



REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU
MINISTERIO DA SAUDE PÚBLICA
DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE PÚBLICA

**ROTEIRO PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL NA
GUINÉ-BISSAU**

Apoio Institucional na concepção do documento

OMS

UNFPA

DEZEMBRO, 2006

FICHA TÉCNICA

Equipa Nacional de Coordenação

Paulo Djata, Médico de Saúde Pública – Coordenador do Serviços de Saúde da Família

Alfredo Alves, Médico, Ginecologista – Director da Maternidade do HNSM

Antonieta Martins, Médica – Assistente Técnico do Serviço de Saúde da Família

Cândida Lopes, Farmacêutica – Responsável do programa SR do escritório de UNFPA

Augusta Fernandes Biai, Enfermeira – Responsável SR no escritório da OMS

Maran Mané, MSC, Assistente Social – Epidemiologista, DHE

Jean Peirre Umpeça, Enfermeiro – Director da DIECS

Ivone Menezes, Enfermeira – Responsável do Núcleo de Nutrição

Redacção final do documento

Tomé Cá, MSC, Estatístico – Epidemiologista, DHE

Contactos: tel: (245) 205864

TM: (245) 6648755 / 7210570

E-mail: tomeca@gmail.com

Apoio Externa da OMS

Dr. AZANDEGBE Nestor

Responsável da Divisão de SR ICP/OMS/AFRO

LISTA DE ABREVIATURAS

ABC	Associações a Base Comunitária
AIDI	Atenção Integrada às Doenças de Infância
ARO	Alto Risco Obstétrico
ASB	Agentes da Saúde de Base
CAP	Conhecimento Atitudes e Prática
CMC	Comunicação para a Mudança de Comportamento
CONU	Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência
COU	Cuidados Obstétricos de Urgência
CONUB	Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência de Base
CONUC	Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência Completo
CPN	Consulta Pré-Natal
CS	Centro de Saúde
DHE	Direcção de Higiene e Epidemiologia
DIECS	Direcção de Informação, Educação e Comunicação para a Saúde
DRS	Direcções Regionais de Saúde
HNSM	Hospital Nacional Simão Mendes
IB	Iniciativa de Bamako
IEC	Informação Educação e Comunicação
INEC	Instituto Nacional de Estatística e Censo
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LNSP	Laboratório Nacional da Saúde Pública
ME	Medicamentos Essenciais
MICS	<i>Multiple Indicators Cross Survey</i> (Inquéritos de Indicadores Múltiplos)
MINSAP	Ministério da Saúde Pública
NU	Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSB	Projecto de pesquisa em Saúde, Bandim
RH	Recursos Humanos
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SF	Saúde da Família
SMI/PF	Saúde Materna e Infantil incluindo Planeamento Familiar
SNU	Sistema das Nações Unidas
SR	Saúde Reprodutiva
TMN	Tétano Materno e Neonatal
TDR	Termos de Referência
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USC	Unidade de Saúde Comunitária
VE	Vigilância Epidemiológica
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

PREFÁCIO (SUGESTÃO)

Constituir uma família na sociedade guineense, é um dever cultural que complementa as etapas de integração social de pessoa humana. Ter um filho depois de formação da família, confirma a aceitação e a presença dos espíritos dos antepassados dos nupciais no matrimónio, por isso constitui uma bênção de Deus a esta célula da sociedade. Quando uma família, por várias razões não poder ter filho, não está somente em causa o problema de futuras mãos de obras da família quando os pais envelhecerem, mas sobretudo a preocupação de que algo espiritual pode estar errado na família ora constituída. E toda carga psicológica que daí advém, por pressão social, recai directamente sobre a mulher.

O desejo de ter um filho, mesmo fora de casamento – o que socialmente não é aceite tanto para homens como para mulheres – é tanto que leva os implicados a utilizarem todos os meios disponíveis, mesmo consciente do risco da própria vida, a fim alcançar este objectivo e estar em paz com os restantes membros da família e com toda a sociedade circundante. Neste contexto, apesar de reconhecido elevado índice de mortalidade materna, a perda de uma mulher por razões ligadas a gravidez (antes ou depois do parto) continua sendo considerada a maior praga para uma família em todos os grupos sociais que compõem a sociedade guineense.

A mortalidade materna tem sido um dos maiores problemas da saúde pública na Guiné-Bissau. O risco de uma mulher guineense morrer durante a sua vida de procriação é avaliado em 1 em cada 19 mulheres. Enquanto que nos países desenvolvidos, este valor é de 1 em cada 17 mil. Munido da vontade de garantir a vida àquelas que querem dar vidas assegurando a renovação das gerações e demografia para a continuidade da sociedade guineense, a Guiné-Bissau foi um dos primeiros países da África a assinar, ao mais alto nível, todas as convenções internacionais com vista a redução da mortalidade materna. Mas devemos reconhecer que num país com enormes dificuldades económicas as prioridades são geralmente as situações de urgências que ocupam o primeiro plano e, com isso, os grandes objectivos que exigem intervenções estruturais acabam ficando prejudicados.

Gostaria de reafirmar a todos os parceiros que este documento não só representa mais um envolvimento político do actual governo, mas significa acima de tudo o reconhecimento como um problema e a prioridade pelo estado guineense. Nesta óptica, exortamos a todos os parceiros, sem excepção, a olharem para as mulheres e sentirem solidários na luta pela defesa daquilo que consideramos do direito humano.

Contudo sem recursos financeiros a nossa vontade política é maior. Venham connosco nessa batalha de protecção das mulheres.

ÍNDICE

Ficha Técnica

Lista das abreviações

Prefácio

Índice

INTRODUÇÃO

I. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PAÍS

1.1. Situação Sócio-Demográfica e Económica

1.2. O Sector da Saúde

1.2.1. Sistema Nacional de Saúde

1.2.2. Estado de saúde da população

1.2.3. A situação da Saúde Reprodutiva

II. SITUAÇÃO ACTUAL DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL NA GUINÉ-BISSAU

2.1. Mobilidade e Mortalidade Materna

2.1.1. Factores determinantes da mortalidade materna

2.2. Mortalidade e mobilidade infanto-juvenil

III. RESPOSTA NACIONAL AOS PROBLEMAS DE SAÚDE REPRODUTIVA

3.1. Quadro organizacional: Documentos de Políticas, Programas e Estratégias

3.2. Análise da resposta nacional: Forças, Fraquezas e Oportunidades

3.2.1. Pontos fortes

3.2.2. Pontos fracos

3.2.3. Oportunidades

3.2.4. Ameaças

IV. RESUMO DOS PROBLEMAS PRIORITÁRIOS

4.1. Acessibilidade aos cuidados de saúde

4.2. Fraca qualidade dos serviços

4.3. Fraca utilização dos serviços

4.4. Fraca capacidades de coordenação das intervenções em matéria de SR

V. VISÃO E PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DA INTERVENÇÃO

5.1. Visão a longo prazo

5.2. Princípios fundamentais directivos da intervenção

VI. OBJECTIVOS

6.1. Objectivo Geral

6.2. Objectivos Específicos

VII. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

7.1. Estratégias ligadas ao problema da disponibilidade

7.2. Estratégia ligada ao reforço das capacidades dos indivíduos, das famílias e das comunidades

7.3. Estratégias ligadas a qualidade

Pacote dos serviços

VIII. MECANISMOS DE IMPLEMENTAÇÃO, SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO DO ROTEIRO

8.1. Mecanismos de implementação

8.2. Reforço da parceria, capacidades de gestão, coordenação e mobilização de recursos

8.3. Plano de lançamento e divulgação do roteiro

8.4. Seguimento e avaliação

8.4.1. Instrumentos de seguimento

8.4.2. Modalidade de seguimento e avaliação

8.4.2.1. A Nível Central

8.4.2.2. Nível Regional

8.5. Plano de perenização

PLANO DE ACÇÃO 2007 – 2009

Quadro lógico

Quadro resumo dos indicadores de avaliação do roteiro

Plano de seguimento e avaliação

Quadro resumo do orçamento estimativa até ao ano 2009

ANEXOS

Detalhes do orçamento estimativa

Lista de equipamentos e materiais médicos para os serviços de CONU

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna tem sido um dos maiores problemas da saúde pública na Guiné-Bissau. As informações de várias fontes disponíveis no país, apontam para um dos mais elevados índices de mortalidade do mundo. Neste contexto as autoridades nacionais tem-se mostrado preocupadas com a situação, reconhecendo as limitações actuais do país para fazer face a essa situação.

A problemática da mortalidade materna, não é uma questão limitada às autoridades nacionais da Guiné-Bissau. Em 1987 foi realizada, em Nairobi, uma conferência internacional sobre a mortalidade materna que juntou toda a comunidade internacional para manifestar a sua solidariedade com os países em desenvolvimento na questão de mortalidade materna e lançou a iniciativa “Maternidade Sem Risco”. Tanto a Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento de Cairo (1994) como a Quarta Conferência Mundial de Bejing sobre a Mulher (1995) foram unânimes em fixar, como um dos objectivos mundiais, a redução da mortalidade materna em metade até ao final do ano 2015.

Para responder aos desafios de todas essas iniciativas, a Guiné-Bissau experimentou várias estratégias com o objectivo de prognosticar as complicações obstétricas que conduzem a morte. Dessas estratégias, destacam-se o reforço da consulta pré natal, a criação das unidades comunitárias de saúde e formação de parteiras tradicionais (matronas); abertura de casa de mãe para passagem de mulheres identificadas como ARO e, o desenvolvimento das acções de educação sanitária (IEC). Apesar de todas essas intervenções, a mortalidade materna não tem tido grandes recuos desde os anos 90 até a presente data.

Demonstrando o reconhecimento da questão da mortalidade materna (MM) como um verdadeiro problema de saúde pública, o Documento Nacional para Redução da Pobreza (DENARP), em concordância com os ODM, o Fórum sobre a redução da mortalidade materna e neonatal (MMN) na África Ocidental e Central – visão 2010 – definiu, entre outros, os objectivos de reduzir, em 2/3, a mortalidade infantil (MI) e infante juvenil (<5 anos) e em 3/4 a mortalidade materna (MM) até ao ano 2015.

Preocupados com os objectivos traçados na Cimeira do Milénio, o grupo de trabalho da África Sub-Saariana reunido em Dakar em Outubro de 2003, solicitou o envolvimento dos parceiros na definição de um roteiro com as estratégias específicas visando proporcionar maior dinâmica no processo de redução da mortalidade materna e neonatal. A inovação é que o roteiro para a redução da mortalidade materna e neonatal, constitui um instrumento de consenso entre todos os parceiros sobre as vias a seguir nos próximos 10 anos, para acelerar as acções com vista o alcance do OMD – As acções devem focalizar os serviços de saúde e a comunidade tendo sempre em conta o binómio inseparável “*mãe & recém-nascido*”. Por isso, constitui uma oportunidade para mobilização dos recursos de todos os parceiros envolvidos na problemática. O roteiro para a redução da mortalidade materna e neonatal coloca como objectivos:

- Prestar assistência qualificada durante a gravidez, o parto e o período pós-natal, a todos os níveis do sistema de prestação dos cuidados de saúde
- Reforçar as capacidades dos indivíduos, das famílias e das comunidades, para melhorar a saúde materna e dos recém-nascidos

Em Abril de 2005 foi lançado, oficialmente, o roteiro no país com a participação de todos os parceiros interessados na questão da redução da MMN. Em seguida, o Ministério da Saúde Pública criou uma equipa de coordenação multisectorial e multidisciplinar encarregue de conduzir o processo da elaboração do roteiro. O Atelier de formação de facilitadores nacionais dos países lusófonos organizado em Maputo, Moçambique, pela OMS em Junho de 2006, com o objectivo de acelerar o processo de desenvolvimento e implementação do roteiro nos países africanos de língua oficial portuguesa, veio a dar nova dinâmica ao processo que culminou com a elaboração do presente documento.

O presente documento é dividido em duas partes. A primeira parte é destinada a análise da situação e contempla 4 capítulos. O primeiro capítulo descreve, de modo geral, a Guiné-Bissau, essencialmente as características geográfica, económica, sociocultural e demográfica. O sector da saúde incluindo o estado de saúde da população e, especificamente, as questões de saúde reprodutiva foram descritos ainda neste primeiro capítulo.

A mortalidade materna e neonatal ocuparam o capítulo dois e foram analisados, em detalhes mediante as informações disponíveis, as principais determinantes de morbilidade e mortalidade materna e neonatal.

No capítulo 3, foi analisada a resposta nacional aos problemas de saúde reprodutiva de uma forma geral. As forças, fraquezas e oportunidades ao quadro da resposta nacional foram ressaltados detalhadamente.

Para finalizar essa primeira parte, o capítulo quatro ficou destinado ao resumo dos problemas prioritários a fim de permitir uma ligação com as estratégias que vão ser escolhidas para orientar as intervenções até ao ano 2015.

A segunda parte do documento inicia-se com a visão e princípios que fundamentam a intervenção do presente roteiro. Os capítulos 6 e 7 são destinados a descrição dos objectivos e estratégias respectivamente. São 3 objectivos específicos e cada um contempla uma série de acções estratégicas para a sua realização.

Finalmente o documento fecha com os capítulos 8 e 9 dedicados ao mecanismo de implementação, seguimento e avaliação e orçamento estimativa do roteiro até ao ano 2009.

Na parte dos anexos, encontram-se cinco importantes quadros: o primeiro descreve os resultados esperados para cada objectivo específico e respectivos indicadores de seguimento e avaliação. O segundo quadro é o quadro das actividades programadas para permitir realizar a cada resultado esperado que vai contribuir para o respectivo objectivo específico. No terceiro quadro são apresentadas as actividades de seguimento e avaliação. O quadro lógico aparece para fechar esta parte do plano estratégico. Por fim, é apresentado o plano de acção para o período 2007 – 2009.

I. GUINÉ-BISSAU: CARACTERÍSTICAS GERAIS

1.1. Situação Sócio-Demográfica e Econômica

A Guiné-Bissau fica situada na Costa Ocidental do continente africano. A sua superfície é de 36.125 km². O país é limitado ao norte pela República do Senegal, ao sul e leste pela República da Guiné e a oeste pelo Oceano Atlântico.

O território da Guiné-Bissau é constituído por uma parte continental e outra insular. Esta última abarca todo o território do Arquipélago dos Bijagós, composto por cerca de nove dezenas de ilhas e ilhéus dos quais só 17 estão povoadas.

Com base nos dados do censo de 1991, a população da Guiné-Bissau é estimada em cerca de 1.388.000 habitantes para o ano 2006. Segundo o último o referido censo geral, 69% da população vivem no meio rural. A capital, Bissau, alberga cerca de 24% da população do país apresentando uma taxa de crescimento, entre os dois últimos censos de 5,7%. A Guiné-Bissau é caracterizada por uma população muito jovem: cerca de 48% da população tem menos de 15 anos de idade e 63,3% com menos de 25 anos. As crianças menores de cinco anos representam cerca de 17% do total da população. As mulheres correspondiam, em 1991, 51,7% da população.

A população guineense é caracterizada por uma diversidade étnica considerável. Não existe um consenso sobre o conceito e o número das etnias no país. Os dados variam de autor para autor, oscilando geralmente entre dez e trinta etnias¹. No entanto, cinco grupos étnicos representam mais 85% do total da população (Fula - 25.4%², Balanta - 24.6%³, Mandinga - 13.7%, Manjaco - 9.3%, e Pepel - 9,0).

A Existência de grande diversidade étnica determina a Existência de um mosaico linguístico. O crioulo é considerado a língua nacional sendo o elo de comunicação entre pessoas de diferentes grupos étnicos. No entanto uma boa parte da população, sobretudo nas zonas rurais do país, não consegue comunicar em crioulo, constituindo, por isso, um obstáculo no relacionamento entre os prestadores de cuidados e certos grupos populacionais. Embora o português, a língua oficial, este é pouco falado, sendo utilizado somente nos meios oficiais e por um pequeno número de guineenses escolarizados. O analfabetismo, entre as pessoas com mais de 7 anos de idade, foi de 71% (59% nos homens e 82% nas mulheres) – censo de 1991.

A Guiné-Bissau é, pela constituição um país laico. No entanto existem três grupos religiosos: muçulmanos (46%), animistas (36%) e cristãos (15%).

No plano económico, o país conheceu enormes dificuldades, efeitos do conflito político militar surgido em 1998. A balança de pagamento é deficitária marcada por uma forte dependência de importação e elevada dívida externa. O sector privado é pouco desenvolvido e foi profundamente abalado com o conflito militar de 1998. O índice do desenvolvimento humano coloca a Guiné-Bissau na 156ª posição em 2001, o PIB por habitante estimada a 238 USD. A esperança de vida à nascença é de 44 anos (NU-1997); quanto ao nível de educação de base a taxa bruta de escolarização situa-se em 75% em 2001 para os rapazes, 46% para as raparigas sendo 24% nas áreas rurais.

O conflito armado que durou de 1998 a 1999 e a instabilidade política vivida até então, contribuiu para a degradação das condições de vida das populações donde 49% vivem abaixo do limiar de pobreza (menos de 1 dólar por dia). Com efeito, estima – se que mais de 60% da população é pobre, ou seja 3 em cada 5 pessoas, das quais 1/5 vive em Bissau. Os muito pobres representam mais de 20% da população e estão essencialmente concentrados nas zonas rurais.

¹Etnia, é entendida como uma entidade caracterizada por uma mesma língua, uma mesma tradição cultural e histórica, pela ocupação de um mesmo território, por uma mesma religião e sobretudo pela consciência colectiva de pertença a essa comunidade (LOPES, 1983:33)

²) Foi utilizado o critério de junção dos seis sub-grupos de fula que aparecem separados no censo populacional num único grupo Fula: fula, fula de boé, futa fula, fula toro, fula de toro, fula preto.

³ Caso Balanta, o critério foi o mesmo: a junção dos Balanta e Balanta Mané num único grupo.

1.2. O Sector da Saúde

1.2.1. Sistema Nacional de Saúde

No que concerne ao sistema de saúde, o país está organizado em três níveis (central, regional/distrital e local), cuja orientação política é baseada nos princípios dos cuidados primários de saúde. O nível central é constituído pelos serviços centrais do Ministério, um hospital nacional e os centros de referência especializados. O nível regional ou distrital é constituído por 11 regiões sanitárias com 4 hospitais regionais (Bafatá, Cacheu, Gabu e Tombali), que constituem o primeiro nível de referência. Cada região está sob a responsabilidade de uma direcção apoiada por uma equipa regional de saúde. O nível local é organizado em 114 áreas sanitárias. Cada área dispõe, pelo menos, de um centro de saúde sob responsabilidade de um enfermeiro ou médico segundo o tipo (C, B ou A) podendo contemplar alguns postos de saúde. É considerado o nível mais operacional do sistema, por isso, o mais próximo da comunidade cujo papel é de oferecer o pacote mínimo de actividades (PMA) previsto no quadro dos cuidados primários de saúde. Este PMA é constituído por consultas curativas que inclui, entre outros, medicamentos essenciais, diagnóstico e tratamento das IST, actividades preventivas (PAV incluindo a suplementação em micronutrientes, CPN e pós-natal, PF, seguimento de crescimento da criança) e actividades de promoção de saúde. Para fazer face aos problemas de coordenação e gestão da Saúde Reprodutiva foi criado o serviço da Saúde da Família (SF) na Direcção dos Cuidados Primários da Saúde, sendo uma das áreas mais prioritárias do sector da saúde, o que por si, representa um meio caminho para a priorização do programa de SR. De salientar que o serviço da Saúde da Família, encontra-se também com problemas de recursos humanos em quantidade e qualidade.

As estruturas de saúde em geral funcionam de forma precária e com muitas deficiências em termos de pessoal e suficiente e de qualidade além de falta de equipamentos e materiais para responder às necessidades das populações. Por outro lado as irregularidades no seu funcionamento (cobranças ilícitas de serviços) afectam sobretudo as estruturas do nível mais diferenciado fazendo que o acesso aos hospitais é mais difícil que aos centros de saúde.

Além dos estabelecimentos de saúde oficiais, existem estabelecimentos comunitários num total de 660 Unidade de Saúde de Comunitária (USC). Os Agentes da Saúde de Comunitária (ASC) e as matronas foram treinados no tratamento de febres, para a administração de analgésicos e cloroquina, sobretudo, às crianças e na assistência de partos simples podendo detectar sinais de Alto Risco Obstétrico (ARO) nas grávidas e encaminhá-las para os estabelecimentos mais próximos. A maioria destes estabelecimentos encontra-se paralisada.

O funcionamento, do sistema nacional de saúde depende das ofertas do exterior e de alguns parceiros internos. No seu orçamento anual de funcionamento, cerca de 90% provém das ajudas de parceiros. A proporção da previsão do Orçamento Geral do Estado (OGE) para o sector da saúde não ultrapassa 8%. Tudo isso faz com que o orçamento para o funcionamento do MINSAP seja determinado pela disponibilidade financeira dos parceiros e nunca de uma análise das necessidades reais. Em consequência, o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) elaborado em 1997, nunca conseguiu respeitar o ciclo de planificação estabelecido o que permitiria avaliar as acções desenvolvidas e reprogramar em consequência com os seus parceiros.

Em relação aos recursos humanos, há a salientar a excessiva concentração de pessoal técnico nos meios urbanos e semi-urbanos em detrimento dos meios rurais chegando mesmo alguns centros de saúde a não funcionarem por falta de um único enfermeiro mesmo auxiliar. Apesar das orientações definidas no PNDS quanto a política de pessoal, os poucos RH existentes, não têm sido capacitados e sua colocação/distribuição é muito arbitrária. O que contribui para a desmotivação e consequente má qualidade de prestação de serviço.

1.2.2. Estado de saúde da população

Após o conflito político-militar de 1998, o quadro epidemiológico do país não se alterou, mas é marcado pelo agravamento das patologias habituais e emergentes. Os principais motivos de consultas nos estabelecimentos continuam sendo o paludismo (49% a 60% das consultas), doenças respiratórias agudas (cerca de 10%) e doenças diarreicas (cerca de 5%).

A proporção das IST nas consultas de adultos chega a atingir mais 6%. A prevalência do VIH-1 na população grávida aumentou drasticamente nos últimos anos. Enquanto os estudos sentinelas sucessivos mostram declínio da prevalência de VIH-2, o VIH1 sobe de 0,4% em 1989, para 5,1% em 2002/03 nas parturientes do HNSM sendo que nos anos de conflito (1998 e 1999) o aumento da infecção foi de 1,35 pontos percentuais ao ano (LNSP, 2001).

A crise de água potável nos últimos tempos tem aumentado o risco de aparecimento de doenças infecciosas de origem hídrica, nomeadamente a cólera⁴, disenterias, salmoneloses, hepatites e outras doenças diarreicas.

A proporção da malnutrição grave nas crianças menores de cinco anos notificada a partir dos centros de saúde chega a atingir 17%. Por outro lado, um estudo realizado em 1999 em Bissau mostrou uma prevalência da malnutrição grave de 10% nas crianças menores de cinco anos.

Há poucas informações a respeito da mortalidade geral no país e as que existem são pouco fiáveis. Os sistemas de estatísticas vitais não funcionam. A maior parte das doenças e óbitos ocorrem fora dos serviços de saúde e por isso escapam os registos destes. Para obter informações mais abrangentes sobre a mortalidade, tem-se servido de diferentes fontes e, às vezes, muito contraditórias sobre mortalidade específica. Contudo, todas estas diferentes fontes de informação colocam a Guiné-Bissau no lugar de um dos mais elevados índices de mortalidade no mundo.

Os dados de seguimento realizado nas principais regiões do país, demonstram que cerca de 1/3 (um terço) das crianças morre antes de completar 5 anos de idade (318/1.000) e 135/1.000 nv morrem antes de 1 ano de idade. A mortalidade neonatal é, actualmente em cerca de 55/1.000 nv. As estimativas feitas em 2000, estimam a mortalidade materna na ordem dos 818/100.000 nv.

1.2.3. A situação da Saúde Reprodutiva

O conceito da Saúde Reprodutiva (SR) começou a ser introduzido na Guiné-Bissau em 1997 com a realização do primeiro simpósio nacional sobre a SR em cumprimento das recomendações do plano de acção da Conferência de Cairo.

Apesar do objectivo de contribuir para melhorar a situação socio-económica e o “bem-estar” da população da Guiné-Bissau, visando assim, reforçar o sistema nacional de saúde de forma a responder as necessidades gerais e específicas em matéria dos cuidados de saúde, a questão de Saúde Reprodutiva não foi suficientemente tratado no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS).

A fecundidade continua elevada com o índice sintético de 6,8 crianças por mulher sendo 7,8 no meio rural. A taxa de prevalência contraceptiva é estimada em 7,6% todos os métodos (modernos e tradicionais), somente 4,6% para os métodos modernos. As diferenças entre meio urbano e meio rural são importantes; 10% em meio urbano e 1,2% em meio rural e entre os níveis de instrução (1,8% entre aquelas sem nenhuma instrução contra 20,9% nas mulheres com pelo menos o nível secundário) segundo os dados de MICS 2000.

Quase não existem informações sobre a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens. Nos últimos anos com o apoio de alguns parceiros interessados na questão (como é o caso do Fundo das Nações Unidas para a População - UNFPA) começaram a funcionar alguns serviços importantes de

⁴ Já se registaram sete epidemias de cólera nos anos de 1986, 1987, 1994, 1996 e 2002, 2004 e 2005. A última epidemia aconteceu em Junho de 2005 e em 5 meses registou uma incidência recorde comparada com todas as outras epidemias anteriores.

SR dos Jovens sobretudo nos grandes centros urbanos. O inquérito CAP realizado em 2006 junto dos jovens com idade entre 15 e 24 anos, mostrou que cerca de 95% das raparigas e 91% dos rapazes já estavam sexualmente activos. Já em 1998, o inquérito sobre a situação da mãe e das crianças mostrou que 68,4% das mulheres tinham tido o primeiro filho antes de completar 19 anos de idade sendo que a maioria delas ficou grávida com 16 anos. Em 2002 foi feito um levantamento entre 1500 jovens de ambos os sexos (12 aos 25 anos de idade) residentes de Bissau e foi constatado que, aos 15 anos de idade, mais de metade dos jovens tinham começado a actividade sexual, sendo que a idade média do primeiro filho foi de 18 anos. Aos 25 anos de idade, cerca de 69% das raparigas tinham, pelo menos, 1 filho.

As gravidezes não desejadas constituem um forte apanágio da condição de saúde das adolescentes e jovens. Em um mês de levantamento, foram registrados 149 abortos voluntários numa única clínica privada em Bissau (uma forma clandestina, por não ter autorização para tal), dos quais 144 afirmaram que não queriam essa gravidez. Apesar disso, não utilizavam nenhum método de contracepção ou porque não sabiam como fazer ou porque o parceiro não aceitava. Mas é sabido que a maioria de casos de abortos nessa idade ocorre, clandestinamente, em meios domiciliares.

As infecções sexualmente transmissíveis constituem entre as outras, uma das primeiras causas de consultas médicas entre os adultos com mais de 15 anos de idade. Em 2002, 12% dos adolescentes e jovens (12 e 25 anos) residentes em Bissau, afirmaram ter tido já alguma IST na sua vida sexual.

O último estudo sentinela realizado entre as grávidas durante as consultas pré-natais, mostrou que 4% tinham o VIH1 e 2,6% o VIH2. As regiões economicamente mais activas eram as que tinham maior prevalência do VIH1 (5,8% em Bafatá e 3,9% em Gabú contra 2,2% em Cacheu). O mais preocupante é que nas regiões com maior prevalência de VIH1, são as jovens, até 24 anos de idade, as mais atingidas. Mas a grande maioria destes jovens, sobretudo as raparigas nunca tomaram nenhuma medida de precaução para evitar a infecção por VIH.

Não há informações oficiais sobre a proporção da mutilação genital feminina. Contudo, sabe-se que essa prática é muito vulgar e bem ligada a forma de vida de uma boa parte da população guineense. Ela é específica das etnias que praticam a religião muçulmana, representadas pelas etnias fula e mandinga com cerca de 40% da população total.

II. SITUAÇÃO ACTUAL DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL NA GUINÉ-BISSAU

2.1. Morbilidade e Mortalidade Materna

As informações sobre a mortalidade materna são escassas e contraditórias. No ano 2000, a mortalidade materna se situava na ordem dos 818/100.000 NV (PSB), Enquanto que, o inquérito MICS apontava a mortalidade materna na ordem dos 349/100.000 NV. Recorda-se que um inquérito realizado em 1991 pela OMS, indicava que a mortalidade materna era de 914/100.000 NV. O sistema de estatísticas vitais não funciona.

Os registos da Maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM), referentes ao ano 2000, demonstram um ratio mortalidade materno intra-hospitalar de 1.279/100.000 nv. Já em 2002, no quadro do estudo de Cuidados Obstétricos de Urgência, realizado a nível nacional, demonstrou uma letalidade por complicações obstétricas de 6,9% contra 1% tolerado a nível internacional.

As principais causas das complicações obstétricas identificadas durante o período do estudo sobre os Cuidados Obstétricos de Urgência foram: as complicações de abortos, hemorragias (ante/pós parto) e eclâmpsia

A proporção de partos assistidos são muito baixos 29% em 2002 e 30% em 2005 o que faz que a probabilidade das mulheres com complicações obstétricas sejam atendidas e tratadas num serviço de COU seja muito baixa. Outrossim a procura de serviços de parto é muito tardia contribuindo assim para a grande letalidade nos serviços de saúde e a um número desconhecido de sequelas de complicações de parto e abortos. Esta situação deve-se à fraca disponibilidade e qualidade de

serviços de COU e a outros factores sócio culturais.

Bem que a disponibilidade de serviços de COU de qualidade seja importante na ocorrência e da mortalidade materna na Guiné-Bissau, há ainda outros problemas que contribuem para a mortalidade materna elevada: pobreza, analfabetismo elevado nas mulheres, estatuto social inferior das mulheres, alimentação inadequada, o transporte para os serviços de COU e ou de referencia e a fertilidade elevada 6.8 filhos por mulher com o risco de morrer durante a vida fértil de 1 em cada 19 mulheres.

A fertilidade elevada é um dos problemas que tem contribuído bastante para o aumento da mortalidade materna visto que quanto mais vezes uma mulher engravida maior o risco de fazer uma complicação e morrer. A redução da incidência de complicações obstétricas não é possível uma vez que não podemos prever quais as mulheres que vão fazer uma complicação obstétrica mas é possível reduzir o risco de fazer uma complicação diminuindo o número de vezes que a mulher engravida, e fazer o seguimento e tratamento correcto das complicações. Assim, o planeamento familiar com vista a reduzir o número de gravidezes, o espaçamento e as gravidezes não desejadas é uma alternativa valida na redução da mortalidade materna.

Na Guiné Bissau a prevalência contraceptiva é de 4.6, muito baixo em relação ao mínimo desejado 10%. Em consequência a fertilidade é muito elevado 6.8 filhos por mulher e o número de abortos e suas complicações também elevados; Apesar do aborto médico até 12 semanas ser legal na Guiné-Bissau verifica-se que a maioria ocorre em mas condições de higiene fora dos estabelecimentos de saúde. Por outro lado os serviços de saúde não possuem condições adequadas para permitir o acesso sobretudo das jovens ao aborto medicalizado. As fistulas obstétricas são das sequelas de complicações do parto previsíveis mas pouco evidente na Guiné-Bissau uma vez que há uma fraca organização dos serviços de saúde para detectar e tratar essa patologia. Por essa razão as informações são muito escassas e concentradas unicamente no HSM não permitindo conhecer a amplitude desse problema. Não existe até então nenhuma estratégia para reduzir os danos psicossociais do problema.

2.1.1. Factores determinantes da mortalidade materna

A situação do elevado nível de mortalidade materna na Guiné-Bissau, estará fortemente ligada a um conjunto de factores sociais destacando-se, entre outros, os seguintes:

- O estatuto da mulher na sociedade guineense. A mulher é sempre relegada ao segundo plano, sobretudo na tomada de decisão mesmo em relação a sua vida sexual e reprodutiva. Devido ao seu papel secundário na sociedade, a mulher não é detentora de poderes económicos, mesmo estando a produzir maior rendimento para a família, cabe ao marido tomar decisões sobre como estes recursos serão utilizados no seio do agregado, incluindo a sua utilização em caso de necessidade para a procura dos serviços de saúde;
- O elevado nível de analfabetismo da mulher não lhe permite ter acesso às informações úteis em matéria de SR;
- A pobreza que caracteriza a sociedade guineense de uma forma geral, é mais notória nas mulheres em consequência do papel social que lhe é reservado;
- O acesso limitado aos serviços de SR devido à conjugação de muitos outros factores, nomeadamente, o seu estatuto social (não pode decidir livremente de ir a procura do serviço sem que o marido lhe autorize), fraco poder económico (mesmo tendo decidido ir, não terá meios financeiros para o fazer), analfabetismo (que facilita a tomada de certas práticas e crenças tradicionais em prejuízo da procura dos serviços de SR e dos cuidados de saúde em tempo útil), etc. Por outro lado, a distribuição dos serviços de COU funcionais, é muito desigual sobretudo nos meios rurais. A proporção de partos assistidos em 2003 foi de 29% e em 2005 esse indicador mantém em 30%
- O acesso aos serviços de saúde é, muitas das vezes, muito dificultada por falta de meios de transporte, de comunicação e de custo. Como as decisões de procurar serviços são tomadas muito

tardamente, o caso pode terminar em morte antes de poder receber os cuidados de que precisa;

➤ A avaliação feita em 2002 demonstrou a fraca qualidade dos serviços de COU, onde somente 13% dos serviços tinham condições mínimas exigidas para um serviço de COU efectivo (CONUB e CONUC); tudo isso pode ser explicado pela falta de recursos materiais, medicamentos e sobretudo de recursos humanos. A política de prestação de cuidados de saúde não autoriza a utilização dos medicamentos injectáveis utilizáveis em COU pelos técnicos não médico (parteiras ou enfermeiros), o que constitui constrangimento ao tratamento das complicações obstétricas nos serviços de CONUB sendo esses os únicos técnicos afectos a estes serviços;

➤ O atraso na utilização dos serviços, sobretudo os serviços de COU. A tomada de decisão para a procura dos serviços muitas das vezes acontece depois de esgotados todos os ritos tradicionais o que poderá ser fatal devido aos atrasos. Verifica-se um fraco engajamento da comunidade nos problemas de SR, em solidariedade com a mulher grávida, em caso de complicações graves que possam causar a sua vida;

2.2. Mortalidade e morbilidade infanto-juvenil

Os níveis elevados de mortalidade infantil e infanto-juvenil continuam a ser um problema de saúde pública.

A taxa de mortalidade infantil, estimada a partir de dados de seguimento nas regiões e em Bissau para o ano 2005, é de 135/1000. 55 em cada 1000 crianças nascidas com vida morrem antes de completar os primeiros 30 dias de vida. Até aos 5 anos de idade, cerca de 1/3 das crianças que nasceram vivas morrem. Estes níveis de mortalidade são considerados extremamente elevados e variam entre as regiões e etnias.

A prevalência de baixo peso a nascença é elevada. Segundo os dados do sistema nacional de informação sanitária, recolhidos entre os partos assistidos nas estruturas sanitárias, este indicador varia de 12% a 21% entre as regiões.

As principais causas de morbilidade infantil juvenil são o paludismo (mais de 50% de todas as procuras de serviço de saúde a todos os níveis e mais de 64% das causas de óbitos na Pediatria do Hospital Nacional Simão Mendes), as doenças respiratórias agudas (11%), doenças diarreicas agudas, tuberculose, lepra, esquisostomiase, oncocercose, sarampo, malnutrição e tétano neonatal. A epidemia do SIDA tem-se tornado preocupante como determinante da morbi-mortalidade infantil.

A malnutrição revela ser também um problema importante, podendo estar relacionada com erros alimentares e/ou falta de acesso a alimentos adequados a essa faixa etária.

Os cuidados prestados aos RN nos serviços de COU a nível nacional são de baixa qualidade, devido a fraca formação dos técnicos neste domínio e a falta de material e equipamentos específicos. O único serviço de neonatologia existente no país funciona no HNSM e revela deficiência em termos de qualificação técnica do pessoal. O único médico neonatologista é expatriado; não existe nenhum nacional.

III. RESPOSTA NACIONAL AOS PROBLEMAS DE SAÚDE REPRODUTIVA

3.1. Quadro organizacional: Documentos de Políticas, Programas e Estratégias

A mortalidade materna é considerada, pelas autoridades nacionais da Guiné-Bissau, como um verdadeiro problema de saúde pública, o que tem suscitado reacções activas do MINSAP.

Esta vontade política encontra-se expressa no DENARP que aderiu as orientações dos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio e retoma como objectivos os seguintes:

Reduzir de 2/3 a taxa da mortalidade infantil de (124 à 48 /1000 em 2015)

Reduzir de 2/3 a taxa da mortalidade infanto – juvenil de (2/3 à 80 /1000 em 2015)

Reduzir de 3/4 a taxa da mortalidade materna de (700 à 525 /1000 NV em 2015)

As estratégias eleitas para alcançar estes objectivos passam pelo aumento da cobertura e melhoria de qualidade dos cuidados primários e de referência com particular atenção os COU.

Os eixos estratégicos e essenciais definidos pelo Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) são: 1) melhoria da cobertura, da qualidade e da utilização dos serviços de cuidados primários e de referência; 2) reforço das capacidades institucional e de gestão a todos os níveis do sistema de saúde; 3) reforço da gestão e melhoria da formação dos recursos humanos. O Documento sobre a Política da Saúde Reprodutiva defende como princípio: a universalidade de cobertura, equidade no acesso, integridade na prestação de cuidados, optimização dos recursos, descentralização administrativa e técnica, utilização de critérios epidemiológicos para tomadas de decisões, complementaridade e participação.

O documento da Política Nacional de População, cujas prioridades recaem sobre o estatuto da mulher, a segurança alimentar, combate às principais causas de morbilidade e de mortalidade dos grupos mais vulneráveis e a promoção do desenvolvimento humano, retoma os objectivos traçados no OMD e define estratégias prioritárias entre as quais as da redução da mortalidade materna e infantil.

Nos documentos de política e de orientação referidos, a questão da redução da mortalidade materna não mereceu programação estratégica específica pois essa questão sempre foi abordada de forma integrada no pacote dos cuidados primários de saúde e que pode estar na base da fraca melhoria desse indicador, uma vez que o sistema nacional de saúde tem vindo a funcionar com muita irregularidade no que diz respeito aos recursos para responder as necessidades do sector.

Apesar das programações e implementação dos planos operacionais não são cumpridas e as suas avaliações quase inexistentes que não permite uma reorientação das actividades em função da situação do sector. Esta situação permite com que os parceiros não convirjam as suas acções para os domínios prioritários.

3.2. Análise da resposta nacional: Forças, Fraquezas e Oportunidades

Analisando o quadro de resposta nacional aos problemas de SR, consubstanciado com a priorização e diferentes programas de intervenção na área de SR desde a conferência de Alma Ata, conclui-se que as questões da saúde materna e infantil, sempre foram colocadas como uma das maiores prioridades de intervenção. Alguns aspectos merecem ser realçados tendo em conta a diminuição da mortalidade materna e infantil.

3.2.1. Pontos fortes

Existência de vários documentos de Políticas, programas e projectos concorrendo para o mesmo objectivo:

- Existência de documentos da política nacional e do programa de SR, estratégia nacional para a eliminação do TMN
- Existência de estruturas de saúde em todo o território nacional
- Existência de um documento actual de análise sobre a situação dos COUs
- Em curso o projecto de reforço da oferta dos serviços de SR de qualidade em todas as regiões do país excepto ilhas incluindo o reforço de cuidados pós-aborto
- A implementação da estratégia AIDI e a estratégia acelerada para redução da mortalidade infanto-juvenil em algumas regiões

3.2.2. Pontos fracos

- As estruturas de saúde em precárias condições de manutenção;

- Falta de equipamentos e materiais para a prestação de cuidados de qualidade;
- Impossibilidade normativa de utilização dos injectáveis utilizáveis nos serviços de CONU por parteiras/enfermeiras;
- Recursos humanos em quantidade e qualidade insuficiente;
- Desmotivação generalizada do pessoal técnico devido aos baixos e irregulares salários, a falta de carreira profissional, etc;
- Gestão deficiente dos serviços de prestação de cuidados básicos de saúde incluindo CONU;
- Existência de práticas de cobranças ilícitas a custos elevados dos serviços de CONU;
- Concentração de quadros técnicos nos centros urbanos em detrimento das zonas periféricas;
- As vias e meios de comunicação em precárias condições de conservação;
- Apesar de variadíssimas iniciativas de intervenção que compõem todo o quadro de resposta nacional, o acesso às informações pelos grupos alvos continua insuficiente. Por exemplo, na maior parte das vezes, as acções de IEC/SR realizadas nas estruturas de saúde são feitas em situações pontuais e por pessoal sem a devida preparação; Verifica-se uma ausência de informações específicas para cada grupo alvo. Isto é, os determinantes dos comportamentos de cada grupo específico, tipo de mensagens e linguagens que poderiam ter maior sensibilidade dos grupos específicos,

3.2.3. Oportunidades

Apesar da constatação de diversos inconvenientes no processo de implementação das actividades de promoção de SR, existem perspectivas favoráveis a obtenção de resultados positivos na sua globalidade. No ponto de vista político e estrutural, os problemas de SR não só foram classificados de prioridades nacionais, como também objectos de documentos das políticas, programas e estratégias que, por si, oferecem condições para a coordenação das iniciativas em matéria de redução de mortalidade materna e neonatal. É de realçar a respeito, documentos tais como:

- Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza (DENARP) que escolheu o sector social como a prioridade da sua intervenção, entre outros, a redução da mortalidade materna e infantil, luta contra o VIH/SIDA e o paludismo, etc;
- Plano Estratégico Nacional de IEC/SR
- Importante realçar que a luta contra o VIH/SIDA assim como o paludismo que contemplam acções concretas com a saúde da mãe e do recém-nascido, estão sendo suportados pelo Fundo Global, pelo menos, até ao ano 2009. Neste momento, estão em curso acções determinantes na redução da mortalidade materna e neonatal no quadro desses programas tais como: a prevenção do paludismo nas grávidas crianças menores de 5 anos através de distribuição de mosquiteiros impregnados e acções de tratamento profilácticos, assim como o programa de prevenção da transmissão vertical que inclui a atenção integral de mãe seropositiva.

Outras condições favoráveis, consistem na:

- Existência de numerosas ONGs e Associações de base Comunitárias disponíveis a contribuir para a promoção de SR;
- Disponibilidade dos parceiros de cooperação internacional da Guiné-Bissau (OMS, UNFPA, UNICEF, Plan Guiné-Bissau, etc.), em apoiar a promoção das actividades de SR;
- Existência de rádios nacional, privados e comunitários para o desenvolvimento das intervenções mediáticas de qualidade uma vez que mais de 90% dos agregados familiares têm um aparelho de rádio. Basta para isso, que haja engajamento firme do governo em determinar a obrigatoriedade dos tempos de antenas em programas de saúde com fins públicos visando promover a boa saúde da população

3.2.4. Ameaças

O sucesso das intervenções programadas e executadas pelo Ministério da Saúde, não depende exclusivamente das capacidades organizativa e operativa dessa instituição; existem factores que se não forem resolvidas, poderão dificultar a eficácia das acções programadas.

Entre estes factores, destaca-se:

- Instabilidade política e institucional com que a Guiné-Bissau tem sido caracterizado nos últimos anos;
- Fraco envolvimento de alguns sectores públicos
- Baixos e irregulares salários do pessoal técnico nas estruturas de prestação de cuidados;
- Persistência de preconceitos e práticas tradicionais nefastas a SR no seio da maioria da população.
- Fraca consciência dos homens em relação aos riscos de vida inerentes a maternidade e, consequentemente, seu pouco envolvimento nos problemas de SR, mantendo no entanto forte poder de decisão mesmo em relação aos problemas de SR

IV. RESUMO DOS PROBLEMAS PRIORITÁRIOS

Não podendo obviamente fazer face a todos os problemas estruturais e sociais ligados à mortalidade materna este roteiro focaliza as suas intervenções em problemas associados à ao acesso aos serviços COU

4.1. Acessibilidade aos cuidados de saúde

Apesar da avaliação de 2002 ter aparentado uma cobertura de serviços de COU razoavelmente aceitável⁵ (devido ao tamanho da população guineense), a avaliação da acessibilidade geográfica demonstra que mais de 40% da população vive para além do raio de 5 km da estrutura de saúde mais próxima. A mesma avaliação dos serviços de COU em 2002 demonstrou que em caso de necessidade de evacuações de urgência, pode levar até 48 horas entre a origem de evacuação e o destino. Nestas condições, é urgente disponibilizar os serviços de COU efectivos o mais próximo possível dos usuários e minimizar o tempo de evacuação. Por outro lado, a maioria das estruturas de prestação de cuidados não funcionam com pessoal mínimo requerido.

4.2. Fraca qualidade dos serviços PF, fistulas, HVI/SIDA

Os serviços oferecidos não têm a devida qualidade. Por exemplo, em cada 100 casos de complicações obstétricas que chegam aos serviços de saúde, cerca de 7 falecem. Enquanto que o nível tolerado desse indicador é, no máximo de 1%. Muitos serviços básicos não são disponíveis nas estruturas de primeiros contactos. Além disso, verifica-se uma acentuada desmotivação do pessoal técnico e consequente negligência sistemática em casos de emergência que acabam terminando em mortes. No plano técnico, não há um sistema de auditoria das mortes por isso, o pessoal não é responsabilizado em caso de mortes maternas e neonatais, mesmo por negligência evidente. A difusão dos documentos sobre as normas e procedimentos aprovados é, de um lado insuficiente, mas de outro lado, são constantemente negligenciados lá onde se encontram distribuídos. Os serviços de neonatologia são quase inexistentes em todas as estruturas de prestação de cuidados por falta de materiais e do pessoal com habilidades técnicas requeridas.

⁵ Uma avaliação feita com base na razão população & serviços. Não levou em conta as distâncias, as vias e os meios de comunicações disponíveis.

4.3. Fraca utilização dos serviços

Se, de um lado, a qualidade dos cuidados oferecidos constitui uma das causas de baixa utilização dos serviços, de outro lado, a persistência de crenças e práticas tradicionais no seio da maioria da população guineense representa a maior barreira para a procura dos serviços de SR. Por exemplo: persistem resistências em que técnicos do sexo masculino assistam mulheres por razões gineco-obstétricas; as mulheres, em algumas comunidades, não sentem livres em procurar serviços de PF sem a autorização dos maridos; etc.

Apesar das CPN estarem por volta de 60%, os partos assistidos pelos técnicos de saúde não atingem 30%. Os problemas ligados aos transportes, condições, qualidade e custos, podem também constituir uma enorme barreira a utilização dos serviços.

4.4. Fraca capacidade de coordenação das intervenções em matéria de SR

Existem várias iniciativas de promoção de SR no seio das comunidades por numerosos intervenientes. No entanto, um mecanismo de coordenação de todas as intervenções com vista a obtenção de maior custo benefício não funciona devidamente. Os níveis regionais e locais, não possuem suficiente autonomia técnica e administrativa para planificar, executar, seguir e avaliar os serviços de SR.

A intervenção de outros sectores do governo, por exemplo, transporte, construção e urbanismo, educação, etc, são determinantes no processo da promoção de uma boa SR. No entanto, um quadro de concertação das intervenções com esses sectores é quase inexistente.

V. VISÃO E PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DA INTERVENÇÃO

5.1. Visão a longo prazo

O presente roteiro é parte integrante dos mais importantes documentos de políticas e estratégias nacionais da Guiné-Bissau, destacando-se entre tantos, o Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza, o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, Política Nacional de População, etc.

Os níveis de mortalidade materna, que continuam sendo registados no país, não só estão a ser classificados como verdadeiros problemas de saúde pública, mas acima de tudo, como problema de direitos humanos: *“não se pode continuar deixando que a mulher, no cumprimento do seu papel natural no processo de renovação e de garantia da continuidade da sociedade guineense, fique tão exposta a tamanho risco de morte”*. A fim de fazer face a esses desafios, causados pela mortalidade materna, as autoridades sanitárias da Guiné-Bissau, em parceria com todos os seus parceiros, dando resposta ao movimento internacional sobre a causa materna, implicaram-se na definição deste roteiro com a intenção de imprimir maior dinâmica na aceleração de redução da mortalidade materna e neonatal na Guiné-Bissau na expectativa de consecução dos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio traçados até ao ano 2015.

5.2. Princípios fundamentais directivos da intervenção

Os princípios directivos fundamentais nos quais se baseia toda a filosofia para o sucesso do presente roteiro são a efectiva:

- Participação comunitária;
- Qualidade na atenção;
- Equidade
- Mobilização social para a mudança de comportamentos;
- Advocacia em prol da causa materna
- Coordenação entre os diferentes intervenientes.
- Um único mecanismo de seguimento e avaliação

Participação comunitária

A participação comunitária é considerada essencial para o sucesso desse roteiro, sobretudo, porque é a única forma que poderá assegurar adequação e a perenização das intervenções. Os programas de IEC a serem incluídos nos planos operacionais, devem focalizar prioritariamente, os líderes comunitários, as mulheres e os homens, separadamente, de forma a garantir que toda a comunidade tenha a efectiva participação na definição dos pacotes de serviços de acordo com as necessidades e prioridades identificadas localmente. É importante identificar grupos e canais pelos quais essa participação poderá ser promovida. Promovendo a participação comunitária, as informações necessárias a uma boa planificação dos serviços serão adquiridas, tais como:

- Identificação das necessidades de formação dos prestadores de serviços;
- Identificação dos locais e perfis dos técnicos mais apropriados para cada serviço a fim de evitar os constrangimentos e a estigmatização dos utentes;
- Reforço dos comités de gestão (associações de base e líderes de opinião a nível das comunidades) e estimular a sua maior participação na gestão dos problemas de SR;
- Análise do necessário nível de privacidade e confidencialidade requeridos pelas tradições, culturas e crenças locais;
- Reconhecimento das preferências de parto e outros serviços ginecobstétricos.

Qualidade da atenção

O propósito de melhorar a qualidade dos serviços de SR de uma forma geral neste quadro de redução de mortalidade materna, vai implicar:

- A aquisição e utilização de materiais e tecnologias mais apropriadas e que os técnicos sejam bem formados/reciclados para manipular esses materiais;
- O respeito pelo direito de consentimento consciente dos usuários, através da disponibilização de informações adequadas e aconselhamento, e
- Que os serviços sejam acessíveis, privativos e garantida a continuidade de tratamento.

Estes aspectos dos serviços de qualidade fazem parte dos princípios directivos da ética e deontologia médica, na protecção dos direitos humanos.

Por outro lado, a melhoria da qualidade dos serviços vai também ser feita através de melhoria da comunicação entre os prestadores de diferentes níveis (referência e contra referência). Os prestadores de serviço dos níveis locais (CS) devem ser capazes de fornecer todas as informações sobre como funcionam os serviços para quais fazem referência e vice-versa. O funcionamento desse sistema será essencial para o programa de apoio técnico através da supervisão e formação local com vista a manter a boa qualidade dos serviços.

Equidade

Garantir os serviços de SR a todos os níveis com igual oportunidade. A questão da mortalidade materna deve ser abordada com a mesma linguagem para todos. Cada mulher guineense, independentemente da sua residência ou nível social, deve sentir-se segura durante a gravidez e depois do parto. Por isso, o acesso universal aos serviços de CONU vai ser elemento fundamental nos próximos anos durante a implementação das acções traçadas neste roteiro

Mobilização social para a mudança de comportamentos

A SR requer conhecimento e compreensão da sexualidade humana e informação apropriada, adequada e acessível. As mulheres, os homens e os adolescentes devem, primeiro lugar, compreender melhor como os seus organismos funcionam e como é que poderiam manter uma saudável saúde reprodutiva.

Para isso, um bom programa de comunicação para a mudança de comportamento é considerado essencial para partilhar esses conhecimentos e proporcionar adopção de boas práticas, promoção de efectiva participação comunitária em todas as iniciativas que visam promover a sobrevivência das mães e dos seus filhos e o compromisso individual na mudança de comportamentos.

Advocacia em prol da causa materna

O roteiro para a redução da mortalidade materna e neonatal é parte integrante da promoção de uma boa saúde sexual e reprodutiva. Tendo em conta a complexidade da abordagem da questão de SR no contexto sociocultural da Guiné-Bissau, a advocacia a ser empreendida, deve tomar em conta os aspectos socioculturais de cada região/etnia. Isto é, os valores e crenças culturais da população local.

Coordenação entre os diferentes intervenientes

Há vários factores que concorrem nos níveis de mortalidade materna. Como descrito na parte da resposta nacional, várias iniciativas contemplando aspectos de redução de mortalidade materna estão sendo tomadas no país. Com vista a rentabilização de todas as intervenções, a coordenação é a chave de ouro. É necessária a coordenação entre:

- Sectores (saúde, serviços sociais, serviços comunitários, protecção e segurança)
- Agencias implementadoras (governamentais, SNU, ONG's, associações comunitárias,) e
- Prestadores de serviços (médicos, obstetras, enfermeiros/parteiras e matronas)

Para promover esta coordenação, é necessário que o serviço de saúde da família seja reforçada no sentido de poder assumir a maior liderança em toda a intervenção.

VI. OBJECTIVOS

6.1. Objectivo Geral

Reduzir de 818/100.000 a 205/100.000 a mortalidade materna e de 55/1000 a 20/1000 a mortalidade neonatal até ao ano 2015.

6.2. Objectivos Específicos

Até ao ano 2015:

1. Aumentar a disponibilidade dos serviços de Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência em todas as 114 áreas sanitárias de modo a obter:
 - a. 106 serviços com funções básicas de cuidados obstétricos e neonatais de urgência e
 - b. 8 serviços com funções completas de cuidados obstétricos e neonatais de urgência
2. Reforçar a capacidade dos indivíduos, das famílias e das comunidades, para a maior tomada de consciência, implicação e utilização efectiva dos serviços de SR, nomeadamente:
 - a. Consultas pré-natais: de 35% para 70% das grávidas com CPN 3;
 - b. Partos assistidos: de 30% em 2002, para 60%;
 - c. Consultas pós-natais (mães e crianças): 40%⁶
 - d. Uso de métodos contraceptivos modernos de 4% para 15%.
3. Melhoria da qualidade dos serviços de cuidados obstétricos e neonatais de urgência, nomeadamente:
 - a. Taxa de letalidade intra-hospitalar por complicações obstétricas de 7% em 2002 para o máximo de 1%.

VII. ESTRATEGIAS DE INTERVENÇÃO

As intervenções com vista a realização desses objectivos serão orientadas em conformidade com os princípios directivos adoptados mediante a política de acesso aos cuidados básicos de saúde para todos. Os indicadores de avaliação basear-se-ão na disponibilidade, utilização e qualidade dos serviços de CONU.

7.1. Estratégias ligadas ao problema da disponibilidade e qualidade dos serviços

O País possui uma vasta rede composta por 110 estruturas de prestação de cuidados obstétricas e neonatais entre os quais 8 CONUC e 102 CONUB além do Hospital de referência nacional. A maioria desses serviços encontra-se em avançado estado de degradação física e com falta de equipamentos e de pessoal qualificado, sobretudo nas zonas rurais. Assim, só 11 CONUB e 03 CONUC apresentavam os critérios mínimos para esse nível de serviço.

Existem em todo o sistema nacional de saúde 114 áreas sanitárias. Cada uma, das áreas sanitárias, corresponde a um centro de saúde ou a um hospital regional (no total de 4) que prestam serviços de

⁶ Não há informações de base sobre este indicador

COU a uma população determinada além do hospital de referência nacional. Conforme definido no PNDS, um centro de saúde tipo A, deve ter a capacidade de realizar as intervenções cirúrgicas de urgência com um pequeno serviço de hemoterapia. Estas estruturas foram estrategicamente localizadas em função do grau de dificuldade de acesso aos hospitais regionais ou nacional em caso de emergência. São, no total, 4 (Bubaque, Tite, Mansoa, São Domingos). Neste caso, a estratégia para permitir a disponibilização dos serviços de qualidade de CONU consistirá em:

a) Reforço da capacidade de 106 estruturas de saúde de modo a oferecerem os serviços de CONUB efectivos.

Seguintes acções são necessárias:

- Reabilitação das infra-estruturas
- Fornecimento de equipamentos de base para serviço efectivo de CONU
- Formação /reciclagem de pessoal em CONU
- Revisão da lista e disponibilização de ME
- Aprovisionamento e distribuição de produtos CONU incluindo kits de partos
- Distribuição equitativa de pessoal técnico
- Adopção de uma política de retenção de quadros técnicos nas zonas periféricas
- Supervisão / seguimento

O levantamento feito em 2002 permitiu constatar que das 114 estruturas públicas de saúde existentes, 103 estruturas prestavam serviços de CONU. Desses 103, somente 11 tinham serviços efectivos de CONUB e 3 serviços efectivos de CONUC. Nesta ordem de ideias e tendo em conta a necessidade de melhorar a disponibilidade dos serviços, urge transformar os potenciais serviços de CONUB em efectivos.

Deverão ser criadas condições minimamente necessárias ao funcionamento de qualidade de um serviço de CONUB. Isto significa que a intervenção neste sentido deve começar pela reabilitação física das estruturas, uma vez a maioria está em avançado estado de degradação.. Há a ter em conta que o MINSAP encontra-se, neste momento, na implementação de um projecto de recuperação física das Infraestruturas com o crédito do BM. Espera-se que esta intervenção facilite a implementação das estratégias de CONU.

Uma lista de materiais e equipamentos médicos foi determinada. Até ao final do segundo ano do projecto, todas as estruturas terão completado todos os requisitos necessários, em termos de estrutura física, materiais e equipamentos.

Em função do que foi definido no PNDS, o pessoal mínimo necessário para o funcionamento de um centro de saúde tipo “C” corresponde ao pessoal mínimo necessário para uma estrutura de CONU de Base. Porém, em relação a equipamentos, materiais e medicamentos, o Ministério da Saúde Pública será sensibilizado no sentido de rever a política de dotação, sobretudo, de alguns medicamentos injectáveis (antibióticos e sedativos).

De acordo com as necessidades de cada localidade, o pessoal técnico necessário será formado e / ou reciclado para o desempenho competente das suas funções incluindo acolhimento e aconselhamento em relação as IST/VIH e PF.

Uma vez transformado um serviço em CONUB efectivo, a supervisão do desempenho e controlo de qualidade de prestação de cuidados tanto do nível central como regional será garantida pela Comissão Nacional de Coordenação e Equipa Regional de saúde respectivamente. Por isso, será necessário reactivar e reforçar o sistema de auditoria das mortes maternas e neonatais.

Um aspecto de extrema importância para a implementação do projecto é a questão de distribuição equitativa de pessoal técnico e adopção de medidas de incentivos a fim de permitir a retenção dos mesmos nas zonas periféricas. Este aspecto será objecto de reflexão entre o governo e os parceiros

que participam directamente na implementação do projecto e, provavelmente, de algumas reformas no sector da saúde. A não regularização desta questão, poderá comprometer, seriamente, a efectiva implementação do projecto uma vez que este constitui uma das maiores fraquezas identificadas.

b) Reforço da capacidade dos hospitais regionais e centros de saúde de referência em Bafatá, Canchungo, Catio, Gabu, Mansoa, Bubaque, Tite e São Domingos de modo a oferecerem os serviços de CONUC efectivos.

As acções determinantes são as seguintes:

- Reabilitar as Infraestruturas identificadas (conforme as necessidades de cada estrutura).
- Formar uma equipa básica de CONUC por estrutura (1 médico, 2 enfermeiros anestesistas, 2 enfermeiros instrumentistas e um técnico para a transfusão)
- Disponibilizar materiais e equipamentos médico-cirúrgicos,
- Aprovisionamento e distribuição de produtos CONU incluindo kits de partos e cesarianas
- Instalar/re-equipar os serviços de hemoterapia em todos os serviços de CONUC
- Organizar as sessões de discussão e auditorias de mortes maternas e neonatais precoce

Estas estruturas já tinham sido apontadas no PNDS como estruturas de referência seja regional seja sectorial. Por outro lado, são estruturas que reúnem condições demográficas e de acessibilidade geográfica, cuja transformação em CONUC efectivos vai permitir minimizar as dificuldades registadas nessas regiões em relação a procura dos serviços de qualidade e consequentemente diminuir os óbitos maternos e neonatais precoce.

A instalação/reequipamento dos serviços de hemoterapia torna-se necessário a fim de completar as funções de CONUC que faltam na maioria dos hospitais regionais e que por isso são classificados de potenciais CONUC.

c) Criação de mecanismos que permitam subvencionar os custos de serviços de CONU no quadro da política de recuperação de custo e manter, sem custos para usuários, os serviços de PF.

- Fornecimento de kits de partos e de cesarianas
- Rever a aplicabilidade da IB para permitir a recuperação parcial dos custos ligados aos serviços de CONU
- Criar uma linha orçamental do OGE para cobrir as despesas com as emergências em COU.

Com a introdução da política de recuperação de custos no sistema nacional de saúde, a situação de medicamentos essenciais vem melhorando aos poucos. No entanto criou-se o problema de acessibilidade aos cuidados adequados em situação de crescente crise financeira. Na realidade, a maioria da população não está em condições de suportar os custos com a saúde, apesar de não serem muito elevados. Por isso, tratando desta questão concreta de redução da mortalidade materna, o governo, que representa a sociedade guineense, deve assumir a responsabilidade de assegurar o direito das mulheres no aspecto da procriação uma vez que elas estão cumprindo com seu papel social daí a contribuição da sociedade nesse processo. Isto implica que o governo, com apoio dos parceiros, deverá subvencionar os kits de partos e de cesarianas em, pelo menos, 80% dos seus valores reais. Os usuários serão pedidos, mediante informações prévias, a pagarem os restantes 20%.

Por outro lado o Governo deverá criar uma linha orçamental para cobrir as despesas inerentes ao tratamento de emergência em COU, nomeadamente medicamentos essenciais e custos operacionais (manutenção, viaturas, rádios, etc.)

7.2. Estratégia ligada ao reforço da capacidade dos indivíduos, das famílias e das comunidades, para a maior tomada de consciência, implicação e utilização efectiva dos serviços de SR

A implicação dos indivíduos, das famílias e das comunidades na planificação e execução das intervenções em matéria de saúde materna e neonatal, é fundamental para garantir a eficácia das acções de redução da mortalidade materna e neonatal e assegurar a perenidade das intervenções que estão sendo levadas a cabo. O reforço da capacidade dos indivíduos, das famílias e das comunidades deverá ser conseguido com seguintes acções:

a) Construção de forte parceria a nível local para a implementação das actividades retidas no quadro da estratégia de redução da MMN

- A contratação das ONGs e outras organizações a base comunitária para a implementação das actividades comunitárias no quadro de redução da mortalidade materna e neonatal
- O reforço da capacidade das organizações da sociedade civil nas técnicas de CMC/IEC
- Implicação dos líderes de opinião na planificação das intervenções da saúde a favor da mãe e do recém-nascido
- Suscitar o apoio dos líderes de opinião comunitário para a mobilização de recursos e o aumento de investimentos a favor da saúde materna e do recém-nascido
- Fazer advocacia a nível dos governos regionais a fim de participarem nos cuidados e encargos com as urgências obstétricas e neonatais

b) Promoção, junto das comunidades, um quadro favorável para a promoção da saúde materna e neonatal

- Envolvimento das ONGs, associações comunitárias, ASB/matronas, líderes comunitários / religiosos, Comitês de Gestão de IB, rádios comunitários, autoridades politico-administrativo, etc em todas as acções que visam a redução da MMN.
- Promover actividades de advocacia junto dos líderes de opinião a todos os níveis (ASB/matronas, líderes comunitários/religiosos, Comitês de Gestão de IB, rádios comunitários, autoridades politico-administrativo, etc) em prol da causa materna
- Promover actividades de comunicação para a mudança de comportamento a nível das estruturas de prestação de cuidados.
- Organizar campanhas de CMC/IEC junto das comunidades com vista a promover a mudança de comportamento a nível dos indivíduos, dos agregados e das comunidades
- Organização as comunidades de modo a orientarem as gestantes aos centros de saúde mais apropriados para cada situação (importância das matronas e ASC bem treinados)
- Capacitação das comunidades de modo a que as gestantes e outros familiares sejam capazes de reconhecer os sinais de perigo durante a gravidez, o parto e pós-parto a fim de recorrer, a tempo, aos serviços mais adequados para seus casos.
- Organizar, com as comunidades, os encontros de discussões e debates sobre os temas ligados a redução da MMN
- Organizar, anualmente, semana/jornada nacional de mobilização social em prol de redução da MMN

A promoção das actividades de informação educação e comunicação para a mudança de comportamento deve ser feita com o completo envolvimento das instituições que se encontram junto das comunidades e que gozam de alguma confiança no seio das mesmas. Os problemas ligados a tradição, fazem parte das crenças e poderes locais. Por isso, as acções que visam o desencorajamento de algumas dessas práticas, mesmo tendo em conta a importância que essas acções têm em termos de melhoria de condições de saúde da própria população, deve ser concertada e tratada com alguma cautela. Por isso, todos os canais de informação locais vão ser utilizados no

sentido de sensibilizar os líderes de opinião, seja políticos ou religiosos, a apoiarem os esforços de luta contra a mortalidade materna

c) Organizar a implementação de mecanismos de solidariedade social a nível das comunidades (sistemas de abotas a nível das comunidades destinados aos assuntos de urgências obstétricas e neonatais)

Apoiando na disponibilidade de varias organizações e associações comunitárias em colaborar nas acções de SR e baseando-se na experiência de algumas delas, vai ser encorajada a criação de caixas de ajuda mútua (*abota*) nas comunidades que poderão ser utilizados para suportar sobretudo custos de evacuações e de situações de urgência. A sustentabilidade dessa actividade deverá apoiar-se sobre a boa gestão dos recursos da parte das associações e o apoio financeiro dos parceiros;

d) Implementação, local, de um quadro de concertação e de seguimento das intervenções comunitárias que estão sendo levadas a cabo

- Apoio às comunidades e às famílias a incentivar a procura e a organizar o sistema de encaminhamento comunitário (plano de preparação do parto e das eventuais urgências, reconhecimento dos sinais de alto risco obstétricos, criação de comités/grupos encarregues das urgências, mecanismos de transporte e de financiamento alternativo das evacuações – abotas, por exemplo – etc.)

7.3. Estratégias ligadas a qualidade

O problema da utilização dos serviços pode estar ligado a qualidade de prestação de cuidados pelo técnico a fim de conquistar a confiança das utentes, mas também pode estar ligado aos preconceitos e práticas tradicionais que inibem ou mesmo impeçam às mulheres a procurarem os serviços quando deles necessitam. Por isso, a fim de poder aumentar a utilização dos serviços, a intervenção deve ser orientada essencialmente nestes dois eixos: qualificação dos técnicos de um lado, e por outro, informação educação e comunicação para a mudança de comportamento em prol da procura dos serviços nas comunidades.

a) Formação/Reciclagem dos técnicos.

- Adequar o curriculum de formação de base das parteiras aos conceitos de CONU;
- Reciclar os técnicos no manejo de casos de complicações Obstétricas incluindo o tratamento e acompanhamento dos casos de fístulas;
- Criar mecanismos de prémios de performance

No que concerne a formação, ela deve incidir sobre a revisão curricular de formação de base das enfermeiras parteiras na Escola Nacional de Saúde (ENS). Assim ter-se-á técnicos que saem da escola qualificados para uma melhor prestação de serviços de cuidados obstétricos de urgência. A reciclagem será garantida aos que se encontram já no terreno mas com identificadas dificuldades de manejo de casos de complicações obstétricas.

b) Melhoria da qualidade de prestação dos serviços maternos e neonatais

Seguintes acções serão tomadas:

- Melhorar o sistema de registo e gestão de casos (Elaborar/rever/adoptar os instrumentos de registos e de seguimento: fichas de referências, história clínica, partogramas, livros de registos).....
- Reforçar o sistema de informação sanitária desde o nível local, regional e central
- Melhorar o sistema de supervisão (integrar, no guião de supervisão, elementos de CONU);

- Contratar um médico ginecologista para coordenador técnico do roteiro durante um período de três anos⁷.
- Criar uma equipa de supervisão de CONUC constituída pelo coordenador técnico mais os formadores. Esta equipa assegurará a avaliação periódica de qualidade técnica em cirurgia obstétrica e neonatologia das equipas formadas nas novas estruturas de CONUC.
- Introdução/reactivação das sessões de análise, discussão e auditorias de casos de óbitos maternos em cada estrutura de CONUC (auditoria das mortes maternas e neonatais).

Diminuir a letalidade passa, além da formação dos técnicos no manejo correcto de casos de complicações obstétricas, pela melhoria do sistema de registo, seguimento e supervisão.

Em relação ao sistema de registo, instrumentos uniformizados estão sendo disponibilizados em todas as estruturas. A estratégia principal da nova abordagem dos COU na luta contra a mortalidade materna é o seguimento dos indicadores de processo através da colecta de dados para o cálculo dos indicadores de base. Por isso só um bom sistema de informação sanitária que funciona com informações cujos registos de qualidade reconhecida poderá garantir a realização dessa actividade.

A auditoria dos óbitos maternos e neonatais nas estruturas de CONU, permitirá, antes de mais, a autoformação dos técnicos implicados no processo.

PACOTE DOS SERVIÇOS

Um pacote mínimo de actividades é proposto como acções básicas e indispensáveis ao cumprimento dos objectivos traçados. A mulher, a grávida e a criança recém-nascida são alvos de intervenção no quadro desse documento.

Antes e durante a gravidez

- Informação e prestação de serviços de PF
- Prevenção e gestão de casos de IST/VIH
- Vacinação antitetânica
- Prevenção e tratamento das enfermidades mais prevalentes (distribuição de mosquiteiros impregnados, tratamento profilático intermitente da malária, prevenção da transmissão vertical do VIH, diagnóstico e tratamento de casos de sífilis)
- Aconselhamento em relação a nutrição, IST/VIH/SIDA, sinais de risco da gravidez e do parto, parto assistido, etc
- Suplementação de sulfato ferroso

⁷ Ver os TDR

- Detecção e tratamento precoce das complicações obstétricas

Durante o parto

- Garantia de parto higiénico e de menor risco possível (sem traumas)
- Detecção precoce dos sinais e gestão das complicações obstétricas nos centros de saúde e/ou hospitais (em especial hemorragias, eclâmpsia, parto prolongado/obstruído, complicações pós-aborto, prevenção de fístulas)

Pós-parto: Mãe

- Gestão das complicações nos centros de saúde e/ou hospitais (em especial hemorragias, eclâmpsia, complicações pós-aborto, infecções puerperais e fístulas)
- Atenção pós-parto (higiene corporal, promoção e apoio ao aleitamento exclusivo)
- Informação e prestação dos serviços de PF
- Prevenção e gestão de casos de IST/VIH/SIDA
- Suplementação com vitamina “A”

Pós-parto: Recém-nascido

- Reanimação
- Prevenção e tratamento da hipotermia
- Promoção da amamentação imediata e exclusiva
- Prevenção e tratamento das infecções incluindo a oftalmia neonatal e infecção do cordão umbilical
- Vacinação e puericultura
- Cuidados ao recém-nascido patológico

NB: As actividades correspondentes a cada um dos elementos do pacote são desenvolvidas no plano de acções

VIII. MECANISMOS DE IMPLEMENTAÇÃO, SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO DO ROTEIRO

8.1. Mecanismos de implementação

O roteiro será coordenado e implementado pelo Ministério da Saúde Pública. O comité de coordenação de SR, instituído pelo MINSAP, e presidido pelo Director-Geral da Saúde Pública terá como principal tarefa, fazer o ponto de situação do estado de avanço tanto a nível técnico como financeiro e fazer as recomendações sobre novas orientações para os períodos seguintes.

Mais especificamente, as estruturas de implementação do projecto têm seguintes termos de referência:

- ✓ A Direcção-Geral da Saúde Pública (DGSP) deverá assegurar a concertação permanente com a Direcção-Geral de Planeamento e Cooperação do MINSAP no sentido de garantir a (re) distribuição geográfica do pessoal técnico conforme as necessidades dos serviços de COU e implementar a estratégia de sua retenção nos lugares de colocação;
- ✓ A Escola Nacional de Saúde (ENS) deverá adaptar os Curricula de formação de base de enfermeiros e parteiras a fim de incluir aspectos de CONU e de formação baseada na aquisição de competência técnica, isto é, formação prática. Isso permitirá a formação de técnicos capazes de resolver os problemas reais da população a seus níveis de prestação de cuidados. Terá igualmente o papel de elaborar, em colaboração com os formadores e Serviço de Saúde da Família, os módulos de formação/reciclagem dos prestadores de CONU incluindo aspectos de reanimação neonatal. Em colaboração com os formadores do HNSM e, eventualmente, com algum apoio do exterior, deverá elaborar os módulos de formação das equipas de cirurgia obstétrica para as estruturas de CONUC. Um apoio técnico através da formação dos docentes da escola e financeiro deverá ser dada a escola de modo a lhe permitir melhor cumprimento dessa tarefa;
- ✓ A Direcção dos Cuidados Primários de Saúde através da Saúde da Família é responsável pela coordenação e seguimento da implementação das actividades. As DRS são responsáveis para o seguimento, coordenação das actividades a nível Regional
- ✓ A Maternidade do HNSM, deverá assegurar a formação e a supervisão das equipas de cirurgia obstétrica nos serviços de cuidados obstétricos e neonatais de urgência completo (CONUC), a formação/reciclagem e a supervisão de prestadores de CONUB em certas zonas desprovidas de médicos ginecologistas;
- ✓ A Direcção dos Serviços Farmacêuticos (DSF) deverá promover a revisão urgente da lista e da política de dotação de medicamentos essenciais às estruturas a fim de permitir a disponibilização dos medicamentos injectáveis utilizados nos serviços de CONU às estruturas de primeiro contacto. Deverá igualmente participar na gestão dos kits de partos e de cesarianas a serem disponibilizados para diferentes serviços de CONU;
- ✓ A Direcção de Higiene e Epidemiologia deverá adoptar mecanismos que permitam o correcto registo, a colecta, a análise e o cálculo periódico dos indicadores de COU assim como organizar avaliações anuais de prestação de cuidados de COU a diferentes níveis;
- ✓ Os Centros de Saúde oferecem serviços de CONU de base durante à gravidez, parto e planeamento familiar, disponibilizando os serviços SR consoante as normas e colaborar com as ONG e associações locais nas suas realizações.
- ✓ Os Hospitais Regionais e Centros de Saúde tipo-A prestam os mesmos serviços de CONUB mais a cesariana e a transfusão sanguínea. Igualmente devem colaborar com as ONG e associações locais nas suas realizações.
- ✓ As ONGs que intervêm na sensibilização comunitária na área da SR que serão seleccionadas e subcontratados pelo Ministério da Saúde segundo os critérios preestabelecidos a fim de conduzirem as intervenções na componente de promoção da saúde materna e neonatal junto das

comunidades. Essas ONGs deverão organizar as associações comunitárias na implementação de mecanismos de solidariedade social e fazer a mobilização para a mudança de comportamento em concertação com os responsáveis regionais e locais de saúde

8.2. Reforço da parceria, capacidade de gestão, coordenação e mobilização de recursos.

Um dos maiores estrangulamentos ao sucesso de várias iniciativas no quadro de redução de mortalidade materna e neonatal, assim como de tantos outros programas da saúde, é a fraca capacidade de gestão e coordenação das iniciativas de uma forma assumida. No quadro de SR, foi criado um comité de coordenação dirigida pela DGSP. Tendo em conta que o roteiro para a redução da mortalidade materna, foi resultado de consenso entre vários parceiros internacionais e serão ainda chamados a integrar mais parceiros locais, vai ser preciso assegurar o funcionamento regular do Comité de coordenação de SR (reforço de capacidade e aptidão das equipas em matéria de planificação, gestão e coordenação dos programas a todos os níveis: central, regional e local).

A abordagem multisectorial implicando todos os sectores afins no processo de diminuição da MMN necessita da mobilização de importantes recursos para a implementação dos planos operacionais de todos os actores. Mas os limitados recursos do governo e das OBC não permitem cobrir todas as necessidades expressas. Por estas razões, é necessário e urgente implicar mais actores regionais, nacionais e, sobretudo, internacionais. Por isso, a promoção de parceria aparece como uma prioridade na implementação do roteiro para redução da MMN.

Por outro lado, reconhece-se a existência de fraca capacidade organizacional e funcional no âmbito de coordenação multisectorial das acções e dos actores o que tem contribuído significativamente para o enfraquecimento dos sucessos que podiam ser registados. Foi por isso, que uma atenção particular está sendo dada a coordenação no quadro do presente roteiro. É necessário cimentar as capacidades organizacionais e funcionais de toda a estrutura de gestão (coordenação e execução das acções programas) para maior mobilização dos fundos necessários para o financiamento do Roteiro. Um sistema de Seguimento e Avaliação operacional com a participação de todos os intervenientes do processo, permitirá acompanhar a evolução entre as intervenções e os resultados que estão sendo registados.

8.3. Plano de lançamento e divulgação do roteiro

Há um consenso geral de que o roteiro deve ser tratado como uma estratégia adoptada pelas autoridades nacionais como forma de demonstrar a sua determinação na promoção da saúde materna e neonatal. Por isso, ele é muito mais do que um projecto. Nesta ordem de ideias, após a reunião de validação técnica e de adopção do roteiro pelas autoridades sanitária do país, uma sessão será organizada, pelo Gabinete da Ministra da Saúde Pública, especialmente para o lançamento do roteiro a nível nacional. Todos os principais parceiros deverão tomar parte nessa sessão ao mais alto nível. Os Ministérios considerados chaves na questão da saúde materna e neonatal, ONGs internacionais e nacionais vocacionadas, sobretudo, na promoção da saúde materna e neonatal, responsáveis administrativos regionais e locais, líderes de opiniões e comunitários, representantes de todos os partidos políticos legalizados no país, organizações de mulheres, etc., deverão tomar parte no acto de lançamento. A comunicação social é chamada a jogar um papel determinante nesse acto. Após a sessão nacional, os governadores regionais em colaboração com os directores regionais de saúde deverão assumir a responsabilidade de divulgação do roteiro em todos os sectores e áreas sanitárias que compõem a cada região administrativa. O processo de lançamento deverá poder cumprir com o objectivo de dar a conhecer as estratégias adoptadas no roteiro com vista a garantir a saúde às mulheres que desejem ter filhos e aos seus bebés.

8.4. Seguimento e avaliação

8.4.1. Instrumentos de seguimento

O quadro lógico permite o seguimento regular do progresso do projecto a partir dos indicadores de processo de disponibilidade, de utilização e de qualidade de COU. Este instrumento será utilizado em cada etapa de avaliação do projecto: reuniões de avaliação e planificação anual, avaliação a meio termo, em 2009 e avaliação final em 2015.

A primeira fase de implementação do roteiro vai de 2007 a 2009. O Plano de acção elaborado para este período vai ser o principal instrumento de planificação anual das actividades concretas para cada nível de execução de acordo com os TDR. No início de cada ano, será elaborado um plano anual de trabalho por trimestre. As reuniões anuais de avaliação e de (re) planificação vão permitir seguir o estado de execução das actividades previstas tal como formação, equipamentos, reabilitação física, supervisão, etc. Para o período de 2010 – 2015, será elaborado um novo plano operacional após a avaliação prevista para 2009 e novas prioridades de intervenção poderão ser definidas de acordo com as informações disponíveis e a situação que se revela por isso.

8.4.2. Modalidade de seguimento e avaliação

8.4.2.1. A Nível Central

As visitas de supervisão concernentes às estruturas de COU serão trimestrais durante dois anos (2007/08), semestrais para o ano seguinte (2009). Estas visitas serão efectuadas pela equipa de formadores e da coordenação do Roteiro (coordenador do projecto).

Serão realizadas na base de uma grelha de supervisão específica de CONUC que deverá ser elaborada pela equipa inspirado nos documentos globais de COU. Os relatórios de supervisão serão transmitidos à Direcção Geral da Saúde Pública para serem analisados durante as reuniões do comité de coordenação de SR.

As visitas de seguimento serão feitas sempre que possível, com as missões de supervisão e têm por objectivo monitorizar as actividades, recolha e análise de dados compilados mensalmente para seguimento dos indicadores. Estas visitas serão feitas semestralmente.

As reuniões anuais de seguimento serão feitas com a participação dos principais intervenientes directos no roteiro e a participação das equipas regionais de saúde. Anualmente far-se-á uma reunião anual de avaliação e planificação.

Em conformidade com todo o movimento internacional, a primeira grande avaliação (meio termo), será realizada em 2009, onde os países são chamados a fazer ponto sobre o estado de avanço no cumprimento dos objectivos.

A avaliação final do roteiro será feita no final de 2014 a fim de permitir ao país dispor do seu relatório para a reunião dos chefes estados sobre os objectivos do milénio em 2015.

8.4.2.2. Nível Regional

As reuniões mensais da equipa regional de saúde, estrutura de coordenação das actividades de cuidados primários de saúde a este nível, permitem o seguimento das actividades do projecto com base nos relatórios das actividades dos responsáveis das estruturas de prestação de cuidados COU.

Estas reuniões, nas quais os responsáveis dos centros de saúde participarão assim como todos os outros actores implicados permitirão fazer a análise dos indicadores, o ponto de situação sobre o estado de implementação das actividades e formular recomendações na base dos problemas identificados. Os relatórios dessas reuniões serão transmitidos trimestralmente ao comité de coordenação.

A Supervisão trimestral das estruturas de CONUB será assegurada pela equipa regional de saúde. Os relatórios destas visitas de supervisão serão apresentados nas reuniões de coordenação regional e transmitidos em seguida ao nível central.

A recolha de dados e a produção dos indicadores de COU serão da responsabilidade dos responsáveis regionais de informação sanitária. Os resultados serão apresentados nas reuniões de coordenação regional.

A avaliação anual será feita a nível regional com base no relatório anual contendo as recomendações de todos os actores implicados no roteiro antes de ser enviado ao comité de coordenação nacional.

Todas as acções de seguimento aqui descritas basearam-se nos mecanismos já existentes a cada nível de funcionamento do MINSAP segundo traçado no PNDS.

8.5. Plano de perenização

No que concerne a perenização, convém sublinhar que o roteiro baseia-se nas acções de rotina das estruturas de prestação de cuidados existentes no país, nos mecanismos de coordenação já em curso e preconiza, acima de tudo, o reforço da capacidade de intervenção do Ministério da Saúde para melhor cumprir com os objectivos por si traçados. Para melhorar a execução nacional, uma atenção particular vai ser dada aos aspectos como o reforço da capacidade técnica em matéria de prestação de cuidados de qualidade, efectuar reformas que possam permitir maior responsabilização dos técnicos, alertar a comunidade face aos problemas dos cuidados SR de qualidade.

Por outro lado, em conformidade com o PNDS, o MINSAP está a implementar um sistema de recuperação de custo para os utilizadores dos serviços de saúde. O sistema, baseado na iniciativa de Bamako, é suportado pelo Banco Mundial que financia os ME. Tal suporte permitiu a criação de um central de compras e a implementação dos comités de gestão a nível comunitário. Estes aspectos representam uma etapa importantíssima em relação a sustentabilidade dos programas de saúde em geral no país e, em particular para a disponibilidade dos medicamentos essenciais aos COU.

Um outro reforço aos serviços de COU esta sendo experimentado em algumas regiões do País, através de apoio as associações para implementar o mutualismo (financiada por UNFPA) que poderá contribuir para a perenização das acções.

No que se refere a qualidade dos serviços de COU, a revisão curricular de formação de base permitirá ao fim da formação que os formados sejam capazes de prestar serviços de qualidade.

Enfim, a utilização dos instrumentos de registo, de colecta e análise de dados sobre os indicadores do processo no âmbito da redução de mortalidade materna pelo sistema de informação sanitária assim como a inclusão dos indicadores de COU na grelha de supervisão integrada permitirá a continuidade do processo de seguimento das actividades de luta contra a mortalidade materna.

Plano de acção 2007 – 2010

Objectivo 1. Disponibilizar os serviços de Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência de qualidade em todas as 114 áreas sanitárias

Resultados Esperados	Actividades a implementar	Primeira fase do plano				Responsável pela execução da actividade
		2007	2008	2009	2010	
1.1. Oferta dos serviços de CONUB efectivos em todas as 102 centros de saúde tipo B e C.	1.1.1. Fazer reabilitar as ES conforme as necessidades identificadas					Património
	1.1.2. Disponibilizar equipamentos e materiais necessários para todas as estruturas de COU (ver kits)					SF
	1.1.5. Rever a política de dotação de ME aos CS “C e B”					
	1.1.6. Disponibilizar os injectáveis de COU a todos os CS					
	1.1.7. Dotar todas as estruturas de saúde de pessoal mínimo segundo as normas do PNDS					
	1.1.8. Adoptar a política de subsídio de isolamento para as zonas periféricas					
	1.1.9. Organizar a formação/reciclagem de pessoal técnico sobre o PMA					
1.2. Oferta dos serviços de CONUC em 100% dos CS tipo A (4) e Hospitais Regionais (4)	1.2.1. Fazer reabilitar as ES conforme as necessidades identificadas					DHE
	1.2.2. Formar uma equipa básica de CONUC por estrutura (1 médico, 2 enfermeiros anestesistas e 2 enfermeiros instrumentistas					
	1.2.3. Disponibilizar materiais e equipamentos médico-cirurgicos					
	1.2.4. Instalar/reequipar os serviços de hemoterapia em todos os serviços de CONUC					
1.3. O sistema de referência e contra referência funcional.	1.3.1. Dotar as estruturas de CONUB, geograficamente menos acessíveis, com rádios de comunicação VHF;					DRS
	1.3.2. Dotar 100% das estruturas de CONUC de meios de comunicação (rádios VHF e/ou TM)					
	1.3.3. Dotar todas as estruturas de CONUC e algumas estruturas de CONUB estrategicamente localizadas de uma ambulância					

	1.3.4. Dotar, de meios de transporte fluvial rápido, às estruturas de referência nas zonas insulares (CONUC e/ou CONUB)					
	1.3.5. Apoiar as associações comunitárias com bicicletas de tracção para transporte de grávidas aos COU em caso de urgência					
	1.3.6. Garantir o funcionamento dos meios de transporte (combustível e lubrificantes)					DRS
	1.3.7. Dotar fichas de referência e contra referência a todas as estruturas					DRS

Objectivo 2:Reforçar a capacidade dos indivíduos, das famílias e das comunidades, para a maior tomada de consciência, implicação e utilização efectiva dos serviços de SR

Resultados Esperados	Actividades a implementar	Primeira fase do plano				Responsável pela actividade
		2007	2008	2009	2010	
2.1. 70 % das grávidas passam a ter pelo menos 3 CPN	2.1.3. Criar mecanismos que permitam subvencionar os custos de serviços de CONU no quadro da política de recuperação de custo e manter, sem custos para usuária, os serviços de PF • Adoptar a lei da subvenção no parlamento • Fornecimento de kits de partos e de cesarianas Introduzir, de uma forma oficial e anunciada, o pagamento directo parcial pelos usuários					DGPC
2.2. 60 % dos partos assistidos pelos técnicos	2.1.4. Promover actividades de advocacia junto dos líderes de opinião a todos os níveis (ASB/matronas, líderes comunitários/religiosos, Comités de Gestão de IB, rádios comunitários, autoridades político-administrativo, etc) em prol da causa materna					
2.3. 90 % das complicações obstétricas atendidas nos CS e hospitais em relação às esperadas	2.1.5. Promover actividades de comunicação para a mudança de comportamento a nível dos indivíduos, dos agregados e das comunidades • Sub-contratar as ONGs, associações comunitárias para acções comunitárias de IEC/CMC • Desenvolver, através das ASB/matronas, líderes comunitários/religiosos, Comités de Gestão de IB, autoridades político-administrativo, etc para IEC/CMC • Fazer contratos de parcerias com as rádios comunitárias no sentido de difusão de mensagens educativas a pop.					
2.4. Prevalência contraceptiva moderna entre as MIF passa para 15%	2.1.6. Promover actividades de comunicação para a mudança de comportamento a nível das estruturas de cuidados • Elaboração e difusão de material de IEC para o uso dos técnicos nas estruturas de saúde					

	2.1.7. Organizar a implementação de mecanismos de solidariedade social a nível das comunidades • Instigar /Reforçar a criação de mutualismo (abotas) a nível das comunidades para os assuntos de urgências obstétricas e neonatais • Disponibilizar fundos iniciais para a criação dos mutualismos					CPS
--	--	--	--	--	--	-----

Objectivo 3: Melhorar a qualidade dos serviços de CONU

Resultados Esperados	Actividades a implementar	Primeira fase do plano				Responsável pela actividade
		2007	2008	2009	2010	
3.1. Letalidade intra-hospitalar por complicações obstétricas baixa de 7% para 1%. 3.2. % de nados mortos baixa de XX para 3%	3.1.1. Formar/Reciclar os técnicos de saúde em matéria de COU - Adequar o curriculum de formação de base das parteiras aos conceitos de COU; - Reciclar os técnicos no manejo de casos de complicações Obstétricas incluindo o tratamento e acompanhamento dos casos de fístulas					Resp. SR / ENS
	3.1.2. Adoptar mecanismos de classificação e atribuição de prémio de performance					Resp. SR
	3.1.3. Melhorar o sistema de registo de casos - Elaborar/rever/adoptar os instrumentos de registos e de seguimento: fichas de referências, história clínica, partogramas..... - Reforçar o sistema de informação sanitária					
	3.1.4. Melhorar e reforçar o sistema de supervisão - Integrar, no guião de supervisão integrada, elementos de COU - Criar uma equipa de supervisão de CONUC constituída pelos formadores da Maternidade do HNSM					
	3.1.5. Implementar um sistema interno de auto avaliação Organizar sessões semanais de análise e discussão de casos de óbitos maternos em cada estrutura de CONUC					

Quadro lógico de seguimento e avaliação do Roteiro para a Redução da MMN

Objectivo1 :	Indicadores de verificação	Nível de partida	Meta, 2009	Periodicidad e	Fonte / Responsável
Disponibilizar os serviços de Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência de qualidade em todas as 114 áreas sanitárias existentes no país	% de ES com CONUB efectivos (contendo 6 funções de base + o pessoal mínimo segundo as normas)			Anual	SIS / DHE
	% de estruturas de CONUB sem roptura de kit de parto nos últimos 3 meses			2009	Inq./DHE
	% de CS “A” e HR com função completa de COU (contendo 8 funções de COU + o pessoal mínimo segundo a normas).			2009	Inq./DHE
	% de estruturas de CONUC sem roptura de kit de cesarianas nos últimos 3 meses			2009	Inq./DHE
	% de estruturas de CONUC com ambulância e rádios/TM para a comunicação rápida			2009	Inq./DHE
RECURSOS (INPUTS)					
Humanos, Financeiros, Materiais	A disponibilidade de cada recurso em relação ao que estava previsto				
PROCESSOS					
1. Fazer reabilitação física das ES menos adequadas	Proporção de estruturas reabilitadas em relação ao previsto			Dez/07	Relat/Património
2. Prover todas as estruturas de saúde de equipamentos e materiais necessários para COU efectivos (ver kits)	Proporção de estruturas com equipamentos mínimo disponível em relação ao previsto			Dez/07	Relat./DCPS/DRS
3. Rever a política de dotação de ME aos CS “C e B”	Nova lista de ME disponível			Dez/07	Relat./SF
4. Disponibilizar os injectáveis de COU a todos os CS	% de estruturas de CONUB com injectáveis de COU disponíveis			Anual	Inq/DHE
5. Dotar todas as estruturas de saúde de pessoal mínimo segundo as normas do PNDS	% de estruturas de COU com pessoal mínimo requerido			Anual	DRHO
6. Criar mecanismos que permitam subvencionar os custos de serviços de CONU no quadro da política de	Disponibilidade de kits de CONU subvencionados			Anual	Relatório DRS
	Decreto governamental adoptando a política de subsídio de isolamento			Dez/07	DGPC

recuperação de custo e manter, sem custos para usuária, os serviços de PF 7. Adoptar a política de subsídio de isolamento para as zonas periféricas 8. Organizar a formação/reciclagem de pessoal técnico sobre todas as acções do pacote mínimo de actividades	Relatórios dos ateliers de formação/reciclagem dos técnicos de saúde			Pós formação	SF/SR
---	--	--	--	--------------	-------

Produtos	Indicadores de verificação	Nível de partida	Meta, 2009	Periodicidade	Fonte / Responsável
Estruturas reabilitadas e em condições físicas atractivas para os utentes Estruturas de COU com materiais e equipamentos adequados para as necessidades dos utentes Todos os produtos de COU (kits de partos, cesarianas e PF) disponíveis a todas as estruturas de prestação de cuidados requeridos 100% das ES de COU com pessoal mínimo segundo as normas do PNDS A política de subsídio de isolamento e prémio de performance adoptado e implementado 100% de pessoal técnico treinado e apto para oferecer serviços de qualidade	Processos de entrega de obras				
	Notas de distribuição de equipamentos e materiais médicos				
	Notas de distribuição de kits				
	Relatório anual da DRHO				
	Decreto governamental sobre a política				
	Relatórios de formação				
EFEITOS (RESULTADOS)					
Serviços de CONUB e CONUC efectivos disponíveis em 100% das áreas sanitárias (estruturas recuperadas, pessoal mínimo e materiais disponíveis); Oferta dos serviços de CONUB efectivos em todas as 106 áreas sanitárias com centros de saúde tipo C e B Oferta dos serviços de CONUC em 100%	% das ES oferecendo serviços efectivos de COU (CONUB e CONUC) – tendo as funções de COU + o pessoal mínimo segundo as normas;			2009	Inq./DHE/DRS
	% de estruturas de CONUB sem roptura de kit de parto nos últimos 3 meses			2009	Inq./DHE/DRS

dos CS tipo A e Hospitais Regionais O tempo máximo de evacuação desce de 48 horas para 4 horas	% de estruturas de CONUC sem roptura de kit de cesarianas nos últimos 3 meses			2009	Inq./DHE/DRS
	% de estruturas de COU sem roptura de produtos contraceptivos nos últimos 3 meses			2009	Inq./DHE/DRS
	% de estruturas de CONUC com ambulância e rádios/TM para a comunicação rápida			2007/09	Relat/logística
IMPACT					
Aumentada a proporção de partos assistidos Aumentada a utilização de contraceptivos	Razão de mortalidade materna			Quinquenal	IDS
	Taxa de mortalidade neonatal			Quinquenal	IDS
	Índice sintético de fertilidade			Quinquenal	IDS

Objectivo 2:	Indicadores de verificação	Nível de partida	Meta, 2009	Periodicidade	Fonte / Responsável
Reforçar a capacidade dos indivíduos, das famílias e das comunidades, para a maior tomada de consciência, implicação e utilização efectiva dos serviços de SR	2.1.1. % das grávidas com, pelo menos, uma CPN			Anual	SIS/DHE
	2.1.2. % das grávidas esperadas com pelo menos 3 CPN			Anual	SIS/DHE
	2.2.1. % dos partos assistidos pelos técnicos de saúde em condições higiénicas aceitáveis			Anual	SIS/DHE
	2.2.2. % de partos domiciliares assistidos por parteiras tradicionais treinadas			Anual	SIS/DRS
	2.3.1. Necessidades satisfeitas em COU (complicações atendidas em relação às esperadas)			Anual	SIS/DHE
	2.4.1. Prevalência contraceptiva moderna			2009	Inq./DHE
	2.4.2. % das mulheres com necessidades satisfeitas em PF (mulheres com contraceptivos em relação às que desejam)			2009	Inq./DHE
	2.4.3. % de estruturas de COU sem roptura de produtos contraceptivos nos últimos 3 meses			2009	Inq./DHE
RECURSOS (INPUTS)					
Humanos, Financeiros, Materiais					
PROCESSOS					
1. Promover actividades de comunicação para a mudança de comportamento a	Relatórios de formação			Após formações	SF/SR

nível dos indivíduos, dos agregados e das comunidades	Relatório de trabalho da “ <i>comissão de reflexão</i> ” sobre a reforma no sistema de financiamento e de pagamento dos cuidados de saúde			Dez/07	DGPC
2. Organizar a implementação de mecanismos de solidariedade social a nível das comunidades	Decreto governamental sobre a nova política			Dez/07	GABIM
3. Estabelecer um mecanismo de seguimento das actividades programadas a nível das comunidades	Número das ONGs envolvidas; Planos de actividades ligadas a IEC			Anual	Rel/DRS
	O número das organizações com mutualismos por zonas (AS)			Anual	Rel/DRS
Produtos (resultados imediatos)					
100% de pessoal técnico preparado para oferecer serviços de qualidade	Relatórios de formação			Fim da formação	SF/SR
Política de subsídio de isolamento adoptado	Decreto de adopção da política			Dez/07	GABIM
Conhecimentos sobre os serviços de SR disponíveis aumentado no seio da pop.	Nível de conhecimento dos serviços de SR			2009	Inq./DHE
Organizações comunitárias existentes para o mutualismo	Acta de constituições das associações			Anual	Relat/DRS

EFEITOS (RESULTADOS)					
70 % das grávidas passam a ter pelo menos 3 CPN	% das grávidas com pelo menos uma CPN;			Anual	SIS/DHE
	% das grávidas esperadas com pelo menos 3 CPN			Anual	SIS/DHE
60 % dos partos assistidos pelos técnicos em condições higiénicas	% dos partos assistidos pelos técnicos de saúde em condições higiénicas aceitáveis			Anual	SIS/DHE
90% das complicações obstétricas atendidas nos CS e hospitais em relação às esperadas	% de partos domiciliários assistidos por parteiras tradicionais treinada			Anual	SIS/DHE
	Necessidades satisfeitas em COU			Anual	SIS/DHE
Prevalência contraceptiva moderna entre as	Prevalência contraceptiva moderna			2009	Inq./DHE

MIF passa para 15%	% das mulheres com necessidades satisfeitas em PF			2009	Inq./DHE
IMPACT					
Aumentada a proporção de partos assistidos	Razão de mortalidade materna			Quinquenal	IDS
Aumentada a utilização de contraceptivos	Taxa de mortalidade neonatal			Quinquenal	IDS
	Índice sintético de fertilidade			Quinquenal	IDS

Objectivo 3:	Indicadores de verificação	Nível de partida	Meta, 2009	Periodicidade	Fonte / Responsável
Melhorar a qualidade dos serviços de CONU	Taxa de letalidade por complicações obstétricas			Anual	
	Proporção de óbitos fetais (nados mortos)			Anual	
	Mortalidade peri-natal			Anual	
RECURSOS (INPUTS)					
Humanos, Financeiros, Materiais					
PROCESSOS					
1. Formar/Reciclar os técnicos de saúde em matéria de COU 2. Melhorar o sistema de registo de caso 3. Melhorar e reforçar o sistema de supervisão 4. Implementar um sistema interno de auto avaliação	Instrumentos de registos revistos			Dez/07	
	Fichas de referência			Anual	
	Novo guião de supervisão integrada			Dez/08	
	Contrato com o coordenador técnico do roteiro			Anual	
	Constituição da equipa de supervisão de CONUC			Dez/07	
	Relatórios de discussão de casos de óbitos maternos e neonatais			Mensal	
Produtos (resultados imediatos)					
Novos instrumentos de registos disponíveis a todos os níveis Fichas de referência e contra referência adoptadas no sistema Um coordenador técnico de todas as acções clínicas contratado Realizadas as supervisões de CONUC Sistema de auto avaliação disponível	Completação dos relatórios mensais de actividades			Mensal	
	Pontualidade dos relatórios mensais de actividades das estruturas de cuidados			Mensal	
	Relatórios de supervisão periódica do coordenador técnico do roteiro			Semestral	
	Processos verbais das reuniões de análise e discussão de casos de óbitos MN			Mensal	
	% de casos evacuados sem fichas de referência e contra referência				
EFEITOS (RESULTADOS)					

As informações dos serviços prestados são disponíveis Ligação funcional entre as estruturas periféricas e de referência Os elementos de COU são supervisionados no quadro da supervisão integrada Os óbitos são analisados e discutidos nos colectivos clínicos	Letalidade intra-hospitalar por complicações obstétricas.				
	% de partos por cesarianas				
	Proporção de nados mortos				
	% de crianças reanimadas com sucesso				
IMPACT					
Aumentada a proporção de partos assistidos Aumentada a utilização de contraceptivos	Razão de mortalidade materna			Quinquenal	IDS
	Taxa de mortalidade neonatal			Quinquenal	IDS
	Índice sintético de fertilidade			Quinquenal	IDS

Quadro resumo dos indicadores de avaliação do roteiro para a redução da mortalidade materna e neonatal em Guiné-Bissau

Objectivo	Resultados esperados	Período de execução	Indicadores de avaliação dos resultados	Ameaças aos resultados
1. Disponibilizar os serviços de Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência de qualidade em todas as 114 áreas sanitárias existentes no país	1.1. Oferta dos serviços de CONUB efectivos em todas as 102 centros de saúde tipo B e C.	Dez/2009	1.1.1. % de ES com CONUB efectivos (contendo 6 funções de base + o pessoal mínimo segundo as normas)	- Disponibilidade de materiais, equipamentos e meios de transporte
			1.1.2. % de estruturas de CONUB sem rotura de stock de kit de parto nos últimos 3 meses	
	1.2. Oferta dos serviços de CONUC em 100% dos CS tipo A (4) e Hospitais Regionais (4)	Dez/2009	1.2.1. Percentagem de centros de saúde tipo A e Hospitais Regionais com função completa de COU (contendo 8 funções de COU + o pessoal mínimo segundo a norma).	- Disponibilidade e motivação de RH
			1.2.2. % de estruturas de CONUC sem rotura de stock de kit de cesarianas nos últimos 3 meses	
	1.3. O sistema de referência e contra referência funcional		1.3.1. % de estruturas de CONUC com ambulância e rádios/TM para a comunicação rápida	- Condições de infraestruturas rodoviárias
2. Reforçar a capacidade dos indivíduos, das famílias e das comunidades, para a maior tomada de consciência, implicação e utilização efectiva dos serviços de SR	2.1. 70 % das grávidas passam a ter pelo menos 3 CPN	2015	2.1.1. % das grávidas com pelo menos uma CPN	
			2.1.2. % das grávidas esperadas com pelo menos 3 CPN	
			2.1.3. % das grávidas com VAT2+	
			2.1.4. % das grávidas com TARV no quadro do PTMF	
	2.2. 60 % dos partos assistidos pelos técnicos	2015	2.2.1. % dos partos assistidos pelos técnicos de saúde;	- Disponibilidade de meios de comunicação rápida (rádios VHF e/ou TM)
	2.3. 90 % das complicações obstétricas atendidas nos CS e hospitais em relação às esperadas	2015	2.3.1. Nível de conhecimento dos sinais de ARO nas comunidades	
			2.3.2. Necessidades satisfeitas em COU (% de complicações atendidas em relação às esperadas)	
	2.4. Prevalência contraceptiva moderna entre as MIF passa para 15%	2015	2.4.1. Prevalência contraceptiva – métodos modernos	
			2.4.2. % das mulheres com necessidades satisfeitas em PF	- Crenças e práticas tradicionais
			2.4.3. % de estruturas de saúde sem rotura de stock de produtos contraceptivos nos últimos 3 meses	
3. Melhorar a qualidade dos serviços de	3.1. Letalidade intra-hospitalar por complicações obstétricas baixa de 7% para 1%.	2015	3.1.1. Letalidade por complicações obstétricas	- Oposição dos homens a contracepção
			3.1.2. % de cesarianas em relação às complicações atendidas	

CONU	3.2. % de nados mortos baixa de XX para 3%	2015	3.2.1. Proporção de nados mortos em todos os partos assistidos	
			3.2.2. % de crianças reanimadas com sucesso	

Plano de seguimento e avaliação

Descrição das actividades	2007				2008				2009				2010 ⁸				Observação
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Visitas de supervisão dos serviços de CONUC																	Eq. formadores
Visitas de supervisão dos serviços de CONUB																	DRS
Colecta de dados de seguimento nas regiões																	Activ. rotina
Visita de supervisão integrada da equipa de coordenação nacional de SR																	Superv. rotina (CPS)
Visitas de supervisão e controlo de qualidade de dados																	DHE
Reuniões de coordenação regional																	DRS (rotina)
Reuniões de coordenação nacional																	DGSP (rotina)
Elaboração/revisão anual dos planos de trabalhos																	DGSP
Relatórios trimestrais das actividades																	DRS (rotina)
Relatórios anuais das actividades																	DGSP (rotina)
Inquérito comunitário sobre CAP_SR																	
Inquérito Demográfico Sanitário (IDS)																	DGSP/DHE
Inquérito de avaliação da disponibilidade, utilização e qualidade dos serviços de COU (validação dos dados de rotina)																	DGSP/DHE
Relatório da avaliação do período 2007 - 2009																	DGSP
Plano operacional para o período 2010-2015																	DGSP

⁸ O ano 2010, será essencialmente, o ano de (re) orientação para 2015.

QUADRO RESUMO DO ORÇAMENTO ESTIMATIVO ATÉ AO ANO 2009.

Unidades de custo	Custo anual, em xof			Total, xof
	2007	2008	2009	
1. Seguimento e avaliação	45.521.120,0 0	143.388.800, 00	70.389.400,0 0	259.299.320, 00
1.1. Supervisão	29.467.280,0 0	27.334.960,0 0	24.335.560,0 0	81.137.800,0 0
1.1.1. Supervisão do nível central	15.125.520,0 0	12.993.200,0 0	10.093.800,0 0	38.212.520,0 0
1.1.1.1. Aos serviços de CONUC	6.268.800,00	6.268.800,00	3.369.400,00	15.907.000,0 0
1.1.1.2. Aos serviços de CONUB	1.281.600,00	1.281.600,00	1.281.600,00	3.844.800,00
1.1.1.3. Sistema de Informação Sanitária (DHE)	5.442.800,00	5.442.800,00	5.442.800,00	16.328.400,0 0
1.1.1.4. Adaptação das grelhas de supervisão	2.132.320,00	0,00	0,00	2.132.320,00
1.1.2. Supervisão do nível regional	14.341.760,0 0	14.341.760,0 0	14.241.760,0 0	42.925.280,0 0
1.1.2.1. Supervisão Regional às ONG nas comunidades	6.385.280,00	6.385.280,00	6.285.280,00	19.055.840,0 0
1.1.2.2. Supervisão Regional aos CONUB	7.956.480,00	7.956.480,00	7.956.480,00	23.869.440,0 0
1.2. Recrutamento de um coordenador técnico do roteiro (médico ginecologista)	6.240.000,00	6.240.000,00	6.240.000,00	18.720.000,0 0
1.3. Reuniões/Ateliers de coordenação, avaliação e planificação	9.813.840,00	109.813.840, 00	39.813.840,0 0	159.441.520, 00
1.3.1. Atelier de avaliação e planificação anual	2.813.840,00	2.813.840,00	2.813.840,00	8.441.520,00
1.3.2. Realização de um IDS em 2008	0,00	100.000.000, 00	0,00	100.000.000, 00
1.3.3. Avaliação do roteiro em 2009	0,00	0,00	30.000.000,0 0	30.000.000,0 0
1.3.4. Participação nos encontros internacionais	7.000.000,00	7.000.000,00	7.000.000,00	21.000.000,0 0
2. Reabilitação física das Infraestruturas	190.000.000, 00	0,00	0,00	190.000.000, 00
2.1. Reabilitação dos serviços de CONUB	140.000.000, 00	0,00	0,00	140.000.000, 00
2.2. Reabilitação dos serviços de CONUC	50.000.000,0 0	0,00	0,00	50.000.000,0 0
3. Formações	64.178.720,0 0	33.813.600,0 0	16.200.000,0 0	114.192.320, 00
3.1. Formação reciclagem dos prestadores dos serviços de CONUB	26.420.400,0 0	17.613.600,0 0	0,00	44.034.000,0 0
3.2. Formação das equipas de CONUC	21.600.000,0 0	16.200.000,0 0	16.200.000,0 0	54.000.000,0 0
3.3. Formação dos gestores de informação sanitária (Reforço do SIS)	12.040.000,0 0	0,00	0,00	12.040.000,0 0

Unidades de custo	Custo anual, em xof			Total, xof
	2007	2008	2009	
3.4. Atelier de validação de módulos de formação dos prestadores de serviços	4.118.320,00	0,00	0,00	4.118.320,00
3.4.1. Validação de módulos de formação em CONUB	2.545.320,00	0,00	0,00	2.545.320,00
3.4.2. Validação de módulos de formação em CONUC	1.573.000,00	0,00	0,00	1.573.000,00
4. Atividades de CMC	25.108.462,00	62.771.155,00	37.662.692,00	125.542.309,00
4.1. Contrato com as ONGs (valor de actividades + 5% de custos administrativos)	25.108.462,00	62.771.155,00	37.662.692,00	125.542.309,00
5. Material de escritório e consumíveis	6.200.000,00	5.000.000,00	5.000.000,00	16.200.000,00
5.1. Consumíveis para a coordenação nacional e regionais	5.000.000,00	5.000.000,00	5.000.000,00	15.000.000,00
5.2. Material informático	1.200.000,00	0,00	0,00	1.200.000,00
6. Material e equipamentos médicos para serviços de CONU	191.322.975,00	0,00	0,00	191.322.975,00
6.1. Material e equipamentos para serviços de CONUB	85.100.000,00	0,00	0,00	85.100.000,00
6.2. Material e equipamentos para serviços de CONUC	106.222.975,00	0,00	0,00	106.222.975,00
7. Meios de comunicação (ambulâncias, bicicletas, vedetas e rádios VHF/TM)	105.420.000,00	21.440.000,00	25.860.000,00	152.720.000,00
7.1. Aquisição dos meios de comunicação	88.400.000,00	0,00	0,00	88.400.000,00
7.1.1. Ambulâncias	80.000.000,00	0,00	0,00	80.000.000,00
7.1.2. Bicicletas	8.400.000,00	0,00	0,00	8.400.000,00
7.2. Funcionamento	12.600.000,00	12.600.000,00	12.600.000,00	37.800.000,00
7.3. Manutenção	4.420.000,00	8.840.000,00	13.260.000,00	26.520.000,00
8. Medicamentos e materiais médicos	155.426.250,00	146.258.250,00	178.414.250,00	480.098.750,00
8.1. Kits parto simples	89.600.000,00	91.952.000,00	122.668.000,00	304.220.000,00
8.2. Kits Cesarianas	64.000.000,00	52.480.000,00	53.920.000,00	170.400.000,00
8.3. Segurança transfusional	1.826.250,00	1.826.250,00	1.826.250,00	5.478.750,00
9. Relatórios e impressões (forfait)	4.000.000,00	4.000.000,00	4.000.000,00	12.000.000,00
10. Custos operacionais correntes (Diversos)	5.000.000,00	5.000.000,00	5.000.000,00	15.000.000,00
Total custo estimado	792.177.527,00	421.671.805,00	342.526.342,00	1.556.375.674,00
Inflação e variações do mercado (2%)	15.843.550,54	8.433.436,10	6.850.526,84	31.127.513,48

Unidades de custo	Custo anual, em xof			Total, xof
	2007	2008	2009	
Custo total do Roteiro	808.021.077,54	430.105.241,10	349.376.868,84	1.587.503.187,48
Total em USD (1 USD = 500 xof)	1.616.042,16	860.210,48	698.753,74	3.175.006,37

ANEXOS

ANEXO 1 : DETALHES DO ORÇAMENTO ESTIMATIVO

I. Seguimento e avaliação

1.1. Supervisão

1.1.1. Do nível central às regiões :

1. Supervisão da equipa de formadores aos serviços de CONUC: trimestral nos 2 primeiros anos e semestral no ano seguinte. Dada a característica das Ilhas de Bijagós, as visitas serão feitas uma vez por ano, durante os três anos e durará 9 dias em função da carreira de transporte.

2. Supervisão aos serviços de CONUB nas regiões sem CONUC. Estas supervisões serão garantidas pela equipa central às regiões de Biombo e Bolama. Durante uma semana de trabalho por ano, serão visitadas estruturas pré seleccionadas e será organizada uma reunião formativa, de 1 a 2 dias, junto a DRS onde participarão todos os responsáveis pelos serviços de CONUB nos centros de saúde.

3. Supervisão da Direcção de Higiene e Epidemiologia às equipas regionais de saúde. Estas visitas de supervisão servirão de acompanhamento e de controlo de qualidade dos dados, suas análises e cálculo dos indicadores de COU a nível das regiões. Cada região será visitada uma vez por ano durante uma semana. Esta visita deve coincidir com as reuniões de coordenação regional para discutir a qualidade de dados. A equipa de supervisão será composta de 2 pessoas e um motorista durante uma semana em cada região.

I. Supervisão de CONUC

Estruturas de CUC nas regiões = 8

Perdiem = 25.000xof /dia

Participantes da supervisão: 3 pessoas (ginecológico, coordenador e motorista)

3 pess x 25.000xof x 2 dias x 7 CONUC x 4 visitas = 4.200.000,00 xof

2 pess x 25.000xof 9 dias (Bijagós) = 450.000,00 xof

Combustível viatura : 100lit x 7 CONUC x 572,00 xof x 4 visitas = 1.598.800,00 xof

Transporte Bijagós : 2 pess x 10.000,00 xof = 20.000,00 xof

Primeiro ano : 6.268.800,00 xof

Segundo ano : 6.268.800,00 xof

Terceiro ano: 3.369.400,00 xof

Total Supervisão central CONUC 15.907.000,00 xof

II. Supervisão de CONUB para regiões sem serviços de CONUC

Regiões sem ginecológico: 2 com 10 CONUB (Biombo e Bolama)

3 pess x 25.000xof x 5 dias x 2 regiões = 750.000,00 xof

2 resp.reg. x 10.000,00 xof x 5 dias x 2 regiões = 200.000,00

Encontros locais (formação): 10 pess x 8.000,00 x 2 dias = 160.000,00 xof

Combustível viatura : 150lit x 2 Reg. X 572,00 xof = 171.600,00 xof

Primeiro ano : 1.281.600,00 xof

Segundo ano : 1.281.600,00 xof

Terceiro ano: 1.281.600,00 xof

Total Supervisão central aos CONUB 3.844.800,00

III. Supervisão da DHE

3 pess x 6 dias x 8 reg x 25.000,00 xof = 3.600.000,00 xof

2 pess x 1 reg (Bijag.) x 9 dias x 25.000,00 xof = 450.000,00 xof

Combustível: 300 lit x 8 reg x 572,00 xof = 1.372.800,00 xof

Passagem Bijagos : 2 pess x 10.000,00 xof = 20.000,00 xof

Primeiro ano: = 5.442.800,00 xof

Segundo ano: = 5.442.800,00 xof

Terceiro ano: = 5.442.800,00 xof

Total supervisão da DHE = 16.328.400,00 xof

IV. Adaptação de grelha de supervisão

Atelier de adaptação da grelha de supervisão nacional para incluir os CONUB e de elaboração da grelha de supervisão nacional dos CONUC

Participantes : equipa de coordenação + 3 ginecológicos regionais + 2 de Bissau directores regionais de saúde + equipa nacional de supervisão (38 pessoas). Duração : 2 dias

25 reg x 2 dias x 25.000,00 = 1.250.000,00 xof

Combustível : 90 lit x 9 reg x 572,00 = 463.320,00 xof

Transporte Bissau : 13 pess x 1.500,00 x 2 dias = 39.000,00 xof

Pausa café/almoço : 38 pess x 5.000,00 x 2 dias = 380.000,00 xof

Total adaptação de grelha de supervisão 2.132.320,00 xof

Total supervisão central (I+II+III+IV) = 38.212.520,00 XOF

1.1.2. Do nível regional às Áreas Sanitárias

1. Supervisão semestral das actividades das ONGs junto das comunidades pelas equipas regionais de saúde (2 pessoas+ 1 motorista)
2. Supervisão das estruturas de CONUB pelos ginecológicos formadores regionais (nacionais ou VNU) : trimestral nos 2 primeiros anos e semestrais nos anos seguintes.

Ajuda de custo : 10.000,00 xof (40% do valor de perdiem)

I. Supervisão regional às ONGs :

3 pess x 10.000,00xof x 6 dias x 2 vezes x 11 regiões = 3.960.000,00 xof

Combustível: 30 lit x 6 dias x 572,00 xof x 2 visitas x 9 reg.= 1.853.280,00xof

Combustível: [600 lit (Bij) + 200 lit (Bol)] x 715,00 xof = 572.000,00xof

Primeiro ano = 6.385.280,00xof

Segundo ano = 6.385.280,00xof

Terceiro ano = 6.385.280,00xof

Total Supervisão ONGs = 19.055.840,00 xof

II. Supervisão regional aos CONUB (sem Biombo, Bissau e Bolama)

3 pess x 10.000,00xof x 6 dias x 4 vezes x 8 regiões = 5.760.000,00 xof

Combustível : 20 lit x 6 dias x 4 visitas x 572,00 xof x 8 regiões = 2.196.480,00xof

Primeiro ano = 7.956.480,00 xof

Segundo ano = 7.956.480,00 xof

Terceiro ano = 7.956.480,00 xof

Total Supervisão regional CONUB = 23.869.440,00 xof

Total Supervisão regional (I+II) = 42.925.280,00 xof

Total supervisão (Nacional + Regional) = 81.137.800,00 xof

1.2. Recrutamento de um coordenador técnico do roteiro (médico ginecobstetra)

Contrato: 520.000,00 x 12 meses x 3 anos = 18.720.000,00

Total contrato: 18.720.000,00 xof

1.3. Reuniões / Ateliers de coordenação, avaliação e planificação

1.3.1. Atelier de avaliação e planificação anual

A equipa de coordenação nacional + os directores regionais

18 Regionais (Directores e motoristas) x 3 dias x 25.000,00 = 1.350.000,00 xof

2 Regionais (Bijagós e Bolama) x 5 dias x 25.000,00 = 250.000,00 xof

Combustível : 90 lit x 8 reg x 572,00 = 411.840,00 xof

Passagem (Bolama,Bubaque) : 2 pess x 10.000,00 = 20.000,00 xof

14 pess (coordenação nacional) x 1.500,00 x 2 dias = 42.000,00 xof

Pausa café/almoço: 34 pess x 5.000,00 x 2 dias = 340.000,00 xof

Material didactico e secretariado (forfait) = 400.000,00 xof

Primeiro ano: 2.813.840,00

Segundo ano: 2.813.840,00

Terceiro ano: 2.813.840,00

Total = 8.441.520,00 xof

1.3.2. Avaliação do roteiro em 2009 (incluindo a avaliação das actividades das ONGs)

A avaliação prevista para 2009, iniciará com um Inquérito Demográfico e Sanitário (IDS) em 2008 para obter informações comunitárias mais abrangentes sobre a mortalidade materna e neonatal assim como a utilização dos serviços de SR. Os resultados do IDS serão utilizados em 2009 quando estiver em o processo de avaliação da disponibilidade e qualidade dos serviços de CONU. Esta última será feita utilizando a mesma técnica de 2002 com um consultor nacional e uma equipa de coordenação técnica. Tal como aconteceu em 2002, serão necessários 6 meses para assimilação e discussão do processo a todos os níveis com todos os intervenientes incluindo comunidades.

Um montante de 30.000.000,00 xof é previsto para suportar os custos da avaliação em 2009 (foi o mesmo montante utilizado em 2002: consultores, custos de terreno, elaboração do relatório de avaliação e do plano operacional para o período 2010 - 2015 e reunião de discussão e validação dos documentos).

Total = 30.000.000,00 xof

Realização de IDS em 2008: 100.000.000,00 xof

Total avaliação e plano operacional = 130.000.000,00 xof

1.3.4. Participação nos encontros internacionais de troca de experiência em COU

Duas pessoas por ano. Custo médio de cada participante é estimado em 3.500.000,00 xof

Primeiro ano : 7.000.000,00 xof

Segundo ano: 7.000.000,00 xof

Terceiro ano: 7.000.000,00 xof

Total = 21.00.000,00 xof

Total Reuniões / Ateliers e Avaliação/planificação 159.441.520,00

2. Reabilitação física das infra-estruturas

Fazer o levantamento das condições físicas actuais das infra-estruturas sanitárias

As estruturas a serem transformadas em efectivos serviços de CONUB e CONUC, dado ao elevado nível de degradação física da maioria destas estruturas por falta de manutenção regular, certamente necessitarão de algumas reparações e/ou ampliações. No entanto, está em curso a implementação de alguns projectos que prevêem reparações. É estimada que as reabilitações serão necessárias em cerca de 35 estruturas de CONUB essencialmente no sul e nas ilhas.

Em relação aos serviços de CONUC, 5 em 8 estruturas necessitarão de intervenção física.

Com base na experiência das reabilitações já feitas em outros serviços semelhantes, é estimado um valor médio de 4.000.000,00 xof e 10.000.000,00 xof para estruturas de CONUB e CONUC respectivamente. Esta actividade deverá ser feita durante o primeiro ano do projecto.

CONUB : $35 \times 5.000.000,00 \text{ xof} = 140.000.000,00 \text{ xof}$

CONUC : $5 \times 10.000.000,00 \text{ xof} = 50.000.000,00 \text{ xof}$

Total Reabilitação física = 190.000.000,00 xof

3 Formações

3.1. Formação / reciclagem dos prestadores dos serviços de CONUB

2 prestadores por estrutura de CONUB (toda a zona norte com 43 estruturas de CONUB já foi formada em matéria de CONUB, faltando leste e sul).

As formações decorrerão em Bissau para permitir a maior prática dos formandos, mas na presença dos ginecólogos regionais. A duração é de 3 semanas (21 dias). Suportar perdiem⁹ e transporte dos participantes.

Para garantir a formação dos técnicos de todas as áreas sanitárias, serão contratados 2 especialistas da Maternidade do HNSM durante 5 meses. Os 106 potenciais participantes da formação vindo das regiões, serão divididos em 5 grupos de cerca de 20 participantes.

Participantes (perdiem): $53 \text{ CONUB} \times 2 \text{ pess} \times 21 \text{ dias} \times 15.000,00 = 33.390.000,00$

Participantes (Transporte) : $106 \text{ pess} \times 5.000,00 \text{ xof} = 530.000,00 \text{ xof}$

2 especialistas $\times 520.000,00 \times 5 \text{ meses} = 5.200.000,00 \text{ xof}$

Pausa-café (Participantes): $106 \text{ pess} \times 1.500,00 \text{ xof} \times 21 \text{ dias} = 3.339.000,00 \text{ xof}$

Pausa-café (formadores): $3 \text{ pess} \times 5.000,00 \times 21 \text{ dias} \times 5 \text{ vezes} = 1.575.000,00 \text{ xof}$

Primeiro ano (60% das formações): 26.420.400,00 xof

Segundo ano (40% das formações): 17.613.600,00 xof

Sub-total formação em CONUB = 44.034.000,00 xof

3.2. Formação das equipas de CONUC (8 equipas de 5 pessoas) : Suportar as bolsas de formação com a duração de 9 meses. O formador será o médico ginecologista recrutado como coordenador técnico.

Bolsa mensal = 150.000,00 xof

$40 \text{ pess} \times 150.000,00 \text{ xof} \times 9 \text{ meses} = 54.000.000,00 \text{ xof}$

Primeiro ano (40% das formações): 21.600.000,00 xof

Segundo ano (30% das formações): 16.200.000,00 xof

⁹ Apesar da tabela de 25.000,00 de perdiem, como se trata de formação, propõe-se pagar 15.000,00 diário

Terceiro ano (30% das formações): 16.200.000,00 xof

Sub-total formação CONUC = 54.000.000,00 xof

3.3. Formação dos gestores das informações sanitárias (reforço do SIS)

2 gestores de dados por região.

Duração : 30 dias (inclui o pacote informático)

22 pess x 15.000,00 x 30 dias = 9.900.000,00 xof

Pausa café/almoço: 22 pess x 1.500,00 x 30 dias = 990.000,00 xof

Transporte participantes : 22 pess x 5.000,00 = 110.000,00 xof

Contrato com 2 formadores por um mês: 520.000,00 xof x 2 pess = 1.040.000,00 xof

Sub-total formação de gestores de dados = 12.040.000,00 xof

3.4. Atelier de validação dos módulos de formação dos prestadores

3.4.1. Validação dos módulos de formação / reciclagem dos prestadores de CONUB

Participantes : Coordenação nacional, Directores regionais de saúde, responsáveis regionais da SR, 5 responsáveis das áreas de formação da ENS.

Perdiem : 31 reg x 2 dias x 25.000,00 = 1.550.000,00 xof

Combustível: 90 lit x 9 reg x 572,00 = 463.320,00 xof

Transporte (Bol/Bij) : 4 pess x 10.000,00 = 40.000,00 xof

Transporte Bissau : 14 pess x 1.500,00 x 2 dias = 42.000,00 xof

Pausa café/almoço : 45 pess x 5.000,00 x 2 dias = 450.000,00 xof

Sub-total módulos CONUB: 2.545.320,00 xof

3.4.2. Validação dos módulos de formação das equipas de CONUC

Participantes : coordenador técnico + 8 responsáveis das maternidades de referência regionais + 2 de Bissau+ responsáveis regionais da SF + 3 representantes de ENS (29 pessoas)

23 reg x 2 dias x 25.000,00 = 1.150.000,00 xof

Transporte regionais : 23 pess x 5.000,00 = 115.000,00 xof

Transporte Bissau : 6 pess x 1.500,00 x 2 dias = 18.000,00 xof

Pausa café/almoço : 29 pess x 5.000,00 x 2 dias = 290.000,00 xof

Sub-total módulos CONUC : 1.573.000,00 xof

Total ateliers de validações de módulos: = 4.118.320,00 xof

Total formação 116.737.640,00 xof

4. Actividades de comunicação para a mudança de comportamento

Contrato com as ONGs

Parceria com as ONGs/associações:

- Em cada uma das 73 áreas sanitárias (outras 41 já foram consideradas no projecto UE), será identificada e formada pelo menos 5 pessoas membros das associações comunitárias para ocupar-se da sensibilização e implementação das estratégias de comunicação e incentivo à criação de fundos de solidariedade social. Desta forma, as formações agruparão associações de pelo menos 4 áreas sanitárias mais próximas constituindo assim 19 zonas

de formação. A formação será feita em duas fases : primeiro 6 dias e, depois de 6 ou 12 meses, outros 4 dias para discutir problemas, dificuldades e progressos.

- Criação/reforço de mutualismo (sistemas de abotas) a nível das comunidades destinados aos assuntos de urgências obstétricas e neonatais;
- Promover actividades de advocacia junto dos líderes de opinião a todos os níveis (ASB/matronas, líderes comunitários/religiosos, Comités de Gestão de IB, rádios comunitários, autoridades politico-administrativo, etc) em prol da causa materna
- Promover actividades de comunicação para a mudança de comportamento a nível das estruturas de cuidados

4.1. Formação das associações a base comunitárias

Transporte dos participantes da formação:

5 pess x 73 A.S. x 3.000,00 x 10 dias = 10.950.000,00 xof

Formadores : 2 + motorista e combustível da viatura

3 pess x 19 zonas de formação x 25.000,00 x 10 dias = 14.250.000,00 xof

Combustível : 150 litros por zona de formação

150 lit x 19 x 572,00 = 1.630.200,00 xof

Pausa café : 23 pess x 19 x 1.500,00 x 10 dias = 6.555.000,00

Total formação : 32.684.100,00 xof

4.2. Supervisão das actividades das associações no terreno

Duas vezes por ano, as ONGs deverão visitar e supervisionar os trabalhos das associações formadas

3 pess x 100 AS x 25.000,00 x 2 visitas x 4 anos = 60.000.000,00 xof

Combustível : 50 lit x 100 x 2 visitas x 572,00 x 4 anos = 22.880.000,00 xof

Total Supervisão: 82.880.000,00 xof

4.3. Avanço de fundo de solidariedade para o apoio a mutualidade (abotas)

50.000,00 x 80 A.S = 4.000.000,00 xof

Sub-total contrato : 119.564.100,00 xof

Custos administrativos com as ONGs : 5.978.205,00 xof (5% do valor do contrato)

Total contrato com ONGs = 125.542.310,00 xof

20% no terceiro ano 25.108.462,00 xof

50% no segundo ano 62.771.155,00 xof

30% no primeiro ano 37.662.692,00 xof

5. Material do escritório e Consumíveis

5.1. Consumíveis para a coordenação nacional e regionais

Para apoiar e/ou reforçar a capacidade administrativa, um forfait de 5.000.000,00 xof por ano será destinado a suportar os custos de material do escritório para a coordenação nacional e regionais. Este fundo será destinado a aquisição de material e equipamentos do escritório.

Primeiro ano : 5.000.000,00 xof

Segundo ano : 5.000.000,00 xof

Terceiro ano : 5.000.000,00 xof

Total (5.1.): 15.000.000,00 xof

5.2. Material informático

Um portátil para a DHE para o acompanhamento do cálculo dos indicadores e reuniões de avaliações anuais nas regiões.

Portátil : 1.200.000,00 xof

Total (5.2) = 1.200.000,00 xof

Total material de escritório e Consumíveis 16.200.000,00 xof

6. Material e equipamentos médicos

Equipamento médico de base para as estruturas de CONUB e de CONUC (ver a lista com respectivos custos)

7. Meios de comunicação (Viaturas e Rádios VHF)

7.1. Ambulâncias para as estruturas de CONUC actualmente desprovidas.

Custo estimado para cada ambulância é de 20.000.000,00 xof

4 ambulâncias¹⁰ x 20.000.000,00 = 80.000.000,00 xof

7.1.1. Funcionamento Manutenção das ambulâncias em 10 regiões

Manutenção das ambulâncias em 10 regiões

1º ano: 5% do custo das ambulâncias: 4.000.000,00 xof

2º ano 10% do custo das ambulâncias: 8.000.000,00 xof

3º ano 15% do custo das ambulâncias: 12.000.000,00 xof

Funcionamento das ambulâncias em 10 regiões

Média de 200 litros de gasóleo por região por mês

200L x 10 reg x 12 meses x 525,00 xof = 12.600.000,00 xof

Subtotal funcionamento e manutenção:

Primeiro ano: 16.600.000,00 xof

Segundo ano: 20.600.000,00 xof

Terceiro ano: 24.600.000,00 xof

7.2. Bicicletas de tracção para os ASC

Obs: Está em curso o processo de aquisição deste meios de transporte no quadro do apoio ao PNDS.

Estima-se agora que as necessidades para as zonas mais necessitadas sejam calculadas ¼ das A.S e 4 bicicletas para cada área sanitária

30 A.S. x 4 x 70.000,00 xof = 8.400.000 xof

Manutenção das bicicletas

Primeiro ano (5% do custo total): 420.000,00 xof

Segundo ano (10% do custo total): 840.000,00 xof

Terceiro ano (15% do custo total): 1.260.000,00 xof

7.3. Vedeta rápida para as estruturas de CONUC das ilhas de Bijagôs

Já está em curso o processo de aquisição dos botes rápidos e canoas para as ilhas (Fundo Global e financiamento do BAD)

¹⁰ Outras ambulâncias foram adquiridas no quadro do projecto BAD e cooperação bilateral

7.3. Dotar de rádios VHF às estruturas de CONUB de difícil acesso

Está em curso, o processo de aquisição de cerca de 50 rádios mais cerca de 50 TM para as estruturas de saúde (BAD e OMS)

Total Meios de Comunicação

Primeiro ano = 111.420.000,00 xof

Segundo ano = 33.440.000,00 xof

Terceiro ano = 43.860.000,00 xof

8. Medicamentos e materiais médicos

Kits de partos

Kits de cesariana

Kits tratamento pós-operatório

Conta-se introduzir a política de subsidiar os kits de partos e cesarianas. No primeiro ano, os custos serão 100% subsidiados. A partir do segundo ano, o subsidio cairá somente em 80% do custo sendo que os usuários devem assumir 20%. Os fundos recuperados durante o primeiro ano irão ser utilizados para completar a aquisição dos kits para o restante tempo.

8.1. Kit de parto simples = 3.500,00 xof

Número de partos esperados a assistir: (40% /07; 50% /08 e 65% /09)

Primeiro ano (40%): 25.600 kits x 3.500,00 xof = 89.600.000,00 xof

Segundo ano (50%): 32.840 kits x 2.800,00 xof = 91.952.000,00 xof

Terceiro ano (65%): 43.810 kits x 2.800,00 xof = 122.668.000,00 xof

Total kit partos = 304.220.000,00 xof

8.2. Kit de cesariana = 20.000,00 xof

Número de cesarianas esperadas por ano: 5% dos partos esperados

Primeiro ano: 3.200 cesarianas x 20.000,00 xof = 64.000.000,00 xof

Segundo ano: 3280 cesarianas x 16.000,00 xof = 52.480.000 xof

Terceiro ano: 3370 cesarianas x 16.000,00 xof = 53.920.000,00 xof

Total Kit Cesarianas 170.400.000,00 xof

8.3. Segurança transfusional (100 transfusões) = 377.000,00 xof

- Kit grupo sanguíneo (anti A,B,AB e O) com 100 testes = 20.000,00 xof
- Kit VDRL com 100 testes = 39.000,00 xof
- Kit HbSAJ com 100 testes = 84.000,00 xof
- Kit HcSAJ com 100 testes = 84.000,00 xof
- Teste HIV (100 testes) = 150.000,00 xof

Número de transfusões esperadas por ano : 250

Kits de biossegurança: 377.000,00 x 3 = 1.131.000,00 xof

Bolsas de transfusão: 2.500,00 xof x 250 = 625.000,00 xof

Sistemas de transfusão : 241,00 xof x 250 = 60.250,00 xof

Sub-total biossegurança: 1.826.250,00 xof

Primeiro ano : 1.826.250,00 xof

Primeiro ano : 1.826.250,00 xof

Terceiro ano : 1.826.250,00 xof

Total (51) = 5.478.750,00 xof

9. Relatórios e impressão

Impressões de documentos (módulos de formação, fichas de inquéritos, relatórios anuais e outros

Valor estimativa (forfait) de 4.000.000,00 xof por ano.

Primeiro ano : 4.000.000,00 xof

Segundo ano: 4.000.000,00xof

Terceiro ano: 4.000.000,00 xof

Total (52) = 12.000.000,00 xof

10. Diversos

Um valor anual de 5.000.000,00 xof será destinado a suportar custos diversos correntes (manutenção reparação etc).

5.000.000,00 x 3 anos = 15.000.000,00 xof

Total (53) = 15.000.000,00 xof

ANEXO 2 : LISTA DE EQUIPAMENTOS

Doc. anexo em Excel