas de vacinação cada 4 anos e no aumento da cobertura vacinal de rotina, de 74,3% em 2007 no entanto ainda inferior à meta preconizada, superior a 90%.

A Estratégia de Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), adoptada em 2004 começou a ser implementada a partir de 2007 com a formação de formadores e dos primeiros prestadores de cuidados, estando na fase piloto de implementação, pelo que tem ainda uma abrangência limitada aos concelhos de Praia, Ribeira Grande, Paúl e Porto Novo. Contudo, constata-se que a oferta de cuidados em neonatologia é possível apenas nos hospitais centrais e regionais.

Segundo dados de 2007 do PNSR, 90% das crianças com menos de um ano são observadas pelo menos uma vez nas estruturas que prestam cuidados de SR e cada criança alcança em média 8 contactos por ano.

O IDSR II – 2005 aponta que a cobertura vacinal em relação a DTP3 e Sarampo foi de 79% e 81% respectivamente. Dados do PNSR 2007, mostram uma cobertura de DTP3 de 81% e de Sarampo de 74,3%. Sete concelhos não alcançaram 75% de cobertura em DTP3: S. Nicolau (73%), S. Domingos (66%), S. Cruz (71%), S. Catarina (74%), Ribeira Grande (63%), Paúl (74%) e S. Miguel (48%).

A taxa de abandono de 8% entre DTP3 e Sarampo encontra-se abaixo da meta preconizada pelo PNSR (< a 5%).

O país criou condições favoráveis à continuidade do programa nomeadamente, a capacidade para a aquisição das vacinas na sequência da Iniciativa para a Independência Vacinal financiada pela União Europeia, através do UNICEF.

Os custos com a vacinação (vacinas e consumíveis) são suportados desde 1998 pelo orçamento do Ministério da Saúde, à excepção da vacina contra Hepatite B que tem sido apoiada pela cooperação bilateral (Itália, Luxemburgo e UNICEF). A vacinação é oferecida à população gratuitamente.

O atendimento infantil nos serviços de SR inclui ainda rastreio precoce e atendimento especial de crianças dos 0 aos 5 anos portadoras de deficiência psico-motora.

Entre outros problemas que afectam a prestação de cuidados de saúde às crianças e que podem ter algum peso na mortalidade infantil, destacam-se a fraca qualidade dos cuidados, incluindo uma boa comunicação com a comunidade, deficiências na organização das estratégias de vacinação, deficiências no registo e gestão dos dados de vacinação, recursos humanos mal distribuídos e insuficientes e insuficiente acessibilidade física a centros de cuidados de urgência.

2.2.2 Consulta pré-natal e pós parto

Os dados do PNSR do ano 2007 mostram uma cobertura de 1a consulta pré-natal de 86,7% com disparidade entre concelhos (S. Miguel 43,5%, Paul 37,3%, S. Domingos 43,1%, Sta Cruz 45,4% e R. Grande 45,1% contra Sal 152,3%, Praia 119,6%, Boavista 100,7%, S. Filipe 106,5% e Mosteiros 116,9%). A média de controlos por grávida é de 4,1.

Ainda segundo o IDSR II em 2005, 72,3% das grávidas fizeram mais de 4 consultas pré-natal (urbana 77,4% e rural 66,7%) e 2,6% nunca fizeram consulta pré-natal (urbana e rural 2,6%).

O QUIBB (2006) confirma também a cobertura quase generalizada dos serviços do pré-natal, apontando que cerca de 94% das mulheres que tiveram filhos nos últimos 12 meses do inquérito declararam terem tido serviço de pré-natal.

Relativamente às grávidas com menos de 18 anos que frequentaram os serviços públicos de consulta pré-natal passou de 15,8% -15,2% em 2001-2002 para 13,4% em 2007. No entanto, constata-se uma procura tardia da primeira consulta assim como irregularidade no seguimento, faltando dados que permitam uma apreciação adequada desta situação.

A adesão à consulta pós-parto tem sido baixa, sendo de 45,5% no ano de 2007 (dados do PNSR). Os dados do sector privado, incluindo as consultas suplementares nas estruturas de saúde não são notificados, tornando-se necessário colmatar esta lacuna, para um melhor conhecimento da situação real.

2.2.3 Vacinação das grávidas

A Cobertura Vacinal da VAT 2+ em grávidas foi de 52,9% segundo o IDSR II 2005 e de 66,8% segundo dados do PNSR 2007. A cobertura administrativa (PNSR) poderá não corresponder à realidade uma vez que não são consideradas no registo as grávidas completamente vacinadas.

2.2.4 Atendimento ao parto e ao aborto

Os partos assistidos nas estruturas de saúde correspondem a 78% segundo IDSR II - 2005, mas um número significativo dos partos é realizado por pessoal técnico (médicos e enfermeiros) sem especialização em Obstetrícia. Constatam-se disparidades entre os domínios de estudo urbano (91%) e rural (64%). Os concelhos das ilhas do Fogo (55%) e Santiago Norte (61%) são os que apresentam taxas muito inferiores à média nacional²².

Verifica-se no país insuficiente acessibilidade física a centros de cuidados obstétricos e neo-natais de urgência, disponíveis os completos apenas nos 5 hospitais do País e na Delegacia de Saúde do Sal. Contudo, mesmo a este nível, existem carências em recursos humanos especializados e em equipamentos.

Em 2006 foram integrados os 27 enfermeiros que receberam especialização em obstetrícia em 16 dos 17 concelhos e, nesse mesmo ano, foram introduzidos instrumentos de seguimento de parto – partograma e registo obstétrico, muito embora se constate ainda uma fraca utilização desses instrumentos nalgumas estruturas.

No último trimestre de 2007 foram realizadas formações em todos os concelhos para introdução dos kits de Urgência/emergência obstétrica incluindo a utilização de fórceps e ventosa, o que será seguido da colocação dos mesmos em todas as estruturas de parto.

O aborto é realizado nas estruturas oficialmente autorizadas, em função da existência de determinados requisitos técnicos. Considera-se que o acesso não é fácil (custo, circuito, listas de espera) e que será necessário introduzir no pacote de cuidados para os centros de saúde, os protocolos médicos para IVG e cuidados pós aborto de forma segura (a Aspiração Manual Intra-uterina – AMIU) e o Aborto Químico.

²² Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva – IDSR, INE 2005

Não existem dados fiáveis sobre o aborto clandestino que se presume estar a aumentar.

A inexistência de um plano de desenvolvimento de competências técnicas a nível local (delegacias de saúde) para atenção às urgências obstétricas e neonatais foi considerada como um problema assim como a falta de uma comunicação com a comunidade no sentido de uma melhor gestão dos riscos.

A deficiente qualidade dos dados não permite a obtenção de informação fiável para a tomada das medidas que se impõem.

De acordo com as normas internacionais, recomenda-se a organização da prestação de cuidados em dois níveis por cada 500.000 habitantes: 4 serviços de cuidados obstétricos e neonatais de urgência de base e 1 serviço de cuidados obstétricos e neonatais de urgência completo. Tendo em conta a realidade arquipelágica e populacional do país, impõe-se o desafio de encontrar estratégias de cobertura de serviços que permitam fornecer esses cuidados em função das necessidades de cada ilha/região/concelho.

2.2.5 Prevenção e tratamento do cancro do colo do útero e da mama

Os serviços de saúde reprodutiva não estão suficientemente sistematizados nesta área. Contudo algumas actividades vêm sendo desenvolvidas, como é o exemplo das acções de sensibilização sobre factores de risco, rastreio e diagnóstico precoce, exames clínicos da mama e exames complementares, ecografias, mamografias, citologias e biopsias, etc., que se encontram contempladas no Caderno Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM).

Em 2007 foi lançada pela ICIEG a campanha nacional para sensibilização ao cancro da mama, constituída fundamentalmente por intervenções de informação à população e de proximidade a nível das comunidades, em estreita parceria com organizações da sociedade civil.

Nos dois hospitais centrais existem condições para o diagnóstico anatómico-patológico e foi criado, em 2007, um núcleo para o tratamento do cancro composto por uma equipa multidisciplinar com um pequeno centro para quimioterapia.

2.2.6 Cuidados de saúde reprodutiva aos adolescentes e jovens

Desde 2000 que os serviços de saúde reprodutiva têm envidado esforços no sentido de criar espaços personalizados de atenção específica aos adolescentes, com acções de IEC, Planeamento Familiar, pré-natal, consultas de ginecologia, de psicologia, cuidados pós parto e pós aborto, de vacinação e de fisioterapia, sendo necessária a sua generalização a todos os concelhos.

O PNSR criou quatro serviços específicos para os adolescentes nos dois Centros de Referência SR (Mindelo e Praia) e em duas estruturas SR (S. Miguel e S. Filipe).

De salientar, no entanto, que a frequência deste grupo aos centros de Saúde Reprodutiva necessita ser promovida, atendendo a constrangimentos que condicionam o acesso aos serviços de saúde aos adolescentes, particularmente pelo risco de estigmatização a que se sujeitam quando frequentam serviços que possam denunciar a sua condição de sexualmente activas, o horário de atendimento pouco adequado às necessidades, etc.

Os Centros de Juventude (CEJ), na dependência da Secretaria de Estado da Juventude e os Centros de Informação da ONG VerdeFam oferecem uma estrutura de acolhimento, de prestação de serviços e conselhos para os adolescentes e jovens. Será necessário reforçar a articulação com a Saúde Reprodutiva, tendo em vista a expansão de uma oferta de serviços de qualidade.

No meio escolar, a aprendizagem da saúde sexual e reprodutiva tem tido uma evolução positiva, com a integração da temática nos currículos escolares, com a criação de espaços de informação e orientação nas escolas e de educação de pares (EIO), através da abordagem desenvolvimento de competências para a vida (life skills).

2.2.7 Cuidados de saúde reprodutiva para os homens

Esforços têm vindo a ser feitos para a aproximação e integração dos cuidados da saúde dos homens nos serviços existentes, tais como o acompanhamento das grávidas às consultas, a procura de preservativos, o acompanhamento dos filhos para a vacinação, as consultas para tratamento e seguimento (e as consultas de controle) das IST.

Nos dois hospitais centrais, existem serviços de urologia dirigidos por especialistas, mas os dados disponíveis permitem apenas constatar o volume do atendimento em consulta externa que indicam 1.204 para Praia e 1.860 para S. Vicente em 2006 e em intervenções cirúrgicas respectivamente, 310 e 143.

Apesar de algum esforço, até ao momento os serviços de Saúde Reprodutiva não possuem atendimento personalizado para os homens, pelo que não se dispõem de dados estatísticos fiáveis sobre os problemas de saúde que afectam este grupo específico.

Por outro lado, as actividades de sensibilização e de informação dirigidas aos problemas de saúde reprodutiva do homem focalizam essencialmente as IST/VIH/SIDA e PF.

Apesar de se considerar que há alguma reserva dos homens para a apresentação de queixas relacionadas com o aparelho reprodutor, também se constata pouca sensibilidade dos técnicos (médicos) para realizar alguns exames de rotina imprescindíveis, como o toque rectal. Actividades incipientes estão em curso e dirigidas para o rastreio de patologias de próstata (adenoma e cancro da próstata), sendo necessário reforçar acções nesse sentido.

2.2.8 Planeamento familiar/consulta de infertilidade

A disponibilidade e o acesso aos métodos contraceptivos são generalizados e implementou-se a modalidade de comparticipação nos custos da saúde por parte dos utentes, através do pagamento de uma taxa moderadora, com excepção para os preservativos masculino e feminino (gratuito).

O preservativo masculino é largamente difundido e utilizado como método contraceptivo privilegiado (IDSR II - 2005), o mesmo não se podendo dizer em relação ao preservativo feminino que ainda é pouco divulgado.

Segundo o PNSR taxa de prevalência contraceptiva foi de 30,7 em 2007, sendo a pílula o método mais utilizado (com 11%), o que revela uma certa estagnação em relação a 2006 (30,8%).

Foram introduzidos novos métodos (Implante e preservativo feminino), registando-se no entanto uma taxa de utilização baixa (0,2% para o Implante). Em relação ao preservativo feminino, após a formação dos prestadores, espera-se poder fazer a promoção para a sua utilização.

A utilização da laqueação de trompas acusa tendência de redução significativa que merece ser analisada tendo em conta que se trata de um método considerado seguro e que já teve taxas mais elevadas. A utilização da laqueação passou de 4,5 em 2006 para 2,4% em 2007. Em relação ao DIU, verifica-se uma certa estagnação, tendo passado de 1,7 em 2006 para 1,8% em 2007.²³

Apesar de se considerar que a infertilidade representa um aspecto importante da Saúde Reprodutiva, não existem dados fiáveis sobre esta problemática. Discussões têm sido levadas a cabo de forma a se instituir um processo específico de atenção para esta situação.

O PNSR deverá continuar a reforçar a qualidade do atendimento às mulheres em idade fértil/casais (PF incluindo esterilidade), aconselhamento, adolescentes e jovens, homens a disparidades na utilização dos serviços (jovens, zonas rurais, nível de instrução, homens) e a divulgação de mensagens e sensibilização das comunidades (continuidade) sobre PF.

2.2.9 Nutrição

O Ministério da Saúde desenvolve desde 1997, através do Programa Nacional de Nutrição, um programa de luta contra as carências baseadas na iodização do sal, e em concertação com o PNSR, a administração de vitamina A e Ferro a grupos de risco. Realizam-se também campanhas de distribuição de ferro e de desparasitação nas escolas do ensino básico e nos jardins-de-infância, com o apoio do UNICEF e do PAM respectivamente. Segundo o IDSR II – 2005, 59% de crianças dos 6-35 meses e 34% de mães durante 8 semanas após o parto receberam suplemento em vitamina A.

O aleitamento materno exclusivo (AME) é promovido em todas as estruturas de saúde e sobretudo através da Iniciativa «Hospital Amigo da Criança», em 5 estruturas de saúde, com dois hospitais certificados amigos da criança no país.

Não existe um plano estratégico sobre alimentação e nutrição da criança e as actividades no domínio da nutrição, aconselhamento e de recuperação nutricional são incipientes nos serviços de Saúde Reprodutiva. No quadro do atendimento global da criança, as mães recebem uma educação alimentar e nutricional, com vista a desmistificar determinadas crenças tradicionais e adequar os recursos disponíveis a uma alimentação mais equilibrada e racional.

Será necessário re-dinamizar os espaços de orientação e recuperação nutricional nos centros de SR.

2.2.10 Prevenção e tratamento das IST/VIH/SIDA

Dados de IDSR II-2005 demonstram que a informação veiculada sobre o VIH-SIDA chega a quase toda a população (99,8% das mulheres e 94,8% dos homens). Apesar da fraca prevalência do VIH, o país apresenta um risco de extensão elevado, devido aos comportamentos das populações de alto risco e ao acentuado grau de vulnerabilidade de grande parte da população em situação de pobreza.

No domínio da prevenção das IST/VIH, cerca de 14.357 pessoas foram cobertas pelas actividades, tendo aumentado o número de indivíduos que se submeteram ao teste para conhecimento da situação serológica.

Ainda em relação à prevenção, 100% das escolas primárias e secundárias do país realizam actividades de formação sobre as formas de prevenção do VIH.

Os serviços de saúde reprodutiva dão uma atenção particular à prevenção da transmissão mãe-filho (PTV) e neste sentido foi criada uma estrutura organizada para o aconselhamento, o rastreio e o tratamento. Essa mesma estrutura encarrega-se do TARV, da programação do parto hospitalar e do seguimento da mãe e do recém-nascido.

Houve um aumento no número de grávidas que realizaram o teste entre 2005 e 2006, tendo passado de 13% para 47%.²⁴ Contudo, constata-se a inexistência de condições para a determinação de carga viral no País, o que poderia diminuir a incidência de cesarianas, verificando-se além disso problemas de ruptura frequente de reagentes e de consumíveis.

A introdução de anti-retrovirais em 2005 com acesso universal, a execução de acções preventivas e a vigilância epidemiológica são progressos realizados. Foi aumentada a

²⁴ M. da Saúde/PLS

cobertura do tratamento por ARV, que passou de 24,2% de seropositivos com necessidade de tratamento para 28,3% em 2007, tendo a cobertura PTV passado de 31,3% em 2006 para 51,5% em 2007.²⁵

Em 2007, 113 pessoas portadoras de VIH/SIDA e 343 órfãos vulneráveis foram beneficiadas com apoio psico-social, dispensado por estruturas de saúde e organizações não governamentais.

Apesar do tratamento das IST ter sido normatizado através da aplicação do Guião da Abordagem Síndrómica, o atendimento depara-se com problemas de organização dos serviços e de acesso aos medicamentos.

2.2.11 Promoção da Saúde/Comunicação para mudança de comportamento

A promoção da saúde, através de intervenções que visem a mudança de comportamento e a mobilização da participação está a cargo do Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário do Ministério da Saúde, enquanto coordenador nacional.

As acções de Informação, Educação e Comunicação para a SR e VIH/SIDA têm sido desenvolvidas de acordo com uma estratégia mista, modernamente mediatizada (rádio, televisão), tradicional (teatro), e inter-pessoal através dos prestadores de serviço de SR, dos agentes de terreno, das organizações da sociedade civil, incluindo a organizações de base comunitária (OBC).

Apesar dos avanços conseguidos em matéria de promoção da saúde, ainda persistem insuficiência em recursos técnicos e materiais e na coordenação entre os diferentes intervenientes nesta área.

Há uma multiplicação de programas educativos na rádio e televisão que passam mensagens por vezes sem concertação e harmonização dos conteúdos. A nível dos prestadores de saúde, as sessões de IEC de grupo ou individualmente são muito limitadas e os beneficiários chave não possuem conhecimentos suficientes para participar na implementação das actividades de comunicação (pares educadores).

Persiste ainda um fraco envolvimento da população alvo (histórias de sucessos/deviant positif) na implementação das actividades de comunicação para adopção de comportamentos saudáveis.

Em Setembro de 2003 foi elaborada/adoptada a Estratégia Nacional de Comunicação para a Mudança de Comportamentos em Saúde Reprodutiva que permitiu colocar à disposição dos diferentes intervenientes um quadro de referência para um melhor seguimento e coordenação, não tendo contudo sido avaliado o grau de execução do mesmo, bem como do seu impacto sobre os comportamentos. Actualmente encontra-se em fase de preparação uma estratégia nacional de Promoção da Saúde que deverá contribuir para a coordenação das actividades de promoção de saúde, a nível nacional.

²⁵ M. da Saúde/PLS

A nível do VIH/SIDA foi elaborada a Estratégia Nacional de Comunicação para a Mudança de Comportamentos, um importante instrumento de orientação e coordenação das acções na área de prevenção do VIH/SIDA.

2.2.12 Género e violência

Algumas instituições (Ministério da Justiça, Polícia Nacional, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social), ICIEG, Comissão Nacional dos Direitos Humanos, ONG (Associação de Mulheres Juristas, OMCV, Morabi) têm desenvolvido intervenções no sentido de combater a violência baseada no género, através de iniciativas importantes, nomeadamente, da promoção da aplicação da legislação, dos centros de acolhimento e de uma linha SOS.

Constatam-se no entanto vários constrangimentos à implementação de actividades de prevenção da violência doméstica, nomeadamente, um contexto sócio-cultural e económico desfavorável (abuso do álcool e outras drogas, dependência económica da mulher) assim como um desconhecimento dos direitos, tanto por parte dos homens, como das mulheres, bem como dos mecanismos de protecção.

As estruturas locais (serviços sociais, jurídicos, polícia, ICCA, associações) não têm conseguido implementar de forma eficaz os mecanismos de coordenação entre os diferentes intervenientes, verificando-se ainda uma fraca execução dos dispositivos legais.

3. Principais problemas de Saúde Reprodutiva, causas e necessidades

3.1 Oferta e utilização de cuidados de saúde reprodutiva

A análise de situação da SR com relação à oferta e utilização dos serviços, permite identificar vários problemas, dos quais se destacam:

A nível da oferta, persistem ainda desequilíbrios regionais pelo facto de que nem todas as estruturas da pirâmide sanitária oferecem o pacote mínimo de actividades, registando-se uma deficiente cobertura em relação a determinados componentes como sejam:

- Deficiente acessibilidade física a centros de cuidados obstétricos e neo-natais de urgência, disponíveis os completos apenas nos 5 hospitais do País e na Delegacia de Saúde do Sal;
- O aborto, limitado apenas a nível dos hospitais centrais e regionais, com grandes dificuldades de acesso, tendo em conta os custos, o circuito e as listas de espera;
- A inexistência de condições para a determinação de carga viral no País, bem como ruptura frequente de reagentes e de consumíveis, que poderia diminuir a incidência de cesarianas;
- Dificuldades de acesso aos medicamentos para tratamento das IST;

- Inexistência de espaços personalizados de atenção aos adolescentes e jovens e homens, o que limita a procura dos serviços por parte destes grupos;
- A não sistematização dos serviços na área da prevenção e tratamento do cancro do colo do útero e da mama;

A não existência de um plano estratégico sobre alimentação e nutrição da criança, pelo que as actividades no domínio da nutrição, aconselhamento e de recuperação nutricional são ainda incipientes nos serviços de Saúde Reprodutiva. As necessidades nesta área apontam para a re-dinamizar os espaços de orientação e recuperação nutricional nos centros de SR.

Em relação à procura dos serviços, há a registar a fraca adesão a algumas valências da SR, nomeadamente à consulta pós-parto, bem como a fraca procura dos serviços pelos adolescentes e homens.

A nível da qualidade da prestação, destaca-se a fraca qualidade dos cuidados, a nível das diversas vertentes, incluindo uma deficiente comunicação inter-serviços e entre os serviços de saúde e a população, no sentido de uma melhor gestão dos riscos. A qualidade do atendimento de às mulheres em idade fértil/casais, aos adolescentes e jovens deverá ser melhorada, com vista a se aumentar a procura dos serviços por parte dos grupos alvo.

No que toca aos recursos humanos e materiais, registam-se carências de quadros especializados e em equipamentos a vários níveis, particularmente nos cuidados obstétricos e neo-natais de urgência. Nota-se, por outro lado, que não existe um plano de desenvolvimento de competências técnicas a nível local (delegacias de saúde) para atenção às urgências obstétricas e neonatais e outros, bem como uma insuficiência e deficiente distribuição dos recursos humanos disponíveis.

Constata-se igualmente a inexistência de dados sobre problemáticas importantes da Saúde Reprodutiva (Infertilidade, violência baseada no género) não permite uma melhor atenção face a essas situações.

A nível de coordenação, há deficiente conhecimento da cobertura do sector privado, incluindo as consultas suplementares nas estruturas de saúde e fraca articulação entre o sector público da saúde e o privado na prestação de cuidados no domínio da SR.

No domínio da promoção da saúde, apesar dos avanços conseguidos, ainda persistem insuficiências em recursos técnicos e materiais, e de coordenação entre os diferentes intervenientes nesta área. Não há conciliação entre as diferentes estratégias de promoção da saúde para a mudança de comportamento, o que se traduz numa multiplicação de programas educativos, cujas mensagens carecem concertação e harmonização dos conteúdos, registando-se, por outro lado uma descontinuidade na divulgação de mensagens nas comunidades.

3.2. Problemas jurídicos e institucionais

3.2.1 Jurídicos

O quadro jurídico cabo-verdiano é favorável à Saúde Reprodutiva, salientando-se a promoção da Saúde Familiar, com a aprovação e revisão do Código da Família, a aprovação do Código de Menores e a ratificação da Convenção sobre os Direitos da Criança e a existência de artigos nos Códigos Civil e Penal, artigos salvaguardando os direitos das crianças, a gratuidade dos cuidados de Saúde Reprodutiva prestados e a despenalização da Interrupção Voluntária da Gravidez, até às doze semanas de gestação (Lei No 7/87 de 14 de Fevereiro).

No entanto, persistem lacunas importantes, nomeadamente no que concerne à Interrupção Voluntária da Gravidez, que só é permitida nos dois únicos Hospitais Centrais existentes em todo o país.

Em relação ao VIH/SIDA, um passo importante foi dado, com a adopção da lei que regula os aspectos ligados à prevenção, tratamento e controle do VIH/SIDA (Lei No 19/VII/2007 de 26 de Novembro que irá contribuir para a garantia de direitos dos seropositivos, particularmente nos aspectos do tratamento e cuidados, da confidencialidade e de não discriminação. Foi igualmente aprovada a lei que regula a transfusão sanguínea (Lei No 18/VII/2007 de 26 de Novembro).

Por outro lado, a lei de Base da Saúde vem servindo de referência para garantir cuidados integrados, médicos e psico-sociais às pessoas que vivem com o VIH/SIDA.

Não existe qualquer legislação que regule a prostituição, um fenómeno que tem conhecido contornos preocupantes no país.

As disposições legais favorecem a igualdade e equidade entre os homens e mulheres, a nível conjugal, familiar, profissional e nacional, tendo Cabo Verde adoptado a Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação da mulher. O país dispõe igualmente de textos de lei sobre a protecção de integridade física da pessoa humana (estupro, golpes e ferimentos) e sobre a contracepção e o aborto, que oferecem à mulher a possibilidade de controlar a sua fecundidade.

O abuso sexual, incluindo o estupro, é adoptado no Código Penal. A violência sexual e maus-tratos infligido às mulheres e aos menores constituem crime público nos menos de 12 anos, e semi-público no grupo etário de 12 a 16.

Outras disposições legais importantes foram adoptadas, como a lei sobre a venda e oferta de álcool a menores de 18 anos e a convenção quadro da luta contra o tabaco.

As necessidades nessa matéria focalizam-se sobre:

- A revisão/adopção de textos de lei relativos às diferentes preocupações, bem como a criação de mecanismos para a aplicação efectiva da legislação;
- Plaidoyer a favor da continuidade da execução das disposições legais a favor da igualdade e equidade entre homens e mulheres, a fim de contribuir efectivamente para a eliminação de todas as formas de discriminação, incluindo a violência baseada no género;
- A melhoria do conhecimento das disposições jurídicas e dos direitos por parte da população;
- Aprovação e implementação de leis sobre o mecenato incentivo ao sector privado que emprega PVVIH-SIDA.

3.2.2 Institucionais

Os principais problemas a nível institucional estão relacionados com a coordenação e seguimento das actividades e insuficiência de recursos humanos e materiais.

O Comité Nacional de Coordenação para o seguimento da execução do PNSR, não foi criado, o que contribuiu para que a concertação na execução das actividades continuasse sendo pontual, com duplicação de intervenções e falta de sinergia.

Os instrumentos de referência (plano operacional de execução do PNSR, Estratégia de IEC/CCC, Normas e Procedimentos de Serviços), não obstante terem sido validados, não foram difundidos junto dos diferentes intervenientes.

Por outro lado, as diferentes estruturas tanto centrais como descentralizadas estão insuficientemente dotadas em recursos humanos e materiais para representar um papel eficaz na gestão operacional dos programas.

3.3. Problemas sócio-culturais

Alguns factores sócio-culturais têm influenciado de forma significativa o alcance dos objectivos preconizados pelas acções de IEC/SR, destacando-se:

- Fraco nível académico e cultural das populações – analfabetismo, sobretudo nas mulheres do meio rural;
- A pobreza e instabilidade de muitas famílias que não permitem a consolidação de valores considerados socialmente importantes, realçando a demissão dos pais em assumir as suas responsabilidades na educação dos filhos e a conseqüente transferência dessa responsabilidade para a escola e para outras instituições;
- Uma certa permeabilidade da sociedade e dos adolescentes e jovens, sobretudo em relação a novos valores e padrões de comportamento que tem contribuído para a desintegração social, traduzida no aumento dos chamados males sociais (o consumo de droga, o alcoolismo, a prostituição e o crescimento do número de crianças de e na rua);

- A persistência de alguma pressão para a utilização exclusiva de métodos naturais, por alguns grupos sociais;
- As desigualdades de género e o fraco reconhecimento do estatuto social da mulher e fraca capacidade de decisão sobre a sua vida sexual, afectando sobretudo as mulheres do meio rural.

4. Gestão e seguimento do programa de SR

4.1 Capacidade de gestão do Programa de Saúde Reprodutiva

As capacidades em termos de gestão de programas continuam insuficientes. A carreira de saúde pública não beneficia de um estatuto oficial e por essa razão não é suficientemente atractiva para motivar os quadros da saúde. A melhoria das competências e do estatuto oficial neste domínio é portanto necessária para uma melhor concepção, realização e seguimento dos programas. Neste sentido, as necessidades de formação deverão ser analisadas e um plano de formação estabelecido.

Nos últimos três anos o Serviço Nacional de Saúde foi reforçado em recursos humanos (médicos e enfermeiros recém formados) tanto nas estruturas centrais como descentralizadas, no entanto, os serviços de SR estão ainda insuficientemente dotados em recursos humanos e materiais para desempenhar um papel eficaz na gestão operacional dos programas.

Considera-se que o regime de dedicação exclusiva em SR deve ser uma meta a alcançar, nos próximos anos, tendo em conta a especificidade com carácter promocional e preventivo das acções de SR e a necessidade de manter um pólo de pessoal competente e motivado nessa área.

Também constitui um constrangimento a grande mobilidade dos responsáveis (Delegados de Saúde) e pontos focais em SR relacionados, por um lado, com a fraca motivação para as questões de saúde pública e a sua secundarização, e por outro, a saída frequente de médicos para formação pós graduada.

Apesar de ter sido fortemente recomendada, não foi criado o comité nacional de coordenação preconizado no PNSR 2002-2006 para o seguimento da execução do programa, e que viria facilitar a criação concertação intra e intersectorial, Para os próximos anos seria desejável promover o estabelecimento de Núcleos Nacional e Regional de coordenação em SR, com representação dos principais parceiros do Programa, dotados de instrumentos e recursos necessários.

Os diferentes instrumentos de referência, nomeadamente, o plano operacional de execução do PNSR, a Estratégia de IEC/CMC em SR, as Normas e Procedimentos de Serviços etc., foram elaborados, mas não tiveram uma difusão alargada junto dos diferentes intervenientes, persistindo ainda desafios na sua plena implementação.

Existem vários constrangimentos de ordem organizacional, nomeadamente, deficiências na organização das estratégias de vacinação e no registo e gestão dos dados, particularmente na valência de vacinação de crianças, grávidas e mulheres em idade fértil.

4.2 Supervisão formativa

A supervisão é uma valência fundamental para uma boa gestão das actividades de SR, visando manter a qualidade das prestações e promover a competência dos técnicos.

Foi realizada com alguma regularidade (pelo menos duas visitas/ano) mas enfrenta vários constrangimentos relacionados com a falta de recursos, com a inexistência de um serviço institucionalizado a nível do Ministério da Saúde, assim como de instrumentos de supervisão que integrem a dimensão sobre a gestão baseada em resultados.

Além disso, constata-se alguma irregularidade nas visitas, alterações frequentes das equipas e uma fraca supervisão interna facilitativa. Os meios financeiros nem sempre estão disponíveis em momentos oportunos para a materialização dos planos, impedindo as deslocações das equipas.

Enquanto se aguarda para a institucionalização de um serviço de supervisão e visando colmatar estas lacunas, recomenda-se que um Plano Anual de Supervisão seja elaborado em concertação com todos os intervenientes.

4.3 Gestão dos equipamentos e produtos da SR

De acordo com a avaliação do PNSR nem todas as estruturas que prestam serviços de SR estão suficientemente dotadas em equipamentos e materiais para a prestação dos cuidados, de acordo com as normas e procedimentos em SR.

Regista-se que os dois hospitais centrais e os centros de saúde reprodutiva respondem às normas em termos de equipamentos e materiais e dezassete dos vinte e seis centros de saúde dispõem de facilidades para a colheita para a citologia do colo uterino. Nem todos os hospitais regionais prestam serviços obstétricos de urgência completos por não disporem de todas as facilidades para a realização de cesarianas. Na ilha do Fogo, esses cuidados são prestados através de uma parceria entre os serviços SR e o Hospital dos Capuchinhos (associação religiosa Italiana).

Em colaboração com a empresa ASA foi também possível criar condições na ilha do Sal, para a prestação de cuidados obstétricos de urgência completos (COU).

O aprovisionamento em contraceptivos continua essencialmente dependente da cooperação externa, sendo o UNFPA o principal parceiro. Persistem ainda alguns problemas relacionados com a falta de equipamentos e eminências de rupturas de stocks, (contraceptivos, medicamentos e reagentes).

De destacar a necessidade de se fazer uma advocacia para a criação de condições internas que permitam garantir a perenização do programa de planeamento familiar, nomeadamente, a aquisição regular de contraceptivos.

A segurança do aprovisionamento foi melhorada com a elaboração de um sistema conjunto de gestão dos medicamentos essenciais, dos contraceptivos e equipamentos SR, não obstante continuarem a persistir alguns constrangimentos superáveis, através da melhoria dos procedimentos e comunicação entres os diferentes intervenientes em SR.

Existem meios logísticos (meios de transporte terrestre, combustível, e equipamentos, materiais, medicamentos e vacinas constantes do pacote de cuidados essenciais de atenção primária) em todas as Delegacias, e todas as estruturas que prestam serviços de SR têm pessoal formado em gestão logística.

Os planos de deslocação (estratégia avançada) nem sempre são cumpridos por dificuldades relacionadas com a falta de recursos, nomeadamente a manutenção dos meios de transporte terrestre que constitui um problema importante.

Além disso, constata-se uma grande disparidade de tipos e marcas de equipamentos, assim como a ausência de um plano de manutenção preventiva, correctiva e de renovação dos equipamentos

4.4 Sistema de informação sanitária

Compete à direcção do PNSR a responsabilidade pela concepção, produção e difusão dos instrumentos de recolha de dados e ainda produção das informações sanitárias dos serviços de SR. A análise, publicação e difusão estão a cargo do GEPC/MS.

De uma forma geral, os dados são enviados das estruturas SR ao PNSR numa proporção significativa (95,3% dos relatórios esperados em 2006). Apesar da existência de dados de qualidade não se constata um sistema de acompanhamento com retro informação do desempenho das Delegacias de Saúde

O sistema de recolha de dados não está ainda adaptado às diferentes necessidades de informação para todos os componentes da SR, devendo ser revisto, incluindo nesta revisão, a adaptação das ferramentas de colheita e de análise e a formação do pessoal.

Em geral, os responsáveis SR no nível local têm conhecimentos limitados em estatística básica, epidemiologia e informática o que acarreta vários problemas entre os quais a falta de agregação de dados a nível das Delegacias de Saúde (cálculos de indicadores, taxas) e fraca retro-informação.

A utilização dos dados para a gestão pro-activa, procura activa dos casos, a elaboração e envio de relatórios atempadamente, ainda não é uma prática corrente. Também não existe uma estratégia de acompanhamento activo dos indicadores de desempenho em SR.

4.5 Pesquisa

As pesquisas e estudos, embora escassos, são efectuados segundo as necessidades do momento ou influenciadas por parceiros do desenvolvimento constatando-se fraca capacidade nacional em realizar pesquisas operacionais (pouco estimulado). É necessário definir um plano de pesquisa resultante da análise das necessidades relativas aos problemas de saúde reprodutiva identificados (mortalidade materna, mortalidade infantil, fecundidade sobretudo nos adolescentes, IST/VIH/SIDA, violências físicas e sexuais) e definir as modalidades de execução entre as diferentes instituições.

A recente implantação de Universidades privadas bem como a criação da Universidade de Cabo Verde (UNI-CV), prometem novas perspectivas em termos de capacidade nacional para a realização de pesquisa, o que a acontecer garantirá uma melhor gestão baseada em resultados.

4.6 Avaliação

Em Julho de 2004 foi feita uma avaliação a meio percurso do Programa de Cooperação entre Cabo Verde e o UNFPA, em que constavam as acções de Saúde Reprodutiva para o período 2002-2006.

Em 2007 foi realizada a avaliação final do PNSR 2003-2006, que registou uma clara melhoria em relação a alguns indicadores de SR, bem como em relação às assimetrias regionais e à distribuição dos recursos humanos (médicos e enfermeiros), deixando transparecer contudo lacunas e constrangimentos a serem ainda superados. Entre outras recomendações da avaliação, destacam-se: a definição de um pacote mínimo de actividades para cada estrutura da pirâmide sanitária, o reforço do pessoal dos centros de Saúde, a formação contínua dos prestadores de serviços SR, a melhoria dos instrumentos de gestão, a criação do Núcleo Nacional de Saúde Reprodutiva.

IV - RESPOSTA NACIONAL AOS PROBLEMAS DA SAÚDE REPRODUTIVA

1. A Saúde Reprodutiva nos planos e programas nacionais

1.1 Política Nacional de População e Planos Nacionais de Desenvolvimento

A situação da saúde das populações tem constituído uma preocupação dos sucessivos governos de Cabo Verde, pelo que, no quadro do processo de desenvolvimento do País, este sector é chamado cada vez mais a garantir à população o melhor nível possível de bem-estar físico, mental e social, assegurando a protecção e a promoção da saúde, por um lado e a prevenção, o tratamento e a reabilitação da doença, por outro.

Assim e os sucessivos Planos Nacionais de Desenvolvimento, elaborados e adoptados pelo Governo tiveram sempre em conta as questões de população e o tratamento da problemática demográfica com destaque para, entre outros: i) o equilíbrio entre o crescimento demográfico; ii) o processo de desenvolvimento socio-económico do país e os recursos disponíveis; iii) as grandes orientações da política de saúde, tendo como base os princípios da equidade no acesso à prestação de cuidados de saúde, a priorização das zonas desfavoráveis e a coordenação multi-sectorial; iv) e ainda a adopção da Saúde Reprodutiva como um dos sub-programas prioritários do Sector Saúde, tendo em conta a sua importância no desenvolvimento do país.

1.2 Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza

O DECRP II, instrumento estratégico do país e que cobrirá o período 2008-2011, não faz referência específica à Saúde Reprodutiva. Contudo, prevê, como objectivo estratégico a longo prazo, a garantia de bem-estar físico, mental e social à população, construindo num contexto socio-económico favorável, um serviço nacional de saúde fundada nos princípios da universalidade da cobertura, integralidade na prestação e rentabilização técnica e económica dos recursos - o que pressupõe, como desafio importante, controlar as doenças associadas à pobreza, à exclusão e à ignorância bem como as emergentes que caracterizam a transição epidemiológica do país.

As orientações estratégicas fundamentais assentam-se sobretudo na: i) Melhoria do acesso geográfico, económico e cultural das populações através da reorganização do Serviço Nacional de Saúde; ii) Oferta de cuidados de saúde acessíveis e que englobam todas as dimensões do ser humano e capazes de seguir os episódios de doença ou de risco, o que pressupõe uma organização de serviços, sobretudo da atenção primária; iii) Execução do Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos; iv) Revisão e adequação da rede de estruturas na sua diversidade de tipo e de competências.

Para garantir a modernização e sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde, o DECRP perspectiva, entre outros: i) O aumento da capacidade de intervenção administrativa e técnica a nível central e local; ii) a reestruturação de programas de saúde pública e o reforço do desempenho técnico das Delegacia de Saúde; ii) A criação de um programa de garantia de qualidade dos cuidados de saúde.

A estratégia de oferta de cuidados de saúde, sobretudo da atenção primária deve ser baseada na: i) Prática integrada de prestação de cuidados de saúde através de actividades de protecção e de promoção da saúde, de prevenção e de tratamento da doença e de recuperação de saúde; ii) definição e consequente disponibilização dum “conjunto de cuidados essenciais” que deve caber a cada nível; iii) Estabelecimento de normas de referência e contra-referência para o funcionamento do sistema; iv) Atendimento dos utentes e na sua satisfação; v) Atendimento prioritário a alguns grupos específicos; vi) Sensibilização relativamente à protecção e promoção da saúde para a adopção de estilos de vida e comportamentos individuais salutarres.

1.3 Política Nacional de Saúde

A aprovação da Política Nacional da Saúde 2020 constituiu a grande prioridade do Governo na presente legislatura, no quadro da reforma preconizada para o sector, visando alcançar novos patamares de qualidade e diversidade na prestação de cuidados de saúde, sem perder de vista os imperativos e os limites da descentralização e da sustentabilidade do sistema ligados às realidades sociais, financeiras e geográficas do país.

A Política Nacional de Saúde estabelece diferentes eixos de intervenção e no que toca à Saúde Reprodutiva, define um compromisso em prol do desenvolvimento da pessoa humana e, em especial, do género feminino, baseado na promoção da igualdade e da justiça social e é implementada fundamentalmente através do Programa de Saúde Reprodutiva, cujas actividades se integram na acção das diversas estruturas do Serviço Nacional da Saúde, dos diversos níveis.

No quadro acima resumido, as directrizes para que a Saúde Reprodutiva em 2020 atinja a sua finalidade, incluindo os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, vão no sentido de garantir:

Para a Saúde da mulher - i) a disponibilização de informação e educação sobre saúde reprodutiva a todas as pessoas activas sexualmente, independentemente da sua idade, sexo, estado de saúde ou estado civil; ii) o acesso universal aos cuidados da saúde reprodutiva, sobretudo às mulheres vulneráveis de alto risco obstétrico; (adolescentes de ambos sexos, pessoas mais expostas às IST/SIDA, casais ou mulheres que desejam espaçar os estados de gravidez ou não queiram ter mais filhos; iii) o desenvolvimento e aplicação do conceito de atendimento integrado à saúde da mulher (AISM), para uma melhoria da qualidade das respostas no quadro duma maternidade sem risco, oferecendo de forma contínua, integrado no pacote de cuidados essenciais, uma gama completa de serviços; iv) a utilização de tecnologias apropriadas na prestação dos cuidados, por pessoal capacitado, e com equipamentos e materiais adequados às necessidades; v) o desenvolvimento da investigação operacional para melhorar a saúde sexual e reprodutiva.

Para a Saúde infantil - i) o desenvolvimento de um atendimento integral às doenças da infância (AIDI), integrado no pacote de cuidados essenciais, das actividades de saúde em todas as estruturas, de acordo com a complexidade para cada nível; ii) a participação, junto do sector da educação e de outros parceiros no Programa Nacional de Saúde Escolar.

Para a Saúde do adolescente - i) a programação de acções de protecção e promoção da saúde do adolescente tendo em conta os riscos a que está sujeito; ii) uma particular atenção à protecção e promoção dos direitos dos adolescentes em matéria de informação e serviços de saúde sexual e reprodutiva e iii) o acesso constante e pleno a essas prestações; iv) o estabelecimento de uma relação privilegiada com o sector da juventude para uma programação conjunta aproveitando, nomeadamente, a utilização de Centros da Juventude como local para uma intervenção conjunta.

Para a Saúde das pessoas idosas - i) a participação numa resposta da sociedade ao envelhecimento da população devido ao aumento de esperança de vida, e aos problemas específicos que atingem essa parte da população acima dos 60 anos; ii) a programação duma atenção geriátrica que harmonize cuidados curativos específicos, cuidados reabilitativos, preventivos e sociais para uma atenção integral a esse grupo.

1.4 Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário/PNDS 2008-2011 é um instrumento essencial para a implementação da Política Nacional de Saúde, transformando esta em acções e intervenções concretas a serem executadas em períodos sucessivos durante a sua vigência.

O PNDS surge, assim, no processo de reforma do sector saúde de Cabo Verde como um instrumento de programação, execução e seguimento, para a materialização dos grandes objectivos preconizados, nomeadamente através da: i) Promoção de maior equidade nas oportunidades e nas prestações descentralizadas de cuidados de saúde, pelo reforço do conteúdo funcional das instituições de saúde; ii) Garantia da qualidade técnica crescente dos cuidados; iii) Melhoria do acesso aos serviços, da humanização no atendimento e da satisfação do utente; iv) Melhoria do desempenho do serviço nacional e da gestão dos recursos de saúde, com reforço da descentralização em direcção às delegacias de saúde e às regiões sanitárias e maior diferenciação do nível central de prestação e de gestão.

1.5 Programa de Luta Contra a Sida

As estratégias nacionais de luta contra o VIH/SIDA encontram-se definidos no II Plano Estratégico Nacional de Luta contra a SIDA 2006-2010, que tem como principais objectivos: i) reduzir a propagação do VIH, assegurando o acesso universal aos meios de prevenção; ii) melhorar a qualidade de vida das pessoas infectadas e afectadas pelo VIH/SIDA assegurando o acesso universal aos tratamentos e aos cuidados; iii) reforçar a participação de outros ministérios, que não o da Saúde, dos Municípios, das Associações Comunitárias, das ONG's e dos privados na implementação do PENLS.

O documento define como estratégias principais: i) a prevenção da transmissão VIH; ii) a prevenção da transmissão do VIH; iii) assegurar o apoio médico e psico-social às pessoas portadoras de VIH/SIDA; iv) reduzir o impacto sócio-económico do VIH/SIDA; v) reforçar a participação multi-sectorial, incluindo ao nível comunitário.

Os grupos alvos prioritários são os grupos vulneráveis e de maior risco: indivíduos que praticam a prostituição e sexualmente promíscuos, jovens sobretudo nos meios urbanos, população com baixo nível económico e de escolaridade, particularmente mulheres, indivíduos em situação de frequente mobilidade, crianças de e na rua, consumidores de álcool e outras drogas, toxicodependentes, profissionais de saúde e parteiras tradicionais.

O CCS-SIDA elaborou um Plano Estratégico Nacional de IEC/CMC para o combate à SIDA cujos pressupostos estratégicos deverão ser levados em consideração, uma vez que o IST/VIH/SIDA é um dos componentes transversais da SR. Devem ser considerados não somente os pressupostos estratégicos traçados no referido plano, como também os recursos necessários para a sua incorporação do plano integrado de acção de SR.

1.6 Programa Nacional de Nutrição

O Programa de Nutrição adoptou um Plano Nacional de Nutrição que foi elaborado em 1994, onde constam objectivos direccionados para a área de saúde reprodutiva, tais como: i) promover o Aleitamento Materno e práticas correctas de desmame; e ii) prevenir a Malnutrição Calórico-Proteica (MCP) e as carências específicas em micronutrientes.

A nutrição, em Cabo Verde, reveste-se de particular importância, atendendo, designadamente, à vulnerabilidade do país e sua extrema dependência face ao exterior nesta matéria.

A situação actual da nutrição em Cabo Verde é caracterizada por uma fase de transição epidemiológica denominada como “o duplo fardo da malnutrição”, onde se encontram doenças de malnutrição por carência e por excesso, cujas estratégias operacionais enquadradas no PNDS passarão pela: i) sensibilização da população sobre a problemática da malnutrição por excesso ou por carência; ii) integração dos cuidados relativos à nutrição nos cuidados essenciais de saúde em todos os níveis de atenção de saúde; iii) reforço da distribuição de micronutrientes e alargamento dos grupos beneficiários.

As actividades estreitamente ligadas à SR são nomeadamente: i) campanhas nacionais de promoção de práticas alimentares e de estilos de vida saudáveis - Diabetes Mellitus (DM) hipertensão arterial (HTA), Obesidade, doenças cardíacas, cárie dentária, entre outros); ii) distribuição de sais ferrosos, ácido fólico e vitamina A para populações específicas; iii) promoção da adesão à Iniciativa Hospital Amigo da Criança; iv) campanhas regulares de desparasitação das crianças.

A selecção e aprovação de indicadores e métodos para o seguimento dos problemas ligados à nutrição servirão de apoio à definição de políticas e intervenções para a melhoria da situação nutricional da população alvo do PNSR.

1.7 Programa Nacional de Saúde Escolar

Um projecto de Saúde Escolar (2001-2005), apoiado pela Cooperação Luxemburguesa foi implementado pelo Ministério da Educação/Instituto Cabo-verdiano de Acção Social Escolar (ICASE) com o objectivo de contribuir para a melhoria do estado sanitário da população escolar do EBI.

Este projecto baseou-se na promoção e na consciencialização de práticas e comportamentos favoráveis à saúde, através de acções de IEC e de melhoria das infra-estruturas sanitárias nas escolas, com importantes resultados na melhoria da saúde das crianças do EBI.

A partir de 2005, foi definida uma estratégia geral de actuação ao nível da saúde escolar de forma a permitir uma maior integração e institucionalização das acções bem como para uma melhor definição do papel e responsabilidades dos sectores envolvidos em particular da saúde e da educação.

Assim, for elaborado e aprovado, o Programa Nacional de Saúde Escolar, que fornece orientações e linhas de actuações prioritárias em termos de saúde escolar aos alunos que frequentam o sistema nacional de ensino, desde o pré-escolar até ao 2o ciclo do secundário.

Também envolve a promoção da saúde com base na informação e na educação da população em geral e das crianças em particular, assim como a prevenção de doenças através do processo de controlo de rotina e despistagem das mesmas.

1.8 Plano Nacional para a Igualdade e Equidade de género

O Governo procedeu à integração da abordagem género nos vários Programas Nacionais de Desenvolvimento e no DECRP, insistindo sobre a luta contra a exclusão social, pela igualdade das oportunidades e a participação da mulher no processo de desenvolvimento. Igualmente, as políticas e os programas sectoriais, nomeadamente de saúde, educação, emprego e formação profissional, agricultura, integram capítulos relativos à questão do reforço das capacidades das mulheres.

Em 2005 foi aprovado o II Plano Nacional para Igualdade e Equidade de Género 2005-2009 (PNEG), elaborado pelo Instituto da Condição Feminina (ICF), actual Instituto para a Igualdade e Equidade de Género (ICIEG) que define directrizes e orientações promotoras da igualdade de direitos entre homem e mulher, da efectiva e visível participação da mulher em todos os domínios da vida social, ou seja, no desenvolvimento do país, sendo um instrumento orientador das políticas públicas em matéria de género.

O Plano Nacional para a Igualdade e Equidade de Género põe o acento tónico no reforço das capacidades em particular nos domínios que visem a redução da pobreza, o emprego, a educação sexual e reprodutiva, o exercício do poder, a violência contra a mulher e a comunicação social, promovendo a introdução da perspectiva género na elaboração, implementação e seguimento de políticas, estratégias e programas dos diferentes sectores, incluindo o da saúde.

1.9 Programa Nacional de Luta Contra a Pobreza

O Programa Nacional de Luta contra a Pobreza (PNLP) insere-se na estratégia do Governo de Cabo Verde que visa a reduzir de forma sustentada e duradoura a pobreza, e assume um papel fundamental no desenvolvimento de actividades a favor das populações pobres, sobretudo as do meio rural.

O PNLFP focaliza a sua actuação nos 30% da população rural que vive abaixo do limiar da pobreza, principalmente as mulheres chefes de família, os jovens desempregados, os grupos em situação de vulnerabilidade e os trabalhadores das FAIMO.

As estratégias e as medidas de política implementadas visam, entre outros: i) combater a pobreza no seio das mulheres através da sua auto-promoção; ii) melhorar as infra-estruturas económicas e sociais das comunidades pobres a fim de criar as condições

para a sua inserção no processo de desenvolvimento; e iii) corrigir desequilíbrios na prestação dos serviços sociais de base, favorecendo o acesso à educação, saúde, e nutrição, água potável, saneamento e habitat.

A construção e melhoramento de infra-estruturas comunitárias para aumento do acesso aos serviços de base nos domínios da educação, saúde, abastecimento de água e saneamento, o apoio a iniciativas locais, promoção de acções de formação para o auto-emprego e actividades geradoras de rendimento, através da concessão de micro-créditos constituem as principais intervenções do programa.

2. Intervenientes na área da Saúde Reprodutiva

2.1. Organismos governamentais

2.1.1 Direcção Geral de Saúde

A Direcção-Geral da Saúde (DGS) é o organismo do Ministério da Saúde que coordena todos os programas de saúde pública, as escolas de enfermagem e Delegacias de Saúde. Os programas de saúde pública que estão mais relacionados com a SR são: o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, o Programa de Luta contra a SIDA e o Programa Nacional de Nutrição.

As Delegacias de Saúde operacionalizam, a nível dos concelhos, os programas de saúde e prestam essencialmente cuidados primários, enquanto que os hospitais centrais e regionais são as estruturas de referência para os cuidados diferenciados de saúde.

A Direcção Geral da Saúde e a Direcção do Programa de Luta contra a SIDA (PLS) que coordena, a nível central as actividades da luta contra a SIDA, representam o Ministério da Saúde no Comité de Coordenação de Combate à SIDA (CCS-SIDA), órgão multi-sectorial de coordenação das actividades de luta contra a epidemia no país, criado em Junho de 2001 e presidido pelo Primeiro-Ministro.

A Direcção do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, na dependência da Direcção Geral de Saúde, é responsável pela coordenação, a nível nacional, das actividades da Saúde Reprodutiva.

O Programa Nacional de Saúde Reprodutiva tem as seguintes atribuições, entre outras: i) prestar cuidados promocionais, preventivos e curativos específicos na área da atenção integral à saúde da mulher (AISM), e da atenção integral às doenças da infância (AIDI) entre outras; ii) realizar a supervisão técnica das actividades realizadas pelos centros de saúde localizados nas regiões sanitárias; iii) apoiar a formação de médicos, enfermeiros, auxiliares e outros técnicos no domínio da AISM/AIDI/SR; iv) gerir medicamentos, vacinas e outros produtos farmacêuticos específicos, e equipamentos, e garantir a manutenção.

A nível nacional, funcionam dois centros de referência, um na Praia e outro em Mindelo, que têm, entre outras as seguintes funções: i) apoiar a elaboração e a divulgação das normas técnicas da AISM/AIDI/SR; ii) organizar a formação contínua de técnicos da saúde e afins na área da AISM/AIDI/SR; iii) funcionar como centros de referência para a AISM/AIDI/SR. Esses centros desenvolvem acções de formação, supervisão, atendimento clínico, aprovisionamento e distribuição de materiais, equipamentos, vacinas e contraceptivos. A nível regional funcionam três centros de SR (R. Grande, Assomada, S. Filipe) e a nível local, as actividades são realizadas pelas equipas das Delegacias de Saúde.

2.1.2 Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário

O Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário (CNDS) é o organismo do Ministério da Saúde responsável pela promoção do desenvolvimento sanitário, assegurando a coordenação, o apoio técnico e a avaliação da componente de educação para a saúde. O CNDS tem desenvolvido basicamente, desde 1993, actividades de IEC em saúde, e a partir de 2003 vem implementando a Estratégia Nacional de Comunicação para Mudança de Comportamento em Saúde Reprodutiva 2003-2006, em concertação com vários parceiros.

No entanto, esse organismo dispõe de capacidades limitadas para representar o seu papel de apoio aos diferentes programas, constrangimento que deverá ser superado no decorrer da implementação do PNDS. Desafios importantes a superar persistem ainda no domínio da formação e afectação de técnicos para os domínios de informação e documentação, para coordenação seguimento e avaliação das acções, bem como para o reforço da capacidade de gestão de projectos no domínio de IEC.

Há necessidade urgente de rever a missão do CNDS no sentido de reforçar o papel e a funções enquanto órgão central de execução/coordenação da Política de Promoção da Saúde no país.

2.1.3 Ministério da Educação e Valorização dos Recursos Humanos

O sector da educação tem sido um parceiro dinâmico na implementação das acções de promoção da saúde, através da criação de sinergias e de desenvolvimento de esforços para o aumento da acessibilidade dos jovens à informação sobre a SR e a promoção de comportamentos saudáveis.

Graça à contribuição do projecto A Educação em Matéria de População e Educação para a Vida Familiar implementado, de 1982 até 2006, pela Direcção Geral do Ensino Básico e Secundário (DGEBS) e pela Direcção Geral de Alfabetização e Educação de Adultos, foi possível a introdução de matérias relacionadas com a SR nos curricula escolares, contribuindo assim para a promoção das questões de género e dos cuidados de Saúde Reprodutiva no EBI e na formação inicial de professores

A Disciplina de Formação Pessoal e Social (FPS) que foi introduzida no Plano de Estudos do Ensino Secundário em 1996 continua a ser leccionada, integrando, entre outros, aspectos referentes à SR.

A partir de 2006, e após a conclusão do projecto EMP/EVF, o MEVRH deu continuidade às acções de promoção da saúde e das questões relativas à SR através da abordagem do desenvolvimento das competências para a vida (life skills), e com a sua integração coordenada nos curricula escolares.

A saúde escolar, uma vertente desenvolvida pelo Instituto Cabo-verdiano de Acção Social Escolar, igualmente sob tutela do MEVRH vem contribuindo para a melhoria do estado sanitário da população escolar, através da consciencialização para as práticas adequadas e comportamentos favoráveis à saúde, bem como na melhoria das condições de higiene das escolas do EBI.

2.1.4 SE da Juventude e Desportos – Centros de Informação e Aconselhamento para a Juventude

A informação e aconselhamento de jovens vêm sendo garantidos nalguns pontos do País através de Centros de Juventude (CEJ), sob tutela da Direcção Geral da Juventude.

Os primeiros centros, fruto de uma cooperação entre a Secretaria de Estado da Juventude e a UNFPA, foram criados desde 1998 (Praia, Assomada, São Vicente, Ribeira Grande), e aos poucos foram-se expandindo para outros concelhos do país, constituindo-se em espaços de sensibilização, informação e formação para os jovens e adolescentes, incluindo a prevenção de problemas ligados à Saúde Reprodutiva (IST/SIDA, gravidez na adolescência, aborto, planeamento familiar), toxicodependência, conflitos familiares e inserção social e profissional dos jovens, entre outros.

De 1998 a 2007, mais 7 Centros de Juventude (CEJ) foram criados em todos os concelhos do país, que vêm oferecendo serviços de aconselhamento, facilitando a referência para as estruturas de saúde e desenvolvendo as suas actividades em estreita coordenação com os diferentes sectores.

No quadro do DECRP, o Governo prevê o prosseguimento da instalação de Centros de Juventude e Tele-centros em todos os Concelhos, considerando a sua importância como espaços de encontro e formulação de iniciativas juvenis, bem como de intercâmbio, lazer, acesso às novas tecnologias de informação e comunicação, formação, etc.

2.1.5 Instituto Cabo-verdiano para a Igualdade e Equidade de Género

Sendo o organismo do Governo encarregue das questões nesta área, tem como objectivo principal promover a igualdade e equidade de género, designadamente, o desenvolvimento social e económico da mulher, actuando a vários níveis de intervenção institucional e profissional e influenciando as políticas. Tem capacidade técnica para a formação, possui um centro de documentação (biblioteca) e faz estudos e elabora suportes documentais de apoio no contexto jurídico-institucional.

Desde a sua criação, o ICIEG vem lutando contra a discriminação e a violência contra as mulheres, desenvolvendo para isso um vasto programa de informação nos domínios acima referidos.

2.1.6 Instituto Cabo-verdiano da Criança e do Adolescente

O Instituto Cabo-verdiano da Criança e do Adolescente (ICCA) tem como principais objectivos promover e salvaguardar os direitos da criança, traduzindo a sua acção no desenvolvimento de projectos que contemplam as vertentes de promoção e divulgação dos direitos da criança e reinserção sociais.

Neste sentido, vem desenvolvendo actividades diversas, entre as quais: i) estudos sobre as diversas problemáticas na área da infância e da adolescência; ii) campanhas de solidariedade, sensibilização e educação para os direitos da criança iii) atendimento e apoio psico-social a crianças em situação de risco pessoal e social, em parceria com os outros sectores e organizações da sociedade civil; iv) acompanhamento e orientação das crianças e famílias vítimas de violências

2.1.7 Órgãos de Comunicação Social

Os Órgãos de Comunicação Social, em particular as emissoras de rádio públicas e privadas, são consideradas parceiras importantes na divulgação de mensagens temáticas sobre SR. Com efeito, a Rádio e a Televisão têm constituído importantes meios de comunicação e de veiculação de mensagens educativas, estimulando a mudança de comportamentos e contribuindo assim para a promoção da saúde das populações.

O QUIBB (2006) confirma que a posse de receptores de televisão e de rádio já é massiva em Cabo Verde, atingindo 62 e 70% da população, respectivamente.

Assim, as emissoras televisivas, públicas e privadas, nacionais e estrangeiras são também parceiras a considerar na promoção da saúde em matéria de SR, tendo em conta a sua abrangência nacional.

A imprensa escrita, actualmente alargada a quatro semanários e jornais online poderá desempenhar igualmente desempenhar um papel importante na divulgação de mensagens, desde que convenientemente mobilizada.

2.1.8 Câmaras Municipais

Alguns municípios criaram estruturas de Informação e Educação que desenvolvem acções no domínio da IEC/SR, com vista a promover comportamentos saudáveis, principalmente junto da camada jovem. É o caso dos centros de aconselhamento de juventude, que vêm desempenhando um importante papel na promoção da saúde reprodutiva junto dos jovens nas comunidades. De igual modo, os pelouros responsáveis pela Saúde, Educação e Juventude das Câmaras Municipais vêm desempenhando acções de IEC em SR junto à população.

A nível do Municípios, foram criadas as Comissões Municipais de Saúde, órgãos consultivos do Ministro da Saúde em matéria de saúde das populações, e em que se encontram representados vários sectores público e da sociedade civil.

Existem também os Comitês Municipais de Luta contra a SIDA, importantes instrumentos de descentralização das actividades de prevenção e combate à epidemia.

2.2 Sector Privado

Vários actores privados têm vindo a intervir na prestação de serviços e cuidados de SR, com importante evolução, na última década, traduzida na abertura de gabinetes de consultas, clínicas, laboratórios, farmácias etc., constituindo-se num complemento ao sector público, melhorando o acesso da população, sobretudo nos centros urbanos. Por outro lado, algumas empresas têm-se destacado no apoio a actividades, incluindo o apoio na luta contra o VIH/SIDA, nomeadamente de IEC embora de uma forma pontual e descoordenada.

Constata-se, no entanto, um grande défice na coordenação de articulação público-privado, com reflexos negativos no seguimento e avaliação da implementação das actividades de SR, particularmente no que se concerne à gestão da informação sanitária.

2.3 Organizações da Sociedade Civil

A sociedade civil cabo-verdiana apresenta uma dinâmica organizada nas respostas aos desafios de desenvolvimento do país. No domínio específico SR existem várias organizações e associações que desenvolvem, no terreno, actividades de promoção, prevenção e de prestação de cuidados, em complementaridade com os serviços do Estado.

De realçar, a intervenção de ONG de âmbito nacional na área de aconselhamento, nomeadamente a OMCV, a MORABI e a VerdeFam, três ONG vocacionadas para a promoção dos direitos da mulher e do bem-estar da família e da saúde sexual e reprodutiva. Esta última dispõe de centros de saúde nalguns concelhos do país, nomeadamente na Praia, Tarrafal de Santiago e Mindelo, onde oferece igualmente serviços clínicos para jovens, homens e mulheres.

Existem outras ONG e Associações de Base Comunitária, incluindo associações juvenis que vêm promovendo actividades de educação para a mudança de comportamentos, nomeadamente na área da saúde reprodutiva, prevenção e cuidados na área do VIH/SIDA, bem como na defesa da saúde e dos direitos da criança.

Encontra-se em fase de criação, a Associação Cabo-verdiana de Luta contra o Cancro, que poderá a vir a ser uma importante parceira do PNSR nesse domínio.

2.4 Organizações internacionais e de cooperação

O desenvolvimento de grande parte das actividades de SR tem contado com o suporte técnico e financeiro de importantes parceiros internacionais salientando-se o Sistema das Nações Unidas (UNICEF, UNFPA, OMS), a União Europeia, a Cooperação Luxemburguesa, a Cooperação Japonesa, e o Banco Mundial/CCS-SIDA.

V - PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE REPRODUTIVA 2008-2012

1. Orientações estratégicas

- i) Face ao contexto actual da Saúde Reprodutiva em Cabo Verde, importantes desafios se impõem, quer a nível da melhoria da oferta e cobertura dos serviços, quer da melhoria da qualidade dos serviços, visando atingir os Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento, os do Plano de Acção de Maputo e melhorar a saúde reprodutiva e a qualidade de vida das populações.
- ii) Assim, constituem desafios o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR) para os próximos cinco anos:
Garantir a contínua integração dos componentes de saúde reprodutiva, nomeadamente os serviços de IST/VIH/SIDA e cancros do aparelho reprodutor nas estruturas de prestação de cuidados;
Dar continuidade à promoção do Planeamento Familiar e a perenização do programa;
- iii) Reforçar a satisfação das necessidades em matéria de Saúde Reprodutiva dos adolescentes, jovens e homens

- iv) Promover a melhoria contínua da qualidade e a acessibilidade aos serviços principalmente para garantia da maternidade segura, sobrevivência dos recém-nascidos assim como a saúde das mães, dos recém-nascidos e das crianças e os cuidados ao aborto e pós aborto
- v) Reforçar a capacidade de gestão a todos os níveis, do seguimento, com ênfase na institucionalização da supervisão e da avaliação do PNSR e dos serviços SR.
- vi) Reforçar a mobilização de parcerias nacionais e internacionais, dando particular ênfase à cooperação sul-sul

Esses desafios deverão ser traduzidos especificamente em acções direccionadas para a melhoria do acesso dos homens aos serviços de SR, uma atenção específica aos adolescentes, e intervenções tendentes a redução da mortalidade perinatal, nomeadamente, a neonatal precoce. Ainda no tocante a saúde dos adolescentes, além da elaboração de uma estratégia específica, recomenda-se uma advocacia forte no sentido da adequação da legislação existente.

A institucionalização de auditorias das mortes maternas e perinatais poderá ser um instrumento de apoio para a identificação de pontos críticos na prestação dos cuidados em toda a rede do serviço nacional de saúde.

A atenção ao parto deve ser melhorada através da definição e implementação de um pacote de Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência (CONU) de base e completos, incluindo a especialização de médicos e enfermeiros. A promoção do parto institucional deve ser reforçada. O acesso a Interrupção Voluntária da Gravidez (de acordo com a legislação em vigor) e os cuidados pós aborto devem ser garantidos de forma descentralizada e equitativa.

A importância do cancro na mortalidade tanto na mulher como no homem, em Cabo Verde, justifica o equacionamento de uma resposta estruturada com base na informação para a prevenção e na implementação de um programa de rastreio e diagnóstico precoce dos cancros do colo de útero, da mama e da próstata.

Para alcançar a meta preconizada pelo Programa Alargado de Vacinação (PAV) no seu Plano Estratégico, o PNSR tem que adaptar a estratégia de vacinação à realidade de cada concelho de forma a atingir cada concelho, cada família e cada criança.

A Estratégia AIDI, cuja expansão é recomendada a nível nacional, contribuirá para a integração da prestação dos cuidados aos menores de cinco anos. Ela deve incluir também a promoção do aleitamento materno exclusivo a partir da primeira meia hora após o nascimento até aos 6 meses (Iniciativa Hospital Amigo da Criança) e o reforço da suplementação em micronutrientes e do seu seguimento (ferro, iodo, vitamina A).

A promoção de saúde necessita de uma viragem nas abordagens até agora aplicadas. O novo modelo deve passar pela realização de intervenções contínuas e de qualidade, a melhoria da comunicação interpessoal (face a face) a nível dos prestadores de cui-

dados e a utilização sistemática de pares educadores nas comunidades. As potencialidades existentes a nível das organizações da sociedade civil devem ser devidamente exploradas tendo em vista a complementaridade e o reforço das parcerias.

O PNSR deverá elaborar e implementar um plano anual de reforço de competências nas diversas áreas abrangidas pelo programa assim como estimular a realização de estudos operacionais, a nível nacional e local.

Recomenda-se especificamente, garantir o seguimento através da autoavaliação da qualidade de serviço (COPE - Client Oriented for Promotion of Efficiency), realizar estudos sobre a mortalidade perinatal e efectuar a revisão da definição de nati-mortalidade em uso no país.

Os instrumentos do Sistema de Informação sanitária do PNSR devem ser adaptados para uma gestão pró-activa e descentralizada. Esforços devem ser feitos com vista a melhorar a capacidade de utilização e análise dos dados a nível local, regional e central.

A abordagem das IST/VIH/SIDA deveser merecer uma atenção particular, sobretudo um maior rigor no cumprimento das normas de prevenção e tratamento. Em relação a prevenção da transmissão vertical, deverá ser garantida a descentralização do seguimento e tratamento das grávidas, das mulheres no pós parto e das crianças com VIH/SIDA e a disponibilidade de testes rápidos em todas as estruturas de saúde que fazem Pré-natal.

As Normas e Procedimentos em SR deverão contemplar o atendimento da violência sobre crianças e/ou baseada em género (aconselhamento, tratamento e referencia para fins de reinserção). A comunicação para mudança de comportamentos em relação a violência (Direitos da criança e da mulher, código da família) deve ser reforçada.

O PNSR deverá garantir a continuidade da promoção do planeamento familiar e a redução das disparidades na oferta e na utilização dos métodos contraceptivos, sobretudo para os métodos duradouros (DIU e Implantes) velando para a melhoria da qualidade dos cuidados e a implementação do atendimento aos problemas de infertilidade.

Com vista a garantir a disponibilidade permanente dos produtos SR, tal como já vem sendo feito para as vacinas, recomenda-se uma advocacia para a perenização do programa através de uma disponibilização gradual de fundos para a contínua aquisição dos produtos Saúde Reprodutiva, incluindo os contraceptivos.

2. Metas e objectivos

Até 2012, o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva propõe-se contribuir à realização dos Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento (OMD), visando melhorar o estado

de saúde reprodutiva da população cabo-verdiana, com ênfase na redução da mortalidade e morbidade materna, neo-natal e infantil.

Para atingir essa meta, são definidos os seguintes objectivos específicos:

- i) Aumentar a cobertura dos serviços de SR integrados e de qualidade, garantindo o acesso universal aos cuidados de saúde reprodutiva às mães e recém-nascidos, crianças, mulheres em idade fértil, adolescentes e homens.
- ii) Melhorar a qualidade de oferta dos serviços de SR, com particular acento na continuidade da promoção do planeamento familiar e no reforço da comunicação e informação;
- iii) Reforçar as actividades de promoção da saúde, visando a mudança de comportamentos e a satisfação das necessidades em SR principalmente dos adolescentes, jovens e homens;
- iv) Aumentar as capacidades de gestão, seguimento e avaliação do PNSR e de mobilização de parcerias.

3. Princípios orientadores

- Os princípios orientadores do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR) são:
- Universalidade/Acessibilidade e qualidade dos serviços de SR;
- Implementação de intervenções baseadas em evidências científicas;
- Equidade de género e de acesso;
- Descentralização da prestação dos cuidados nos diferentes níveis do SNS;
- Transparência (partilha de informação) na gestão dos serviços de SR a todos os níveis do sistema de saúde;
- Obrigatoriedade da prestação de contas;
- Eficiência (custo/eficácia) e utilização racional dos recursos;
- Parceria e complementaridade entre sectores intervenientes em SR (públicos, privados, ONG, Organização com Base Comunitária - OBC);
- Definição clara dos papéis e responsabilidades dos diferentes intervenientes em SR.

4. Resultados esperados/produtos

Em função dos problemas identificados e a fim de responder aos desafios da Saúde Reprodutiva nesta fase, espera-se até o final de 2012 poder alcançar os seguintes resultados, assim traduzidos:

Produto 1: Disponibilidade, acessibilidade e utilização dos serviços de SR incluindo as IST/VIH/SIDA a toda a população - recém nascidos, mães, adolescentes, jovens e homens, melhoradas.

Produto 2: Qualidade da prestação dos serviços de SR garantindo a satisfação dos prestadores (cliente interno) e dos utilizadores actuais e potenciais (cliente externo) melhorada.

Produto 3: Informação em SR a toda população privilegiando a participação activa dos diferentes grupos-alvo disponível.

Produto 4: Capacidade técnica de mobilização de parcerias e de gestão dos serviços integrados de SR a nível central e local reforçada.

Produto 5: Sistema de seguimento e avaliação implementado.

5. Estratégias e actividades principais do PNSR

5.1 Produto 1

Disponibilidade, acessibilidade e utilização dos serviços de SR incluindo as IST/VIH/SIDA a toda a população, recém nascidos, mães, adolescentes, jovens e homens melhoradas

O desenvolvimento da oferta de serviços de SR passa pela melhoria da integração dos diferentes componentes da SR: (i) a integração do PAE/SR (Pacote de Actividades Essenciais de SR, AISM, CONUB e CONUC, Iniciativa Hospital/serviço amigo da criança, AIDI, PAV, Cuidados SR aos homens, violência baseada no género, cuidados SR aos jovens e adolescentes e IEC) nos diferentes níveis das estruturas sanitárias do Serviço Nacional de Saúde; (ii) a extensão dos serviços de SR sobretudo a nível comunitário (Serviços de Saúde com Base Comunitária -SSBC e marketing social) e a introdução dos serviços nos sectores privados, nas empresas e nos serviços de saúde das ONG, Cruz Vermelha e Sindicatos; (iii) a criação e extensão dos serviços específicos para adolescentes, jovens e homens.

5.1.1 Aumento da disponibilidade em serviços de SR

Espera-se, no final do programa melhoria da integração do PAE/SR nos diferentes níveis da pirâmide sanitária e a extensão dos serviços de SR a outros sectores do serviço público, do sector privado, das ONG/associações, através das seguintes acções:

- i) Prosseguir a integração do PAE /SR em cada nível da pirâmide sanitária e a introdução nas estruturas sanitárias onde não existe;
- ii) Avaliar as estruturas sanitárias SR, com vista a melhorar as condições de prestação de cuidados, de acordo com as necessidades expressas pelos diferentes grupos alvos;
- iii) Promover uma maior integração e coordenação de serviços SR nos sectores públicos, privados e ONG/associações em parceria com o Ministério da Saúde (empresas, consultórios privados, forças armadas, polícia, sindicatos, centros de juventude);
- iv) Promover a distribuição de preservativos com base comunitária, através das organizações locais (OBC);
- v) Fazer marketing social dos preservativos (ONG, associações, sector privado, farmácias, supermercados);
- vi) Apoiar a divulgação e implementação da tabela oficial de cobrança das prestações de SR nas diferentes delegacias e hospitais (incluindo os serviços com base comunitária) assim como a sua revisão periódica;

5.1.2 Melhoria da oferta de serviços segundo as necessidades dos diferentes grupos alvos

5.1.2.1 Saúde da mãe e do Recém-nascido

Em relação à saúde da mãe e do recém-nascido, espera-se garantir que cada mulher grávida possa beneficiar no mínimo de quatro consultas pré-natais durante a gravidez, uma das quais pelo médico, incluindo a preparação de um plano para o parto e pelo menos, de uma consulta pós-natal nos primeiros quinze dias após o parto (1o contacto). As acções previstas neste capítulo incluem:

- i) Reforçar a estratégia avançada ou móvel, através da organização de um programa de deslocações das equipas;
- ii) Criar condições para um melhor atendimento e seguimento das grávidas tais como: ficheiros com calendarização de consultas, a procura activa dos abandonos através de telefonemas, visitas domiciliárias, etc.);
- iii) Reforçar as condições para o atendimento ao parto, pós-parto imediato e ao recém-nascido a todos os níveis;

- iv) Reforçar a utilização sistemática do partograma em todos os partos;
- v) Reforçar a iniciação da amamentação exclusiva (AME) na 1ª meia hora após o parto;
- vi) Reforçar a vigilância activa do tétano neonatal.

O atendimento e seguimento das complicações do parto e do aborto passam pela organização dos cuidados obstétricos e neo-natais de urgência completos (CONUC) e dos cuidados pós-aborto a nível dos hospitais centrais e regionais, bem como dos cuidados obstétricos e neo-natais de urgência de base (CONUB), nos centros de saúde/postos sanitários, para melhorar o rastreio precoce dos riscos e a referência precoce da gravidez de risco.

- i) Disponibilizar unidades para a transfusão sanguínea nas estruturas com CONUC, de acordo com a política nacional de transfusão;
- ii) Reforçar os serviços de atendimento e seguimento da mãe e do recém-nascido através de implementação do pacote de cuidados essenciais
- iii) Melhorar o sistema de referência/contra-referência, incluindo a transferência de urgência: equipas capacitadas para intervenções de primeiro socorro; equipas capacitadas para atendimento às complicações obstétricas; meios de comunicação e transporte em condições de segurança (técnica); utilização correcta dos instrumentos de referência e de contra referência;
- iv) Reforçar a disponibilidade em serviços de IVG e dos cuidados pós-aborto (generalizar AMIU aos centros de saúde);
- v) Capacitar as parteiras tradicionais para o seguimento de grávidas nas comunidades, incluindo o reconhecimento dos sinais de alerta e encaminhamento precoce para as estruturas de saúde. Esta acção deverá ser reforçada através da comunicação, capacitação e supervisão contínua.

5.1.2.2 Saúde da criança

As diferentes patologias, causa de morbilidade e de mortalidade infantil (diarreias, infecções respiratórias, doenças infecciosas, má nutrição) serão consideradas no quadro da estratégia de **Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI)**, incluindo

a recuperação nutricional das crianças, que está em fase de implementação no País. Neste sentido, prevê-se:

- i) Fazer a avaliação da experiência piloto de implementação de AIDI em curso;
- ii) Expandir a estratégia AIDI a todos os concelhos do país;
- iii) Integrar a estratégia AIDI nos currículos das escolas de enfermagem;
- iv) Integrar serviços de recuperação nutricional nas actividades de vigilância de crescimento - revitalização dos espaços de educação nutricional nos serviços de SR, promoção do AME (serviços amigos da criança -IHAC), promoção das actividades de comunicação para adopção de hábitos alimentares saudáveis e seguimento da suplementação de micronutrientes (Vit. A, Sais de Ferro e utilização do sal iodado) e desparasitantes;
- v) Reforçar o PAV através da organização das estratégias de vacinação fixas e avançadas (implementação da estratégia Atingir Cada Distrito/Família/Criança - ACDFC);
- vi) Criar condições para um melhor seguimento das crianças, através da organização de um sistema de procura activa das crianças: registos, chamamento da mãe, pai ou encarregado de educação, visitas domiciliárias, Jardins infantis, escolas, etc.
- vii) Promover a importância da vacinação utilizando todos os canais de comunicação disponíveis;
- viii) Mobilizar a comunidade para a sua implicação na promoção da vacinação;
- ix) Fazer o seguimento das crianças nascidas de mães seropositivas para VIH;
- x) Mobilizar recursos para garantia da alimentação de crianças nascidas de mães seropositivas para VIH com substitutos do leite materno;
- xi) Reforçar a vigilância activa das PFA e sarampo.

5.1.2.3 Saúde reprodutiva das mulheres e dos homens

- i) Reforçar a integração dos serviços de PF no conjunto dos serviços de saúde;
- ii) Aumentar a utilização da gama de contraceptivos modernos, nomeadamente, DIU, implante, preservativo masculino e feminino, da contracepção de emergência, da pílula de fraca dosagem;

- iii) Alargar os serviços com base comunitária para a promoção e distribuição de preservativos;
- iv) Reorganizar os serviços de atendimento específico em SR para homens, segundo as normas e procedimentos, incluindo, o rastreio de patologias de próstata, realização do toque rectal nas consultas de rotina;
- v) Capacitar o pessoal de SR para atendimento às necessidades específicas dos homens;
- vi) Desenvolver actividades de IEC sobre as necessidades em matéria de SR para os homens e mulheres, focalizadas na divulgação das afecções dos homens (disfunção sexual, infertilidade, patologias da próstata, IST/VIH/SIDA, andropausa) e das mulheres (infertilidade, menopausa, cancro de colo de útero, cancro de mama);
- vii) Formar pares educadores para uma educação de proximidade junto dos homens e das mulheres;
- viii) Realizar advocacia para a criação do dia nacional de luta contra o cancro (colo de útero, da mama e da próstata).

5.1.2.4 Saúde dos adolescentes e jovens

O reforço dos serviços de SR para os adolescentes e jovens (numa perspectiva de género, deverá ter em conta as necessidades específicas desse grupo) (serviços amigos dos jovens) e passa por:

- i) Integrar serviços específicos para adolescentes e jovens nos centros de SR, segundo as normas de serviço;
- ii) Realizar acções que visem o desenvolvimento de competências sociais dos adolescentes, em matéria de saúde reprodutiva;
- ii) Reforçar e estender a estratégia da educação de pares aos adolescentes e jovens não escolarizados (meio não formal);
- iv) Alargar o horário de funcionamento dos centros de SR até às 20 horas;
- v) Fazer advocacia para revisão da legislação sobre o acesso dos adolescentes aos serviços de SR.
- vi) Elaborar e implementar uma estratégia de saúde reprodutiva do adolescente

5.1.3 Prevenção e tratamento de IST/VIH/SIDA nos serviços de SR

No domínio das IST/VIH/SIDA, o PNSR privilegiará a prevenção da transmissão mãe-filho, a despistagem voluntária, a prevenção e o tratamento das IST/VIH/SIDA, a vigilância da prevalência do VIH através dos postos sentinela.

Reforço da disponibilidade de serviços de prevenção da transmissão mãe-filho do VIH (centros de SR e maternidades)

- i) Garantir medicamentos, reagentes e consumíveis;
- ii) Melhorar o aconselhamento no pré e pós teste;
- iii) Fazer a descentralização progressiva do aconselhamento, teste, tratamento e seguimento para o nível dos centros de saúde;
- iv) Fazer advocacia para o estabelecimento de condições para a determinação da carga viral;
- v) Melhorar a despistagem da sífilis nas grávidas.

5.1.3.2 Reforço da capacidade dos serviços para a prevenção e o tratamento das IST/VIH/SIDA

- i) Garantir condições físicas e em recursos (humanos e outros) para o aconselhamento e a despistagem voluntária, tendo em atenção necessidades dos diferentes grupos alvo (parceiros, jovens, adolescentes, etc.);
- ii) Rever/adaptar e implementar os protocolos de tratamento das IST;
- iii) Organizar os cuidados integrados das IST e facilitação do acesso à medicação;
- iv) Garantir medicamentos, preservativos, reagentes e consumíveis;
- v) Melhorar a recolha e análise dos dados das IST.

5.1.4 Reforço das medidas de prevenção, atendimento e seguimento das violências sexual e baseada no género

O reforço das medidas de prevenção e atenção médica e psicológica das violências sexuais contra as mulheres, crianças e adolescentes inclui:

- i) Realizar estudos sobre a problemática da violência nas suas diferentes facetas;

- ii) Formar/reciclar os prestadores de serviços de SR em matéria de atendimento médico e psicológico das vítimas de violência, segundo as normas e procedimentos;
- iii) Fazer advocacia junto dos decisores no sentido de se reforçar as capacidades institucionais dos serviços que intervêm na problemática da violência (Justiça, Polícia, Instituto Cabo-Verdiano para a Igualdade e Equidade do Género);
- iv) Recolher informações sobre os diferentes tipos de violência e notificação de todos os actos de violência;
- v) Sensibilizar as comunidades sobre os direitos e deveres dos homens e das mulheres.

5.2 Produto 2

Qualidade da prestação dos serviços de SR garantindo a satisfação dos prestadores (cliente interno) e dos utilizadores actuais e potenciais (cliente externo) melhorada.

A melhoria da qualidade dos serviços de SR é fundamental para garantir uma maior procura dos serviços pelos diferentes grupos alvo, pelo que exige a adopção de estratégias que permitam um melhor conhecimento da situação e o reforço das capacidades dos serviços nesta matéria.

5.2.1 Reforço das capacidades dos serviços SR, através do aumento e melhoria dos recursos humanos, materiais/equipamentos

- i) Avaliar as necessidades em formação dos prestadores nas diversas vertentes SR, em particular, nos cuidados obstétricos e neonatais de urgência, a todos os níveis do sistema (hospitais centrais, regionais, CS e PS);
- ii) Avaliar as necessidades das escolas de saúde no domínio de SR em geral e dos cuidados obstétricos e neonatais de urgência em particular;
- iii) Elaborar e implementar um plano de formação em SR segundo as normas definidas por nível, mediante a aplicação do pacote de actividades essenciais;
- iv) Desenvolver competências técnicas a nível local (delegacias de saúde) nos diversos domínios de SR, particularmente em atenção às urgências obstétricas e

neonatais;

- v) Realizar Jornadas Nacionais em matéria de SR com periodicidade anual a cargo de diferentes instituições/parceiros conforme os temas;
- vi) Dotar os serviços SR de materiais e equipamentos adequados, particularmente nos cuidados obstétricos e neo-natais de urgência;
- vii) Dotar os serviços SR de medicamentos, reagentes e consumíveis necessários para garantir o atendimento nos diferentes componentes de SR.

5.2.2 Revisão e implementação do pacote de actividades essenciais em SR por nível de prestação de cuidados

- i) Definir o pacote de actividades essenciais em SR, incluindo novos domínios prioritários (CONUB, CONUC, homens, prevenção - vacinação de adolescentes contra o Papiloma Vírus Humano (PVH) e rastreio de cancro);
- ii) Rever e difundir as normas e procedimentos em SR.

5.2.3 Promoção da qualidade do atendimento em SR, através da avaliação periódica da satisfação de prestadores de cuidados e de utilizadores dos serviços SR

- i) Realizar um estudo sobre a qualidade do atendimento nos serviços SR;
- ii) Reforçar as competências técnicas em matéria de IEC e acolhimento, através da formação de base, da formação contínua e de curta duração;
- iii) Criar um núcleo de pessoas recurso para fazer o acompanhamento da qualidade da prestação dos serviços de SR;
- iv) Realizar inquéritos sobre satisfação de prestadores de cuidados e de utilizadores dos serviços a meio e fim do programa (COPE – Client Oriented for Promotion of Efficiency e outros).

5.2.4 Institucionalização das auditorias das mortes maternas e neonatais

- i) Criar e oficializar a equipa técnica de auditoria das mortes maternas e neonatais;
- ii) Elaborar os instrumentos e implementar um documento/guia para a harmonização das auditorias sobre os óbitos maternos e neonatais;

- iii) Introduzir a auditoria das mortes maternas e neonatais nos dois hospitais centrais e nos três hospitais regionais.

5.2.5 Reforço das normas de higiene e de prevenção das infecções nosocomiais nos serviços de SR

- i) Criar/reforçar os comités de higiene nos hospitais centrais, regionais e centros de saúde;
- ii) Definir/rever e implementar normas e procedimentos em matéria de higiene e de prevenção das infecções nosocomiais;
- iii) Melhorar a gestão e tratamento de lixos biomédicos a todos os níveis do sistema de saúde.

5.3 Produto 3

Informação em SR a toda população privilegiando a participação activa dos diferentes grupos-alvo, disponível.

Uma informação de qualidade é fundamental para apoiar os esforços dirigidos para as acções de mudança de atitudes e adopção de comportamentos saudáveis. Até agora o foco em matéria de IEC tem sido mais dirigido à vertente informação, com estratégias pouco definidas em matéria de Educação e Comunicação que possam ser traduzidos numa mudança efectiva de atitudes e comportamentos.

As novas orientações estratégicas vão no sentido de desenvolver acções que estimulem a participação activa dos diferentes grupos alvo, através de uma comunicação de proximidade, visando a melhoria do aconselhamento interpessoal nos serviços de SR. Neste sentido, o PNSR privilegiará a comunicação interpessoal e de grupo, através da utilização pares educadores, o que permitirá colmatar as lacunas existentes em matéria de comunicação

Ao mesmo tempo que serão reforçadas as acções de IEC de forma global, nomeadamente com o desenvolvimento de uma estratégia de difusão através dos mass media públicos e privados (rádio, televisão, jornais, telemóveis, internet), e do reforço da participação comunitária nas actividades de SR.

5.3.1 Desenvolvimento da abordagem de comunicação de proximidade junto de grupos alvos específicos

5.3.1.1 Adolescentes e jovens (ambos os sexos)

- i) Desenvolver competências sociais dos adolescentes e jovens para comunicação de proximidade (educação de pares);

- ii) Suscitar/ dinamizar a discussão de temas relacionados com a saúde reprodutiva, pelos pares, nos centros específicos para jovens e adolescentes (CEJ, Espaços de Informação e Orientação – EIO no ensino secundário, universidades) e locais de aglomeração (praças, praias, campos de jogos, etc.)

5.3.1.2 Homens

- i) Reforçar a capacidade dos intervenientes na comunicação de proximidade;
- ii) Suscitar/ dinamizar a discussão de temas relacionados com a saúde reprodutiva, pelos pares, nos locais de aglomeração (cafés, cantinas nos locais de trabalho, quartéis, campos de jogo, centros sociais, cyber-cafés e outros).

5.3.2 Melhoria da comunicação interpessoal no atendimento

- i) Criar/reforçar os espaços de aconselhamento nos serviços de saúde reprodutiva (em todas as estruturas de saúde);
- ii) Desenvolver acções de aconselhamento em SR em cada contacto com o cliente nas estruturas de saúde.

5.3.3 Promover o envolvimento das famílias e da comunidade nas actividades de SR

- i) Estabelecer parcerias com as ONG/OBC em matéria de comunicação para a mudança de comportamentos em SR nas comunidades;
- ii) Desenvolver acções que visem a sensibilização dos indivíduos, da família e da comunidade para os problemas da SR e sua participação na promoção da Saúde.

5.3.4 Reforço da estratégia de comunicação para adopção de comportamentos saudáveis

As orientações estratégicas referem-se à melhoria da metodologia de desenvolvimento das estratégias de comunicação visando a mudança de comportamentos.

- i) Rever e implementar a estratégia nacional de comunicação para mudança de comportamentos em SR;
- ii) Capacitar os prestadores de SR, incluindo pessoal de saúde, ONG/Associações no domínio da comunicação para a mudança de comportamentos;
- iii) Estabelecer mecanismos de coordenação das actividades de promoção da SR entre os diferentes intervenientes;
- iv) Realizar estudos de impacto das actividades de IEC para a mudança de comportamentos em SR.

No que concerne a produção de material, a mesma deve passar pelo reforço da capacidade técnica e financeira do CNDS na concepção dos conteúdos das mensagens a serem difundidas e dirigidas a grupos alvo específicos pelos serviços de SR, pelo que se prevê:

- i) Apoiar o CNDS para uma melhor coordenação e intervenção na produção e divulgação dos materiais de suporte informativo no domínio de SR;
- ii) Elaborar/Produzir suportes educativos com segmentação das audiências por grupos alvo: audiência primária (clientes externos-utilizadores), secundária (clientes internos-prestadores) e terciária (decisores);
- iii) Elaborar/rever propostas de conteúdos em SR, em concertação com o Ministério de Educação, a serem inseridos nos currícula do ensino básico e secundário;
- iv) Fazer advocacia junto dos decisores para que os órgãos de comunicação social, sobretudo do Estado apoiem na divulgação dos diferentes suportes educativos;
- v) Estabelecer acordos de parcerias com os diferentes media para a divulgação de mensagens educativas sobre SR;
- i) Estabelecer parcerias com outros programas e sectores públicos, privados e ONG (Ministério do Trabalho, Família e Solidariedade/Programa de Luta contra a Pobreza, Ministério de Educação, Ministério de Defesa, Secretaria de Estado de Juventude e Desporto, Polícia, ICCA, ICIEG, Ministério da Agricultura e Ambiente, ONG, associações) na promoção e implementação das actividades de SR;
- ii) Realizar campanhas de promoção da SR, aproveitando as datas comemorativas mundiais e nacionais, envolvendo os diferentes parceiros.

5.4 Produto 4

Capacidade técnica, de mobilização de parcerias e de gestão dos serviços integrados de SR a nível central e local reforçada.

O reforço da capacidade técnica e de gestão dos serviços integrados de SR passa pela implementação de um plano de desenvolvimento de competências em SR, de um sistema regular de aprovisionamento e manutenção dos produtos e equipamentos SR e de um sistema de avaliação de resultados por etapas do programa SR e dos diferentes intervenientes, a implementação de uma capacidade para análise e retro-informação e da institucionalização de supervisão técnica e formativa.

5.4.1 Dinamização da supervisão formativa integrada em SR

- i) Re-dinamizar o núcleo de supervisores em SR, ao nível nacional e local e formar/reciclar supervisores;
- ii) Assegurar os recursos necessários para a supervisão integrada regular (humanos, financeiros, logísticos);
- iii) Institucionalizar de forma regular, sistemática a supervisão interna facilitativa nos serviços SR;
- iv) Actualizar os instrumentos de supervisão de acordo com o PAE e com as Normas e Procedimentos SR. (Considerar o princípio da gestão baseada em resultados e o foco na competência dos profissionais para satisfazer o cliente externo).

5.4.2 Reforço das competências na gestão de programas SR incluindo IEC a nível central/regional e local

- i) Elaborar e implementar um Plano de cobertura em RH para as actividades/serviços de SR nos centros de saúde reprodutiva (ginecologistas, urologistas, pediatras, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de estatísticas, enfermeiros), em função do PAE/SR e das Normas e Procedimentos;
- ii) Adoptar um plano de desenvolvimento das competências técnicas em gestão a nível nacional e local;
- iii) Melhorar os mecanismos de coordenação da cooperação existentes para a mobilização dos recursos (grupo temático Inter-Agências do Sistema das Nações Unidas (SNU) e outros parceiros);
- iv) Assegurar a manutenção preventiva e correctiva dos equipamentos e a sua renovação;
- v) Reforçar o sistema de aprovisionamento e de gestão central e local de produtos SR (medicamentos, vacinas, contraceptivos, kits de materiais e equipamentos, outros);
- vi) Assegurar a disponibilidade permanente de sangue, soros, reagentes e consumíveis, nos hospitais regionais e centrais;
- vii) Introduzir o conceito de contratualização por objectivos/metasp e implementar a sua negociação (gestão baseada nos resultados) para problemas prioritários em SR, permitindo o reforço da cultura de prestação de contas, a avaliação dos progressos realizados e a apropriação do programa.

5.4.3 Gestão do Sistema de Informação Sanitária em SR

- i) Adequar os instrumentos de recolha de dados às necessidades de gestão do programa (desagregação por idade, sexo, idade gestacional da primeira consulta, Vacinação Anti-Tetânica (VAT), completamente vacinados, gravidez na adolescência, atendimento dos homens, procura activa dos casos);
- ii) Actualizar os instrumentos de análise de dados que permitam monitorizar a cobertura dos serviços de SR (indicadores parciais de desempenho, diferentes taxas, re dinamização da utilização de gráficos);
- iii) Reforçar as competências dos responsáveis locais de SR em gestão e utilização dos dados e das informações para a planificação sistemática e resolução dos problemas prioritários em SR;
- iv) Criar e implementar em todos os centros de SR, um sistema informático de colheita, análise e tratamento de dados com possibilidades de acesso a um banco de dados on-line pelos intervenientes SR;
- v) Criar um sistema de retro-informação, que permita o fornecimento de informações aos serviços do nível local e aos parceiros intervenientes em SR (relatórios parciais de acompanhamento).

5.5 Produto 5:

Capacidade técnica, de mobilização de parcerias e de gestão dos serviços integrados de SR a nível central e local reforçada.

5.5.1 Reforço de competências em pesquisa operacional e utilização de seus resultados

- i) Realizar pesquisas em áreas de interesse para os serviços SR: auditoria dos óbitos maternos e neonatais e autópsia verbal, infertilidade, qualidade de prestação dos serviços SR, sexualidade dos jovens, cultura organizacional dos serviços, factores de resistência na implicação dos homens e jovens, promoção dos serviços SR, estudos sobre os problemas/efeitos adversos, abortos clandestinos, violência baseada no género;
- ii) Capacitar os serviços SR em matéria de concepção, realização e divulgação/publicação de pesquisas básicas/operacionais na área;
- ii) Estabelecer relações institucionais com as universidades, escolas de ensino superior e outras instituições visando a realização de pesquisas na área de SR.

5.5.2 Reforço dos mecanismos de seguimento e avaliação

- i) Criar e operacionalizar um Núcleo Nacional de Coordenação SR, com representação a nível regional;
- ii) Mobilizar recursos técnico e financeiro para a operacionalização dos Núcleos Nacional e Regional de Coordenação SR;
- iii) Elaborar e implementar um plano anual de supervisão;
- iv) Institucionalizar a supervisão técnica externa de forma regular, sistemática;
- v) Elaborar e implementar um plano de seguimento das actividades;
- vi) Realizar avaliação a meio percurso e no fim do programa.

6. Implementação, seguimento e avaliação do PNSR

6.1 Modalidades de Implementação

A implementação do PNSR assenta numa abordagem multi-sectorial, o que pressupõe o envolvimento dos diferentes parceiros, segundo as Normas e Procedimentos SR e em sintonia com os Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento e o Plano de Acção de Maputo.

Neste sentido, as acções previstas serão desenvolvidas em estreita articulação com os demais programas e estratégias nacionais, particularmente os que visem a redução da pobreza e as desigualdades sociais, através, nomeadamente, do estabelecimento de parcerias e de coordenação entre os diversos intervenientes na promoção da SR.

O Núcleo Nacional de Coordenação SR será criado, com representação a nível regional, de forma a assegurar uma coordenação eficaz das intervenções na área da saúde reprodutiva. Este comité integrará os principais parceiros sociais (ONG's e privados), representantes do Ministério da Saúde, dos hospitais e dos departamentos governamentais e municipais, bem como representantes do Sistema das Nações Unidas.

Por outro lado, serão accionados mecanismos que visem melhorar a articulação inter e intra-sectorial, de modo a garantir uma maior eficácia e eficiência no cumprimento dos objectivos fixados, bem como uma racionalização dos recursos disponibilizados.

Planos Anuais de Actividades (PAA) serão elaborados e implementados, integrando os diferentes componentes de SR, com definição de responsabilidades de cada interveniente.

6.2 Papel dos diferentes parceiros

No cumprimento dos Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento, o desenvolvimento de esforços multi-sectoriais permitirá criar um ambiente favorável à promoção da saúde reprodutiva na sociedade cabo-verdiana.

Assim, os diversos serviços e departamentos governamentais e não governamentais, deverão continuar a desempenhar um papel importante no aumento da informação e da acessibilidade aos serviços de SR, contribuindo desse modo para a melhoria da saúde reprodutiva da população.

Quadro No 2 - Principais parceiros intervenientes no PNSR

| Instituição | Papel |
|--|---|
| Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário | Coordenação das intervenções de IEC/CMC dos diversos sectores, no quadro da promoção da Saúde Reprodutiva. |
| Delegacias de Saúde | Coordenação das actividades de SR a nível dos concelhos. |
| Ministério da Educação | Informação sobre a SR e a promoção de comportamentos saudáveis junto dos adolescentes e jovens, através da integração de aspectos relacionados com a SR e VIH/SIDA nos curricula escolares. |
| Secretaria de Estado da Juventude e Desportos | Informação/aconselhamento aos jovens na área de SR através dos CEJ/ referenciar os jovens para os serviços SR. |
| ICIEG | Promoção dos direitos, género e combate à violência. |
| ICCA | Protecção dos direitos da criança e prevenção das violências. |
| ICASE | Consciencialização para as práticas adequadas e comportamentos favoráveis à saúde, através do projecto de Saúde Escolar. |
| CCS-SIDA | Coordenação e financiamento das actividades de prevenção e combate ao VIH/SIDA. |
| Câmaras Municipais | Promoção da saúde das populações, incluindo acções descentralizadas de IEC/SR, através de estruturas próprias e do apoio às OBC. |
| Órgãos de comunicação social | Promoção da SR das populações, através da veiculação de mensagens educativas que estimulem a mudança de comportamentos. |
| Sector privado | Complemento das acções desenvolvidas pelo Estado na área do atendimento, contribuindo para o aumento do acesso aos cuidados de SR. |
| Organizações da sociedade civil (ONG/ Associações) | Desenvolvimento de projectos específicos de promoção dos direitos da mulher e do bem-estar da família e da saúde sexual e reprodutiva. |
| Organismos internacionais e de cooperação | Orientação/directivas mundiais/Apoio técnico e financiamento às actividades do PNSR. |

Outros departamentos governamentais (Ministério do Trabalho, Família e Solidariedade/ Programa de Luta contra a Pobreza, Ministério de Defesa, Policia Nacional, Ministério da Agricultura e Ambiente) poderão igualmente desempenhar um papel importante na implementação das acções propostas no presente programa, desenvolvendo acções de promoção da saúde junto de grupos alvos específicos.

O Programa Nacional de Saúde Reprodutiva assegurará a coordenação, a nível nacional, das actividades da Saúde Reprodutiva, segundo as normas e orientações, de forma a permitir a inserção do programa num contexto nacional mais vasto de promoção da igualdade e equidade de género, da prevenção da violência com base no género e na luta contra a pobreza.

O apoio dos parceiros de desenvolvimento continua a ser importante na contribuição para a consecução dos OMD e dos objectivos do Plano de Maputo, na garantia da aplicação das grandes directivas mundiais relativamente à Saúde Reprodutiva bem como no apoio técnico-financeiro para a implementação, seguimento e avaliação das actividades de promoção da Saúde Reprodutiva.

6.3 Seguimento e Avaliação

6.3.1 Seguimento

O seguimento das actividades será realizado a todos os níveis e permite acompanhar o processo de implementação das acções levadas a cabo pelo PNSR de forma a ter informações sobre a abrangência dos progressos conseguidos, a realização dos objectivos propostos e a utilização dos fundos alocados. Este seguimento, a nível central, estará sob a responsabilidade da Direcção Nacional da SR, a nível regional/ local sob a responsabilidade das respectivas direcções. O resumo das actividades de seguimento será feito nos respectivos relatórios de actividades de cada uma destas estruturas.

O seguimento das actividades SR e do Programa de SR será feito através da supervisão por uma equipa previamente criada e garantida pela DGS, de acordo com os termos de referência específicos e de um Plano Anual de Supervisão.

Nestas equipas poderão integrar os diferentes intervenientes da SR devendo realizar-se, pelo menos, duas visitas por ano a cada Delegacia de Saúde.

Posteriormente, as recomendações dessas visitas serão discutidas com os principais intervenientes do PNSR, e será elaborado um relatório das mesmas. O cumprimento das recomendações contribuirá para a melhoria da execução das actividades do Programa Nacional de SR.

6.3.2 Avaliação

A avaliação do Programa, que tem por finalidade medir o nível de realização dos objectivos fixados no plano operacional, desde a sua concepção, sua implementação e os resultados, para uma eventual reprogramação. O quadro lógico servirá de instrumento para medir os progressos realizados e os produtos conseguidos em relação aos indicadores inicialmente definidos (ver Anexo no 2).

Dever-se-á Implementar um sistema de avaliação de resultados por etapas do programa SR e dos diferentes intervenientes (avaliação de qualidade dos serviços, cultura e clima organizacional, acompanhamento das mudanças socio-económicas); oportunidades de reflexão sobre os factores e suas influências no processo de implementação do programa SR.

Frequência:

A avaliação far-se-á em duas etapas:

- Avaliação a meio-percurso (2010) -
- Avaliação no fim do Programa (2012)

A avaliação far-se-á com base num protocolo elaborado pelo Ministério de Saúde, em colaboração com os seus parceiros intervenientes no Programa.

A equipa encarregue da avaliação a meio percurso é coordenada pelo Ministério de Saúde e integrada por representantes do Gabinete de Estudos Planeamento e Cooperação do Ministério da Saúde (GEPC), CNDS, Escritório Local da OMS e Escritórios Comum de Fundos e Programas das Nações Unidas em Cabo Verde

A equipa encarregue da avaliação final será igualmente coordenada pelo Ministério da Saúde e composta pelos mesmos elementos responsáveis pela a avaliação a meio percurso.

Os relatórios de avaliação serão largamente distribuídos aos diferentes intervenientes e aos parceiros e servirão de base de dados para avaliar os avanços e fazer a reprogramação, (Avaliação a Meio Percurso), e para determinar os principais indicadores em matéria de SR no país, bem assim para a definição do próximo programa nacional de SR (avaliação final).

Uma avaliação externa deverá ser encomendada, sendo realizada mediante concurso público, sob a coordenação de uma equipa técnica, constituída por representantes do Ministério da Saúde/PNSR, dos parceiros na implementação do programa e financiadores.

Parâmetro a avaliar:

A avaliação aplicar-se-á sobre os seguintes **EFEITOS**:

Quadro Nº 3

| Area | Indicador | Dados de Base/Ano | Meta/Ano | Fonte de Informação |
|----------------------------------|---|-------------------|--------------------|-----------------------------|
| Saúde materna e do recém-nascido | Cobertura de consulta pré – natal (pelo menos 1 visita) | 86,7% (2007) | 95% (2012) | Relatório Estatístico do MS |
| | Cobertura de consulta de pré-natal (4 ou mais visitas) | | | Relatório Estatístico do MS |
| | Visita pós – natal entre os 3 dias após o nascimento (nas estruturas de saúde) (exclui serv. privado e ONG) | 45,5% (2007) | 55% (2012) | Relatório Estatístico do MS |
| | Cobertura de grávidas por TT2 (Protecção ao tétano Neonatal) | 66,8% (2007) | 85% (2010) | Relatório Estatístico do MS |
| | Partos institucionais (nas estruturas de saúde) | 78% (2005) | 85% (2012) | Relatório Estatístico do MS |
| | Partos assistidos por pessoal especializado / qualificado | .... | 50% (2012) | Relatório Estatístico do MS |
| | Percentagem da população que conhece os sinais de perigo durante a gravidez, trabalho de parto e pós-parto | .... | 30% (2012) | IDSRIII |
| | Taxa de letalidade (nº de óbitos) nas maternidades, no grupo de mulheres com complic. Obstétricas | .... | 1 a partir de 2010 | Relatório Estatístico do MS |

| | | | | |
|----------------------|---|--|--|-----------------------------|
| Planeamento Familiar | Taxa de prevalência contraceptiva (sobre os métodos modernos) em mulheres de 15-49 anos | 44% IDSR 2005 31% PNSR 2005 (estruturas de saúde) | 50% (global e nas estruturas de saúde) | Relatório Estatístico do MS |
| | Taxa de fecundidade | | | Relatório Estatístico do MS |
| | Taxa de fecundidade na adolescência | | | Relatório Estatístico do MS |
| | Percentagem das necessidades não satisfeitas em PF | 21% (1998) IDSRI | 15% (2012) | (IDSR II) |
| Maternidade Segura | Percentagem de CS com maternidade oferecendo CONUBase | 80% (2007) | 100% a partir de 2009 | Relatório Estatístico do MS |
| | Número de hospitais oferecendo CONUCompleto | 4/5 (2007) | 5/5 a partir de 2009 | Relatório Estatístico do MS |
| | Percentagem de cesarianas | 15,6% (2007) HBS | 10% | Relatório Estatístico do MS |
| VIH/SIDA | Percentagem de uso de preservativo na última relação sexual de alto risco nos jovens (15 a 24 anos) | H - 72% (2005) J - 79% (2005) | 100% (2012) | IDSR III |
| | A percentagem de atendimento/Seguimento médico de grávidas seropositivas (PTV) | | | Relatório Estatístico do MS |
| | A percentagem de Atendimento/Seguimento médico da criança e da mãe seropositivas | | | Relatório Estatístico do MS |
| | Prevalência do VIH/SIDA entre as mulheres grávidas | | | Relatório Estatístico do MS |
| | Percentagem de mulheres grávidas seropositivas sob tratamento ARV | | 70% a partir de 2010 | Relatório Estatístico do MS |
| | Percentagem de crianças seropositivas sob tratamento ARV | | | Relatório Estatístico do MS |

| | | | | |
|---|--|-----------------|------------------------------------|------------------------------|
| Saúde Reprodutiva aos Adolescentes e homens | Utilização dos serviços SR pelos adolescentes e jovens | .... | 25% a partir de 2010 | Relatório Estatístico do MS |
| | Utilização dos serviços SR pelos homens | .... | 10% a partir de 2010 | Relatório Estatístico do MS |
| | Número de estruturas de saúde que oferecem Serviços Amigos dos Adolescentes | 3/17 (2008) | 8/17 (2010) | Relatório Estatístico do MS |
| Saúde Infantil | Percentagem de centros de saúde que implementaram a AIDI | 34,8% (2008) | 100% (2012) | Relatório Estatístico do MS |
| | Percentagem de crianças tratadas por pneumonia | | | Relatório Estatístico do MS |
| | Percentagem de pneumonias tratadas com antibiótico | | | Relatório Estatístico do MSC |
| | Crianças com diarreia tratadas com SRO (ou aumento de líquidos com AM contínuo) | | | Relatório Estatístico do MS |
| Nutrição | Percentagem de estruturas de saúde que implementam a Iniciativa Serviços Amigos da Criança/IHAC | 3H/5 CS | 100% H - (2012) 50% CS - (2012) | Relatórios dos HC |
| | Prevalência do Aleitamento materno exclusivo (0-6 meses) | | | |
| | Prevalência do Aleitamento materno imediato (após a 1ª hora após o nascimento) | | | |
| | Alimentação complementar ao Aleitamento (6-9 meses) | | | IDSR |
| | Incidência do baixo peso ao nascer (< 2500g) | | | Relatório Estatístico do MS |
| | Percentagem de crianças (dos 06 a 59 meses) que receberam suplementação em Vitamina A (ao menos) | | | Relatório Estatístico do MS |
| | Percentagem de crianças malnutridas beneficiadas com uma reabilitação nutricional | | | Relatório Estatístico do MS |

| | | | | |
|----------------------------|--|--------------|------------|-----------------------------|
| Mortalidade (investigação) | Percentagem de óbitos infantis investigados | | | Relatório Estatístico do MS |
| | Percentagem de óbitos ultra-perinatais investigados | | | Relatório Estatístico do MS |
| | Percentagem de óbitos em mulheres em idade fértil investigados | | | Relatório Estatístico do MS |
| | Percentagem de óbitos maternos investigados | | | Relatório Estatístico do MS |
| Vacinação | Cobertura de crianças <de 1 ano por DTP3 | 80,6% (2007) | 90% (2010) | Relatório Estatístico do MS |
| | Cobertura de crianças <de 1 ano por vacina Sarampo | 74,3% (2007) | 90% (2010) | Relatório Estatístico do MS |
| | Cobertura de crianças <de 1 ano Completamente vacinados | 73,4% (2007) | 90% (2010) | Relatório Estatístico do MS |

Quadro No 4

Efeito 2 - Adopção de comportamentos individuais e colectivos favoráveis ao bem-estar em geral e na saúde reprodutiva em particular, traduzida nos seguintes resultados esperados:

| Área | Indicador | Dados de Base/Ano | Meta/Ano | Fonte de Informação |
|--------------------------------|---|-------------------|---|---|
| Referência e contra-referência | Percentagem de contra-referência de complicações obstétricas atendidas e tratadas | .... | 100% (2012) | Relatórios do PNSR e do MS e Inquéritos |
| | Percentagem de contra-referência de complicações neonatais atendidas | .... | 100% (2012) | Relatórios do PNSR e do MS Inquérito |
| | Percentagem de grávidas apresentando complicações obstétricas, referenciadas e tratadas | .... | 100% (2012) | Relatórios das DS, dos HC e do PNSR Inquérito |
| | Percentagem de mulheres apresentando complicações pós-aborto, referenciadas e ou tratadas | .... | 100% (2012) | Relatórios das DS, dos HC e do PNSR Inquérito |
| IEC | Número de grupos (Associações....) implicadas na comunicação para mudança de comportamento de proximidade | .... | Pelo menos um grupo por concelho, criado até 2012 | Relatórios dos grupos (Associações) e do PNSR |
| | Número de grupos (Associações....) implicadas no marketing social dos produtos SR | .... | Pelo menos um grupo por concelho, criado até 2012 | Relatórios dos Grupos (associações) e do PNSR |

7. Financiamento do PNSR

O financiamento do PNSR será assegurado pelo Governo, através do OE, com o apoio dos parceiros de cooperação, bem como da contribuição de outros sectores públicos que não o Ministério da Saúde, das ONG, do sector privado e da compartição dos utentes.

Será necessário dotar o programa de meios financeiros adequados e de equipamentos, vacinas, produtos SR incluindo os contraceptivos, testes, reagentes e medicamentos essenciais à realização das acções previstas, aumentar o pessoal que presta serviço no SR, contribuindo assim para a melhoria das condições de prestação de serviços (prestação directa de serviços e acções de promoção da saúde).

Neste sentido, o PNSR deverá contar com o apoio dos habituais parceiros (UNPFA, UNICEF, OMS), bem como de outros parceiros bilaterais, devendo ser implementado com base em critérios rígidos de racionalidade financeira e de boa governação. Um plano de mobilização de recursos, tanto ao nível interno (sector privado p.e.) como ao nível externo deverá ser elaborado e actualizado anualmente.

Estimativas deverão ser feitas, com vista a se prever e garantir o financiamento e todas as acções previstas e que reflectam as necessidades em termos de prestação de serviços, cobrindo todos os grupos alvo.

As seguintes estratégias serão desenvolvidas, visando a mobilização de recursos financeiros:

O reforço das verbas inscritas no Orçamento do Estado/Ministério da Saúde (DGS, PNSR, CNDS);

O desenvolvimento de relações de parcerias com os diferentes sectores na realização de acções que visem a melhoria da saúde reprodutiva da população;

A articulação do PNSR com outros programas sectoriais e com o Programa Nacional de Luta Contra a Pobreza;

A sensibilização do sector privado e da sociedade civil para o desenvolvimento de acções que visem a melhoria da saúde reprodutiva da população;

A comparticipação dos beneficiários, através da sua contribuição nos custos da saúde;

A mobilização de recursos junto dos parceiros internacionais.

ANEXOS

A N E X O 1

Pacotes de Oferta de Serviços SR por Componentes Gerais e Específicos por Grupos Alvos

A - Componentes gerais

Cuidados

- Prevenção, tratamento e seguimento das infecções do trato génito-urinário (IST/VIH/SIDA) segundo o Guião de Abordagem Sindrómica das IST e dos protocolos da TARV e infecções oportunistas.
- Prevenção e tratamento da infertilidade de casal e por factor, por níveis de prestação nas estruturas, conforme as Normas e os Procedimentos SR.
- Aconselhamento em planeamento familiar (normas e procedimentos SR).
- Prevenção, tratamento e seguimento das gravidezes não desejadas, dos abortos e suas complicações (segundo as normas e procedimentos SR, incluindo os “Cuidados pós Abortamento”).
- A vacinação conforme o PAV (que contempla as crianças e as grávidas).
- Rastreio e tratamento das disfunções sexuais e outras perturbações e afecções ginecológicas.
- Comunicação para a adopção de comportamentos saudáveis, agindo contra certas práticas tradicionais ou culturais nefastas para a saúde, tais como:
 - Maus hábitos alimentares
 - Promiscuidade incluindo a sexual
 - Higiene pessoal e saneamento do meio
 - Prevenção das violências doméstica e sexual e tratamento das suas complicações)
 - Prevenção do uso abusivo de bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas.

Gestão

- Produção/actualização de instrumentos de gestão SR.
- Registo, colecta, produção e utilização de dados SR nos 3 níveis de gestão – local (DS), regional e central (segundo objectivos e com indicadores previamente definidos).
- Disponibilização de medicamentos, produtos e materiais essenciais para as actividades SR (conforme as publicações oficiais do MS) e garantia de respectivos stocks de segurança.
- Supervisão formativa regular às estruturas SR das Delegacias incluindo os Hospi-

tais, com relatórios produzidos e retro informação.

- Seguimento e avaliação periódicas e regulares das intervenções programadas com relatórios produzidos e difundidos - retro informação.

B - Componentes específicos por grupos alvos:

Mulheres (15 a 49A):

- Seguimento das mulheres (em particular grávidas e puérperas) com a utilização do Caderno AISM
- Consulta de ginecologia de rotina (incluindo o exame mamário, as IST e o PF).
- Consulta preconcepção (incluindo o exame ginecológico e a medição da TA e do peso, o tratamento das IST, o ácido fólico e o aconselhamento para a prevenção das IST/ VIH/SIDA
- Consultas Pré natal no mínimo 4 (1/trimestre e uma no fim da gravidez) para controlo da saúde da grávida e do desenvolvimento do embrião/feto, e rastreio de gravidez de alto risco obstétrico.
- Exames complementares de rotina na gravidez (análises e ecografias) conforme o Caderno AISM, incluindo a serologia para o VIH.
- Atendimento ao parto (COU) e pós parto (incluindo o exame ginecológico e mamário, o apoio ao aleitamento materno e o PF).
- Rastreio e diagnóstico precoce - Programas, tratamento e seguimento dos cancros da mama (IEC, auto exame, exame clínico, ecografia, mamografia, biopsia, cirurgia, quimioterapia) e do colo do útero (exame ginecológico, método exame directo com solução Lugol e Ácido acético, citologia, colposcopia e biopsia dirigida, cirurgia), por níveis de atendimento (PS, CS, CSR, HR, HC).

Homens (15 a 59 A):

- Reforçar a mobilização/sensibilização para a utilização dos serviços SR pelos homens (atendimento do casal, acompanhamento e envolvimento nas actividades SR destinadas às crianças/filhos adolescentes, companheiras (particularmente na gravidez, parto, puerpério e PF).
- PF, incluindo a exploração da tripla vantagem dos preservativos na prevenção da gravidez, das IST/VIH/SIDA e da infertilidade.
- Rastreio e diagnóstico precoce dos tumores benignos e cancros da próstata, tratamento e seguimento por níveis de prestação (exame clínico dos genitais incluindo

o toque rectal, ecografia, PSA, cirurgia e quimioterapia).

Adolescentes (10 a 19 A) e Jovens (15 a 24A)

- IEC para adopção das boas práticas comportamentais (competências para a vida), para a prevenção de situações de risco para a saúde (maus hábitos alimentares – anemia, obesidade, utilização de substancias tóxicas, inicio precoce de actividade sexual e suas conseqüências – maternidade/paternidade precoces, abortos e suas complicações, violência doméstica e sexual, desafios perigosos na relação de pares para afirmação da personalidade, etc.).
- Atendimento e seguimento dos casos para intervenções em SR (IST/VIH/SIDA/PF/Gravidez/complicações pós aborto etc.)
- Articulação com as actividades de Saúde Escolar e dos Centros de Juventude.

Pacotes de Cuidados Essenciais na Atenção Primária para as Crianças de (0 a 5 A):

Crianças Recém-Nascidas:

- Cuidados e seguimento do R. Nascido na sala de partos segundo as normas e procedimentos dos CONU, da puericultura, do aleitamento materno exclusivo, da PT Vertical, do PAV, até a alta da maternidade.
- Caderno de Saúde Infantil e referência para os CS/PS.
- IEC de proximidade com as puérperas sobre a higiene pessoal e os cuidados com os RN.

Crianças dos 0 a 5 anos:

- Vigilância do estado nutricional e vacinal das crianças, prevenção e detecção de problemas de saúde (AIDI) em coordenação com os serviços (Delegacias) de saúde
- Vacinação

De acordo com o calendário nacional em vigor, para as crianças até 5 anos de idade, de forma gratuita.

Calendário vacinal

BCG: Nascimento

DTP: 1,5 mês - 2,5 meses - 3,5 meses

VPO: Até 15 Dias, - 1,5 mês, - 2,5 meses - 3,5 mês

Hepatite B: Nascimento - 1,5 mês - 3,5 mês

Sarampo: 9 meses

Reforço DTP e VPO: 15,5 meses

- Seguimento do desenvolvimento e crescimento

Actividades

- Pesagem (avaliação do estado nutricional para a idade)
 - Medição da altura
 - Avaliação do desenvolvimento neuro-psico-motor (rastreo de patologias neuro – psico-motoras e a sua reabilitação)
 - Avaliação da amamentação
 - Orientação nutricional (Aleitamento Materno exclusivo até aos 6 meses e continuação até aos 2 anos de idade, orientações para a diversificação alimentar a partir dos 6 meses de idade)
 - Promoção da saúde (Cuidados de Higiene, saúde infantil, vacinação, etc.)
-
- Suplementação em micronutrientes

Vitamina A

Prevenção e tratamento da avitaminose A nos grupos de riscos, de acordo com o Protocolo do MS para a Suplementação de vitamina A.

Sais de ferro

Prevenção e tratamento da anemia com suplementação de sais de Ferro às grávidas e mulheres no período de amamentação, recém nascidos prematuros e crianças de 6 meses a 5 anos de idade

- Atenção integrada às doenças da infância (AIDI)

É uma abordagem às patologias que mais frequentemente contribuem para a morbimortalidade no País, nas crianças de 0 a <2 meses e de 2 meses a <5anos, nomeadamente:

- Atenção ao recém-nascido
- Tosse ou dificuldade em respirar
- Diarreia e desidratação
- Principais causas de febre
- Problemas do ouvido
- Problemas da pele
- Malnutrição e anemia
- Aleitamento materno exclusivo e prolongado e recomendações para a alimentação
- Vacinação e o aconselhamento à mãe em relação aos cuidados com a criança, etc.

- VIH/SIDA

Saúde escolar:

- Atendimento, seguimento, referência e contra referência das crianças em idade escolar, utilizando o Caderno do Aluno – Saúde Escolar de acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar.
- Reforço das actividades de IEC em matéria de: higiene pessoal, buco-dentária e ambiental, saúde reprodutiva, consumos nocivos, atitudes e comportamentos saudios, promoção da segurança.

Anexo 2

QUADRO LÓGICO DO PNSR 2008-2012

| Hierarquia dos Objectivos | IOV | Meios de Verificação | Hipóteses/ Riscos |
|--|---|---|--|
| <p>Meta: Melhorar o estado de saúde reprodutiva da população cabo-verdiana, com ênfase na redução da mortalidade e morbilidade materna, neo-natal e infantil.</p> | <p>Daqui até 2012: A taxa de mortalidade materna diminui de 36,2 em 2006 para 18/100.000 nados vivos O Índice Sintético de Fecundidade passa de 2,9 filhos/mulher para 2,5 filhos/mulher A taxa de fecundidade nas adolescentes diminui de 19% para 10% a nível nacional A taxa de mortalidade infantil reduz-se de 21,5 ‰ para 15‰ A taxa de mortalidade perinatal passa de 25,6 ‰ em 2006 para 18 ‰ A taxa de mortalidade neonatal precoce passa de 10,5 ‰ em 2006 para 7 ‰ A taxa de morbilidade materna e neonatal reduz-se em 50%</p> | <p>Registo das maternidades Estatísticas do MS IDSR/III IDSR/III Estatísticas do MS/INE Estatísticas do MS Estatísticas do MS Estatísticas do MS/INE</p> | <p>Hipóteses: - Estabilidade política - Vontade política - Estabilidade política/Boa governação - Engajamento dos parceiros nacionais e internacionais - Disponibilidade de recursos humanos e financeiros - Coordenação multi-sectorial</p> <p>Riscos: - Redução da ajuda externa/choques externos - Surtos de Epidemias - Pobreza</p> |
| <p>Objectivo 1. Aumentar a cobertura dos serviços de SR integrados e de qualidade, garantindo o acesso universal aos cuidados de saúde reprodutiva às mães e recém-nascidos, crianças, mulheres em idade fértil, adolescentes e homens.</p> | <p>Até o final de 2012: 100% das estruturas de saúde dispõem do PAE em SR 100% dos Centros de Saúde com maternidade, oferecem cuidados obstétricos e neo-natais de urgência de base (CONUB) 100% dos hospitais oferecem cuidados obstétricos e neonatais de urgência completos (CONUC) A taxa de cobertura vacinal de crianças menos de 1 ano completamente vacinadas aumenta de 73,2% para 90% A mortalidade da mulher reduz-se de 15% A taxa de prevalência contraceptiva aumenta de 30,7 em 2007 para 55% nos utilizadores do sector público de saúde A taxa de prevalência contraceptiva aumenta de 51,7% em 2007 para 60% na população em geral O N° de estruturas/serviços que oferecem serviços Amigos dos Adolescentes passa de 2 para 24</p> | <p>Relatórios de Actividade do PNSR e das Delegacias de Saúde Relatórios Delegacias de Saúde Relatórios de Actividades dos Hospitais Relatórios de Actividade das Delegacias de Saúde, do PNSR Estatísticas do MS/INE Estatísticas do MS/INE Relatórios de Actividade de PNSR IDSR/III Relatórios de Actividade de PNSR/ONG</p> | <p>Hipóteses: - Vontade política/Boa governação - Coordenação multi-sectorial - Engajamento dos parceiros de cooperação - Envolvimento de ONG e privados na área de SR - Existência de instrumentos/procedimentos definidos em SR - Disponibilidade de recursos humanos e financeiros</p> <p>Riscos: - Mobilidade de quadros - Fraca frequência dos adolescentes e homens aos serviços de SR - Barreiras sócio-culturais - Insuficiência de recursos humanos e financeiros</p> |

QUADRO LÓGICO DO PNSR 2008-2012

| Hierarquia dos Objectivos | IOV | Meios de Verificação | Hipóteses/ Riscos |
|---|---|---|--|
| <p>Objectivo 2. Melhorar a qualidade de oferta dos serviços de SR, com particular acento na continuidade da promoção do planeamento familiar e no reforço da comunicação e informação.</p> | <p>Até ao final de 2009, 100% das estruturas de saúde com serviços de SR tem pessoal capacitado para prestação de PAE</p> <p>Até ao final de 2010, 100% das estruturas utilizam as normas e procedimentos de SR</p> <p>Até ao final de 2010 ter conhecimento do grau de satisfação dos utentes em relação aos serviços de SR</p> <p>Até ao final de 2010 ter conhecimento do grau de satisfação dos prestadores em relação aos serviços de SR</p> | <p>Relatórios de formação</p> <p>Relatórios de PNSR e de supervisão</p> <p>Inquérito COPE</p> <p>IDSRIII</p> <p>Inquérito COPE</p> <p>IDSRIII</p> | <p>Hipóteses:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vontade política/Boa governação - Disponibilidade e motivação dos profissionais de SR <p>Riscos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não implementação do Plano de formação em SR - Não disponibilidade de profissionais - Não motivação do pessoal SR |
| <p>Objectivo 3. Reforçar as actividades de promoção da saúde, visando a mudança de comportamentos e a satisfação das necessidades em SR principalmente adolescentes, jovens e homens.</p> | <p>Até ao final de 2012:</p> <p>A proporção de homens e de jovens que utilizam os serviços de SR aumenta de 25%</p> <p>A percentagem de partos institucionais aumenta de 78% para 90% a nível nacional</p> <p>A procura não satisfeita dos serviços de PF passa de 21% para 10%</p> | <p>Relatório de Actividades PNSR</p> <p>IDSRIII</p> <p>IDSRIII</p> <p>IDSRIII</p> | <p>Hipóteses:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vontade política - Existência de uma Estratégia Nacional de IEC/CMC - Envolvimento das ONG/associações nas actividades de promoção da saúde - Coordenação multi-sectorial <p>Riscos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fraca capacidade das famílias pobres em contribuir para os custos da saúde - Fraca frequência dos adolescentes e homens aos serviços de SR - Barreiras sócio-culturais - Fraca coordenação dos intervenientes em matéria de IEC/CMC |
| <p>Objectivo 4. Aumentar as capacidades de gestão, seguimento e avaliação do PNSR e de mobilização de parcerias.</p> | <p>Até ao final de 2009:</p> <p>As normas e os procedimentos em matéria de SR serão revistos e divulgados</p> <p>Um Plano de desenvolvimento de competências técnicas em gestão SR estará em implementação</p> <p>Os núcleos nacional e local de supervisores dinamizados e em funcionamento</p> <p>Até ao final de 2012, 100% das estruturas SR dispõe de pessoal formado em gestão, seguimento e avaliação</p> | <p>Relatórios PNSR</p> <p>Relatórios de formação</p> <p>Relatórios PNSR/Relatórios de supervisão</p> <p>Relatórios PNSR</p> | <p>Hipóteses:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vontade política - Existência de instrumentos/procedimentos definidos em SR - Disponibilidade de recursos humanos e financeiros <p>Riscos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilidade de quadros - Não implementação do Plano de formação em SR |

| Produto 1: Disponibilidade, acessibilidade e utilização dos serviços de SR incluindo as IST/VIH/SIDA a toda a população - recém nascidos, mães, adolescentes, jovens e homens, melhoradas. | | | | | | |
|---|--|--|---|-----------------------------------|-------------------------|---|
| Estratégia | Ações | Indicadores | Meios de Verificação | Custo | Responsabilidade | |
| Aumento da disponibilidade de serviços de SR | Prosseguir a integração do PAE/SR em cada nível da pirâmide sanitária e a introdução nas estruturas sanitárias onde não existe. | Nº e % de estruturas sanitárias com PAE | Relatórios das Delegacias de Saúde e Estatísticas MS | | M. da Saúde/PNSR | |
| | Avaliar as estruturas sanitárias SR, com vista a melhorar as condições de prestação de cuidados, de acordo com as necessidades expressas pelos diferentes grupos alvos. | % de estruturas sanitárias avaliadas | Estatísticas MS | | | PNSR |
| | Promover uma maior integração e coordenação de serviços SR nos sectores públicos, privados e ONG/associações em parceria com o Ministério da Saúde (empresas, consultórios privados, forças armadas, polícia, sindicatos, centros de juventude). | Nº e % de ES que melhoraram a prestação de serviços SR aos diferentes grupos alvos | Relatórios de Avaliação do PNSR | | | |
| | Promover a distribuição de preservativos com base comunitária, através das organizações locais (OBC). | Nº de serviços públicos, privados e ONG que prestam serviços de qualidade em SR | Relatório de avaliação do PNSR Estatísticas MS | | | M. da Saúde/PNSR (Sector privado ONG) |
| | Fazer marketing social dos preservativos (ONG, associações, sector privado, farmácias, supermercados). | % do aumento de preservativos distribuídos | % de OBC implicados na distribuição de preservativos | Estatísticas ONG | | ONG/associações |
| | | Nº de OBC implicados no marketing social de preservativos | % do uso de preservativos na última relação de alto risco | Relatórios de Actividades do PNSR | | ONG/Associações |
| | % de utilização correcta do preservativo | % de aumento de preservativos distribuídos | IDSR III IDSR III | | | |
| | Apoiar a divulgação e implementação da tabela oficial de cobrança das prestações de SR nas diferentes delegacias e hospitais (incluindo os serviços com base comunitária) assim como a sua revisão periódica. | % do aumento dos recursos financeiros da SR | Relatório CCS-SIDA Estatísticas ONG | | | |
| | | Relatórios Financeiros PNSR/ MS | | | M. da Saúde/PNSR | |

| Produto 1: Disponibilidade, acessibilidade e utilização dos serviços de SR incluindo as IST/VIH/SIDA a toda a população - recém nascidos, mães, adolescentes, jovens e homens, melhoradas. | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------|
| Estratégia | Acções | IOV | Meios de Verificação | Custo | Responsabilidade | |
| Melhoria da oferta de serviços segundo as necessidades dos diferentes grupos alvo (Saúde da criança) | Fazer a avaliação da experiência piloto de implementação de AIDI em curso. Expandir a estratégia AIDI a todos os concelhos do país. Integrar a estratégia AIDI nos currículos das escolas de enfermagem. | Dados sobre a implementação da AIDI. Nº e % dos centros de saúde que implementaram a AIDI Nº de escolas de enfermagem com a estratégia AIDI integrada nos currículos | Relatório de Avaliação Relatórios das D. de Saúde e do PNSR Currículos das Escolas de Enfermagem | | PNSR PNSR e Delegacias de Saúde PNSR e Escolas de Enfermagem | |
| | Integrar serviços de recuperação nutricional nas actividades de vigilância de crescimento. | Nº de estruturas de saúde que integraram os serviços de recuperação nutricional | Relatórios de Activ. das Delegacias de Saúde e do PNSR | | Delegacias de Saúde PNSR INE | |
| | Reforçar o PAV através da organização das estratégias de vacinação fixas e avançadas (implementação da estratégia <i>Atingir Cada Distrito/Família/Criança</i> - ACDFC). | Nº de estruturas de saúde que implementam a ACDFC Taxa de cobertura vacinal por antígenos no primeiro ano de vida % de crianças completamente vacinadas | Taxa de prevalência de crianças com baixo peso Nº de estruturas de saúde que implementam a ACDFC | IDRF e Relatórios e Activ. do PNSR Estatísticas MS/PNSR | | PNSR |
| | Criar condições para um melhor seguimento das crianças, através da organização de um sistema de procura activa das crianças. | % de aumento do nº de crianças atendidas nos serviços SR | | Relatórios de Actividades do PNSR | | PNSR |
| | Promover a importância da vacinação utilizando todos os canais de comunicação disponíveis. | Nº de campanhas de mobilização social realizadas em cada ano Nº e tipo de canais de comunicação utilizados | | Relatório CNDS, PNSR, Delegacias de Saúde e ONG | | CNDS/PNSR/DS/ONG |
| | Mobilizar a comunidade para a sua implicação na promoção da vacinação. | Nº de campanhas de mobilização das comunidades | | Relatórios CNDS/ PNSR/ONG | | CNDS/PNSR/ONG |
| | Fazer o seguimento das crianças nascidas de mães seropositivas para VIH. | % de mulheres grávidas VIH positivo seguidas % de mulheres seropositivas VIH sob tratamento ARV Nº de crianças seropositivas VIH seguidas | | Estatísticas dos Hospitais, D. Saúde e PNLs | | Hospitais/D. de Saúde/ PNLS |
| | Mobilizar recursos p/garantia da alimentação de crianças nascidas de mães seropositivas para VIH com substitutos do leite materno | Nº e % de crianças nascidas de mães seropositivas VIH que beneficiam de substitutos do leite materno | | Estatísticas dos Hospitais, D. Saúde e do PNLs | | PNSR/PNLs |
| | Reforçar a vigilância activa das PFA e sarampo. | Nº de casos de PFA e sarampo detectados | | Relatórios do Serviço de vigilância. | | Serviço de Epidemiologia/ PNSR |

| Produto 1: Disponibilidade, acessibilidade e utilização dos serviços de SR incluindo as IST/VIH/SIDA a toda a população - recém nascidos, mães, adolescentes, jovens e homens, melhoradas. | | | | | |
|--|--|---|--|-----------------------|------------------------------|
| Estratégia | Ações | IOV | Meios de Verificação | Custo | Responsabilidade |
| Melhoria da oferta de serviços segundo as necessidades dos diferentes grupos alvos | Reforçar a integração dos serviços de PF no nº de serviços de saúde que oferecem o PF | Nº de serviços de saúde que oferecem o PF | Relatórios de Atividades do PNSR | | M. da Saúde/PNSR |
| | Aumentar a utilização da gama de métodos contraceptivos modernos, nomeadamente, DIU, contraceptivos modernos implantante, preservativo masculino e feminino, da contraceção de emergência, da pilula de fraca dosagem. | de % de utilização de métodos contraceptivos modernos | Estatísticas MS IDSR/III | | PNSR/INE |
| (Saúde reprodutiva das mulheres e dos homens) | Alargar os serviços com base comunitária para a promoção e distribuição de preservativos. | % do aumento de preservativos distribuídos | Relatórios de Atividades do PNSR | | ONG |
| | Reorganizar os serviços de atendimento específico em SR para homens, segundo as normas e procedimentos, incluindo, o rastreio de patologias de próstata, realização do toque rectal nas consultas de rotina. | Nº de centros que oferecem serviços específicos para homens % do aumento do nº de homens que frequentam os serviços SR | Relatórios de Atividades das Delegacias de Saúde e do PNSR | | Delegacias de Saúde/ PNSR |
| | Capacitar o pessoal de SR para atendimento às necessidades específicas dos homens. | Nº e tipo de casos diagnosticados e seguidos | | Relatório de formação | PNSR |
| | Desenvolver actividades de IEC sobre as necessidades em matéria de SR para os homens e mulheres, focalizadas na divulgação das afecções dos homens e das mulheres | Nº de pessoal formado em atendimento dos homens Nº de OBC envolvidas na prestação de serviços IEC/SR Nº de homens e de mulheres envolvidos na educação de pares % de aumento da procura dos serviços SR pelos homens | Relatórios de Atividades ONG | | ONG |
| Formar pares educadores para uma educação de proximidade junto dos homens e das mulheres. | Formar pares educadores para uma educação de proximidade junto dos homens e das mulheres. | Nº de pares educadores formados | Relatório de formação | | CNDS/ONG |
| | Realizar advocacia para a criação do dia nacional de luta contra o cancro (colo de útero, da mama e da próstata). | Nº de homens e mulheres envolvidos nas actividades de educação de proximidade Programas anuais alusivos ao Dia | Relatórios de Atividades CNDS/ONG | | CNDS/ONG |

| Produto 1: Disponibilidade, acessibilidade e utilização dos serviços de SR incluindo as IST/VIH/SIDA a toda a população - recém nascidos, mães, adolescentes, jovens e homens, melhoradas. | | | | | |
|---|--|---|----------------------------------|-----------------|-------------------------|
| Estratégia | Ações | IOV | Meios de Verificação | Custo | Responsabilidade |
| Reforço das medidas de prevenção e seguimento das violências sexual baseadas no género | Realizar estudos sobre a problemática da violência nas suas diferentes facetas. | Nº de estudos realizados | Relatórios do Estudos | | ICIEG/ONG |
| | Format/reciclar os prestadores de serviços de SR em matéria de atendimento médico e psicológico das vítimas de violência, segundo as normas e procedimentos. | Nº de prestadores de serviço SR | Relatórios de formação | | PNSR/Hospitais |
| | Fazer advocacia junto dos decisores no sentido de se reforçar as capacidades institucionais dos serviços que intervêm na problemática da violência (Justiça, Polícia, Instituto Caboverdiano para a Igualdade e Equidade do Género); | Nº de quadros técnicos disponíveis | Relatórios dos serviços | | ONG/Associações |
| | Recolher informações sobre os diferentes tipos de violência e notificação de todos os actos de violência. | Dados sobre os diferentes tipos de violência Nº de casos notificados | Documento Estatísticas Hospitais | | ICIEG/M. Justiça |
| Sensibilizar as comunidades sobre os direitos e deveres dos homens e das mulheres. | Nº de associações e OBC implicados na sensibilização s/ a problemática da violência | Relatórios ONG/ Associações | | ONG/Associações | |

| Produto 2: Qualidade da prestação dos serviços de SR garantindo a satisfação dos prestadores (<i>cliente interno</i>) e dos utilizadores actuais e potenciais (<i>cliente externo</i>) melhorada. | | | | | |
|--|---|---|--|--------------|--------------------------------|
| Estratégia | Ações | IOV | Meios de Verificação | Custo | Responsabilidade |
| Institucionalização das auditorias das mortes maternas e neonatais | Criar e oficializar a equipa técnica de auditoria das mortes maternas e neonatais. | 1 Equipa técnica criada e em funcionamento | Relatórios de Auditoria | | M. da Saúde |
| | Elaborar os instrumentos e implementar um documento/guia elaborado para a harmonização das auditorias sobre os óbitos maternos e neonatais. | Documento/guia elaborado e Nº e % de hospitais centrais e regionais que implementam o guia | Documento/guia Relatórios dos Hospitais | | M. da Saúde |
| | Introduzir a auditoria das mortes maternas e neonatais nos dois hospitais centrais e nos três hospitais regionais. | Taxa de mortalidade materna e neonatal nos hospitais centrais e regionais | Relatórios dos Hospitais | | Hospitais Centrais e Regionais |
| Reforço das normas de higiene e de prevenção das infeções nosocómiais nos serviços de SR | Criar/reforçar os comités de higiene nos hospitais centrais, regionais e centros de saúde. | Nº de Hospitais e Centros de Saúde com Comités de Higiene | Relatórios dos Hospitais e C. de saúde | | Hospitais e Centros de Saúde |
| | Definir/rever e implementar normas e procedimentos em matéria de prevenção das infeções nosocómiais. | Nº de Hospitais e Centros de Saúde que implementam as normas e procedimentos em matéria de higiene e de prevenção das infeções nosocómiais. % de ocorrência de infeções nosocómiais. | Relatórios dos Hospitais | | Hospitais Centrais e Regionais |
| | Melhorar a gestão e tratamento de lixo biomédico a todos os níveis do sistema de saúde. | Nº de Hospitais e Centros de Saúde com sistemas adequados de tratamento de lixo biomédico | <i>In loco</i> | | Ministério da Saúde |

| Produto 3: Informação em SR a toda população, privilegiando a participação activa dos diferentes grupos-alvo disponível. | | | | | |
|--|--|---|--------------------------|-------|---------------------|
| Estratégia | Acções | IOV | Meios de Verificação | Custo | Responsabilidade |
| Desenvolvimento da abordagem de comunicação de proximidade junto de grupos alvos específicos (Adolescentes/jovens) | Desenvolver competências sociais dos ^{Nº} de adolescentes e jovens adolescentes e jovens para comunicação deparceiros (educação de pares). | | Relatórios do PNSR e ONG | | PNSR/CEJ/ONG |
| | Suscitar/ dinamizar a discussão de temas relacionados com a saúde reprodutiva, pelos pares, nos centros específicos para jovens e adolescentes (CEJ, Espaços de Informação e Orientação (EIO) no ensino secundário, universidades) e locais de aglomeração (praças, praias, campos de jogos, etc.) | Nº de adolescentes e jovens envolvidos na educação de pares | Relatórios do PNSR e ONG | | M. Educação/CEJ/ONG |
| Desenvolvimento da abordagem de comunicação de proximidade junto de grupos alvos específicos (Homens) | Reforçar a capacidade dos intervenientes na comunicação de proximidade. | Nº de intervenientes (homens) incapacitados | Relatórios do PNSR e ONG | | PNSR/ONG |
| | Suscitar/ dinamizar a discussão de temas relacionados com a saúde reprodutiva, pelos pares, nos locais de aglomeração (cafés, cantinas nos locais de trabalho, quartéis, campos de jogo, centros sociais, cyber-cafés e outros). | Nº de homens envolvidos na educação de pares | Relatórios do PNSR e ONG | | PNSR/ONG |

| Produto 3: Informação em SR a toda população privilegiando a participação activa dos diferentes grupos-alvo disponível. | | | | | |
|---|--|---|--|-------|-------------------------|
| Estratégia | Acções | IOV | Meios de Verificação | Custo | Responsabilidade |
| Melhoria da comunicação interpessoal no atendimento | Clarificar os espaços de aconselhamento ^{Nº} e % de centros de SR com nos serviços de saúde reprodutiva (em todas as espaços de aconselhamento estruturas de saúde). | ^{Nº} e % de centros de SR com nos serviços de SR com aconselhamento | Relatórios de Actividades PNSR e C. de Saúde | | PNSR |
| | Desenvolver acções de aconselhamento em SR ^{Nº} de contactos estabelecidos em cada contacto com o cliente nas estruturas de saúde. | ^{Nº} de contactos estabelecidos em SR ^{Nº} de contactos estabelecidos em cada contacto com o cliente nas estruturas de saúde. | Relatórios de Actividades PNSR, Hospitais e C. de Saúde |  |  | PNSR, Hospitais e C. de Saúde |
| Promover o envolvimento das famílias e da comunidade nas actividades de SR | Estabelecer parcerias com as ONG/OBC em ^{Nº} de parcerias estabelecidas com matéria de comunicação para a mudança de ^{Nº} de parcerias estabelecidas com comportamentos em SR nas comunidades. | ^{Nº} de ONG/Associações envolvidas nas actividades de IEC/CMC | Relatórios de Actividades PNSR e CNDNS Relatórios ONG | | PNSR/CNDNS/ONG |
| | Desenvolver acções que visem a sensibilização dos indivíduos, da família e da comunidade para os problemas da SR e sua participação na comunidade nas actividades de promoção da Saúde. | ^{Nº} de indivíduos sensibilizados ^{Nº} de famílias sensibilizadas ^{Nº} de comunidades sensibilizadas | Relatório de Actividades C. de Saúde e ONG |  |  | ONG |
| Reforço da estratégia de comunicação para adopção de comportamentos saudáveis | Rever e implementar a Estratégia Nacional de Comunicação para Mudança de Comportamentos em SR. | Estratégia Nacional de Comunicação para Mudança de Comportamentos em SR | Documento da Estratégia IEC/CMC | | CNDNS/Parceiros sociais |
| | Capacitar os prestadores de SR, incluindo ^{Nº} de prestadores de saúde pessoal de saúde, ONG/Associações no ^{Nº} de membros ONG capacitados em IEC/CMC | ^{Nº} de prestadores de saúde capacitados em IEC/CMC ^{Nº} de membros ONG capacitados em IEC/CMC | Relatório formações |  |  | CNDNS/ONG |
| | Estabelecer mecanismos de coordenação das actividades de promoção da SR entre osmelhorada diferentes intervenientes. | Coordenação das actividades IEC | Relatório Actividades CNDNS | | CNDNS |
| | Realizar estudos de impacto das actividades de IEC para a mudança de comportamentos em SR. | Estudo de impacto realizado | Relatório do Estudo | | CNDNS |

| Produto 3: Informação em SR a toda população privilegiando a participação activa dos diferentes grupos-alvo disponível. | | | | | | |
|---|---|---|---|-------|------------------|---|
| Estratégia | Acções | IOV | Meios de Verificação | Custo | Responsabilidade | |
| Reforço da estratégia de comunicação para adopção de comportamentos saudáveis | Apoiar o CNDS para uma melhor coordenação e intervenção na produção e divulgação dos materiais de suporte informativo no domínio do SR. | Nº de quadros técnicos do CNDS de Grau de satisfação das necessidades financeiras do CNDS | Relatório do CNDS | | M. de Saúde | |
| | Elaborar/produzir suportes educativos com segmentação das audiências por grupos alvo. | Nº de suportes informativos produzidos e divulgados Nº de suportes produzidos por tipo e grupo alvo | Suportes IEC Suportes Relatório Actividades CNDS | | CNDS | |
| | Elaborar/rever propostas de conteúdos em SR em concertação com o Ministério da Educação a serem inseridos nos <i>currícula</i> do ensino básico e secundário. | Curricula de EB e ES com conteúdos SR | Manuais Escolares | | | M. de Educação/CNDS |
| | Fazer advocacia junto dos decisores para os órgãos de comunicação social, sobretudo o Estado apoiem na divulgação dos diferentes suportes educativos. | Grau de implicação dos OCS na promoção da SR | Programas nos OCS Relatórios CNDS/ONG | | | CNDS/ONG Gabinete do Ministro DGS PNSR |
| | Estabelecer acordos de parcerias com os diferentes media para a divulgação de mensagens educativas sobre SR. | Nº de acordos estabelecidos Nº de programas radiofónicos difundidos Nº de programas televisivos difundidos Nº de jornais que divulgam informações/mensagens SR | Processo verbal dos Acordos Relatório Actividades CNDS | | | CNDS |
| | Estabelecer parcerias com outros programas e sectores públicos, privados e ONG nacionais, promoção e implementação das actividades de SR. | Nº de programas estabelecidas Nº de datas comemorativas assinaladas | Relatório Actividades CNDS Processo verbal dos acordos de parceria | | | CNDS |
| | Realizar campanhas de promoção da SR, aproveitando as datas comemorativas mundiais e nacionais, envolvendo os diferentes parceiros. | Nº de parcerias estabelecidas Nº de datas comemorativas assinaladas Nº de parceiros envolvidos nas campanhas | Relatório Actividades CNDS | | | CNDS/ONG |

| Produto 4. Capacidade técnica de mobilização de parcerias e de gestão dos serviços integrados de SR a nível central e local reforçada. | | | | | |
|--|---|--|--|-------|------------------|
| Estratégia | Acções | IOV | Meios de Verificação | Custo | Responsabilidade |
| Dinamização da supervisão formativa integrada em SR | Re-dinamizar o núcleo de supervisores em SR, Nº de supervisores formados/ao nível nacional e local e formar/reciclar/recicladados supervisores. | Nº de supervisores formados/ Nº de encontro do NS realizados | Relatório das formações Registo das reuniões/encontro do Núcleo de supervisores | | PNSR |
| | Assegurar os recursos necessários para a% do aumento dos recursos do supervisão integrada regular (humanos, PNSR alocados à supervisão financeiros, logísticos). | | Orçamento PNSR | | M. da Saúde/PNSR |
| | Institucionalizar de forma regular e sistemática a% do supervisão interna facilitativa nos serviços SR. realizadas Actualizar os instrumentos de supervisão de instrumentos de supervisão acordo com o PAE e com as Normas actualizados Procedimentos SR. | Nº de acções de supervisão realizadas | Relatórios de Supervisão Documentos de supervisão SR | | PNSR PNSR |
| Reforço das competências na gestão de programas SR incluindo IEC a nível central/regional e local | Elaborar e implementar um Plano de cobertura em RH para as actividades/serviços de SR nos elaborados centros de saúde reprodutiva em função do PAE/SR e das Normas e Procedimentos; | Plano de cobertura em RH Nº de pessoal dos Centros de Saúde em função das necessidades do PAE | Normas e Procedimentos SR. Documento do Plano de cobertura em RH | | M. da Saúde/PNSR |
| | Adoptar um plano de desenvolvimento das competências técnicas em gestão a nível nacional e local. | Plano de Formação adoptado Nº de pessoal formado em gestão SR | Documento do Plano de Desenvolvimento de Competências | | PNSR |

Produto 4. Capacidade técnica de mobilização de parcerias e de gestão dos serviços integrados de SR a nível central e local reforçada.

| Estratégia | Acções | IOV | Meios de Verificação | Custo | Responsabilidade |
|------------|---|---|---|-------|------------------|
| | Melhorar os mecanismos de coordenação da cooperação existentes para a mobilização dos recursos | Um plano de coordenação elaborado e implementado | Relatórios de Avaliação do PNSR | | M. da Saúde |
| | Assegurar a manutenção preventiva e correctiva dos equipamentos e a sua renovação. | Nível de coordenação da cooperação para a mobilização dos recursos Estado de conservação dos equipamentos | <i>In loco</i> | | PNSR |
| | Reforçar o sistema de aprovisionamento e de gestão central e local de produtos (medicamentos, vacinas, contraceptivos, kits de materiais e equipamentos, outros). | Disponibilidade em produtos SR nos hospitais regionais e central e local de produtos SRCS Sistema logístico dos contraceptivos funcional sem ruptura de stocks | Relatório de Actividades do PNSR Relatórios de stock | | PNSR |
| | Assegurar a disponibilidade permanente de sangue, reagentes e consumíveis, nos hospitais regionais e centrais. | Disponibilidade em sangue, reagentes e consumíveis, nos hospitais centrais e regionais | Relatórios de stock Relatórios B. de Sangue | | Banco de Sangue |
| | Introduzir o conceito de contratualização por objectivos e implementar a sua negociação | Conceito de contratualização por objectivos/contratualização por metas e implementar a sua negociação Negociação realizada | Relatório de negociação | | PNSR |

| Produto 4. Capacidade técnica de mobilização de parcerias e de gestão dos serviços integrados de SR a nível central e local reforçada. | | | | | | |
|--|---|--|---|-------|------------------|---------------|
| Estratégia | Ações | IOV | Meios de Verificação | Custo | Responsabilidade | |
| Gestão do Sistema de Informação Sanitária em SR | Adequar os instrumentos de recolha de dados às necessidades de gestão do programa (desagregação por idade, sexo, idade gestacional da primeira consulta, Vacinação Anti-Tetânica (VAT), completamente vacinados, gravidez na adolescência, atendimento dos homens, procura activa dos casos). | Dados desagregados | Registos dos serviços SR | | PNSR | |
| | Actualizar os instrumentos de análise de dados que permitam monitorizar a cobertura dosactualizados serviços de SR. | Instrumentos de análise de dados | Registos dos serviços SR | | PNSR | |
| | Reforçar as competências dos responsáveis locais de SR em gestão e utilização dos dados e ereberam formação em gestão e das informações para a planificação sistemáticautilização dos dados e resolução dos problemas prioritários em SR. | Nº de responsáveis locais que utilizam dados de informação para a planificação | Relatório de formação Planos e Relatórios de Actividades | | | M. Saúde/PNSR |
| | Crear e implementar em todos os centros de SR, Nº de centros que dispõem de um sistema informático de colheita, análise e tratamento de dados com possibilidades de análise e tratamento de dados acesso a um banco de dados on-line peloscriado intervenientes SR. | Nº de centros que dispõem de um sistema informático de colheita, análise e tratamento de dados com possibilidades de análise e tratamento de dados acesso a um banco de dados on-line peloscriado intervenientes SR. | Sistema Informático | | | PNSR |
| | Crear um sistema de retro-informação, que permita o fornecimento de informações aos serviços do nível local e aos parceiros intervenientes em SR (relatórios parciais de acompanhamento). | Nº de centros que dispõem de um sistema de retro-informação | Registos dos serviços SR | | PNSR | |

| Produto 5. Sistema de seguimento e avaliação implementado | | | | | |
|--|---|---|---|-------|----------------------|
| Estratégia | Acções | IOV | Meios de Verificação | Custo | Responsabilidade |
| Reforço de competências em pesquisa operacional e utilização de seus resultados | Realizar pesquisas em áreas de interesse para os serviços SR. | Nº de pesquisas efectuadas por componente/problema | Relatório das pesquisas | | M. Saúde/INE |
| | Capacitar os serviços SR em matéria de concepção, realização e divulgação/publicação de pesquisas básicas/operacionais na área. | Nº de serviços/pessoal capacitados Nº de pesquisas SR realizadas e divulgadas | Relatórios de formação Relatório das pesquisas | | M. Saúde/PNSR |
| | Estabelecer relações institucionais com universidades, escolas de ensino superior e outras instituições, visando a realização de pesquisas na área de SR. | Nº de universidades, escolas e outras instituições com relações institucionais com o PNSR | Relatório Actividades do PNSR | | M. Saúde/PNSR |
| | | Nº de pesquisas realizadas pelas universidades, escolas e outras instituições | Relatório das pesquisas | | |
| Reforço dos mecanismos de seguimento e avaliação | Criar e operacionalizar um Núcleo Nacional de Coordenação SR, com representação a nível regional. | Núcleo Nacional de Coordenação SR criado Nº de parceiros que integram o Núcleo | Relatório de Actividades do PNSR | | M. da Saúde/PNSR |
| | Mobilizar recursos técnico e financeiro para a operacionalização dos Núcleos Nacional e Regional de Coordenação SR. | Número de reuniões dos Núcleos Núcleo Nacional e Regional de funcionamento | Relatório de Actividades do PNSR Relatórios de Avaliação do PNSR | | PNSR |
| | Elaborar e implementar um plano anual de supervisão | Nível de coordenação das actividades SR Plano Anual de Supervisão elaborado e implementado | Relatório de Supervisão | | MS./PNSR |
| | Institucionalizar a supervisão técnica externa de forma regular, sistemática | | | | |
| | Elaborar e implementar um plano anual de seguimento das actividades Realizar avaliação a meio percurso e no fim do programa | Plano Anual de seguimento implementado Nº de avaliações do PNSR | Relatório de Actividades do PNSR | | MS./PNSR MS./PNSR |

