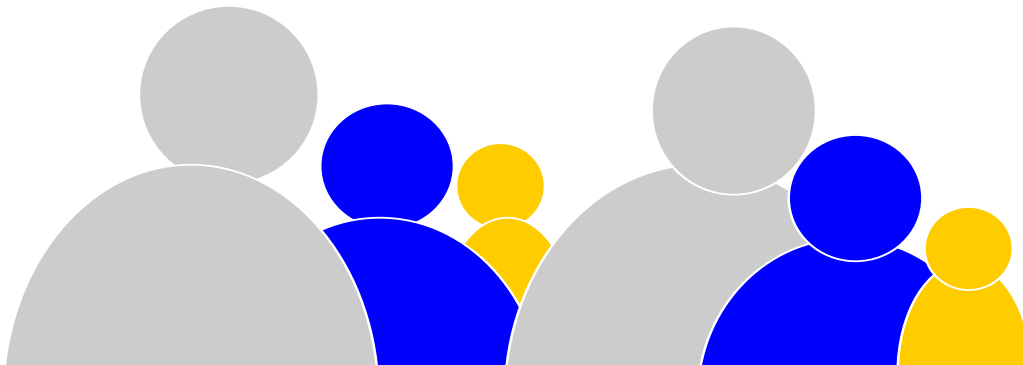




MINISTÉRIO DA SAÚDE



ESTRATÉGIA NACIONAL DE COMUNICAÇÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO EM SAÚDE REPRODUTIVA



Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário / Programa Nacional de Saúde Reprodutiva
República de Cabo Verde
Setembro de 2003

ÍNDICE

	Pag.
FICHA TÉCNICA	4
ABREVIATURAS.....	5
INTRODUÇÃO.....	7
PARTE I: CONTEXTO NACIONAL EM SAÚDE REPRODUTIVA.....	8
1. CARACTERIZAÇÃO DO PAÍS.....	8
1.1 Situação Demográfica.....	8
1.2 Situação Sanitária.....	9
2. POLÍTICAS E PROGRAMAS SECTORIAIS RELACIONADOS À SR	10
2.1 Política Nacional de População	10
2.2 Política de Saúde.....	11
2.3 Programa Nacional de Saúde Reprodutiva	11
2.4 Programa de Luta Contra a SIDA.....	12
2.5 Programa Nacional de Nutrição.....	12
2.6 Centros de Juventude	12
2.7 Programa de Educação em Matéria da População e Educação para a Vida Familiar.....	13
2.8 Programa de Saúde Escolar	13
3. PRINCIPAIS INTERVENIENTES DE CMC/SR.....	14
3.1 Organismos governamentais.....	14
3.1.1 Ministério da Saúde	14
3.1.2 Ministério da Educação e Valorização dos Recursos Humanos.....	14
3.1.3 Direcção Geral da Juventude	15
3.1.4 Instituto Caboverdeano de Menores	15
3.1.5 Instituto da Condição Feminina.....	15
3.1.6 Órgãos de Comunicação Social	15
3.2 Organismos Municipais	16
3.3 Participação da sociedade civil organizada.....	16
PARTE II: ANÁLISE DA SITUAÇÃO EM CMC/SR.....	17
1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO COMPORTAMENTAL EM SR.....	18
1.1 Situação comportamental relacionada com os diferentes grupos alvos.....	18
1.2 Situação comportamental relacionada com os componentes específicos de SR ..	19

1.3 Resumo dos principais comportamentos inadequados em SR.....	22
2. ANÁLISE DOS CONSTRANGIMENTOS E AS OPORTUNIDADES	23
2.1 Em relação ao nível insuficiente de informação dos grupos alvos	23
2.1.1 Acesso limitado à informação em Saúde Reprodutiva e Sexualidade	23
2.1.2 Fraco desenvolvimento das estratégias de comunicação	24
2.2 Em relação às capacidades nacionais de concepção, implementação, seguinto, coordenação e avaliação	25
2.2.1 Concepção e implementação.....	25
2.2.2 Coordenação e seguimento	25
2.3 Em relação ao contexto jurídico, institucional e social.....	26
2.3.1 Aspectos sócio culturais.....	26
2.3.2 Desigualdade de Género	27
2.3.3 Aspectos Jurídicos e institucionais	27
PARTE III: ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS E MODALIDADES DE DE EXECUÇÃO	28
1. Meta e efeitos da Estratégia Nacional CMC/SR.....	28
2. Resultados esperados	28
3. Princípios operacionais	30
4. Orientações estratégicas.....	30
4.1 Em relação ao resultado 1	30
4.2 Em relação ao resultado 2	33
4.3 Em relação ao resultado 3	36
5. Modalidades de execução	36
5.1 Implementação e coordenação.....	36
5.2 Seguimento e avaliação.....	37
ANEXOS	38
ANEXO 1: QUADRO LÓGICO DA ESTRATÉGIA CMC/SR.....	39
ANEXO 2: MATRIZ DE PLANIFICAÇÃO OPERACIONAL COMPORTAMENTAL.....	53
ANEXO 3: PROPOSTA DE MATRIZ PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES EM COMUNICAÇÃO	71
ANEXO 4: PLANO DE ACÇÃO.....	72
ANEXO 5: PLANO DE ORIENTAÇÃO DOS ESTUDOS DOS CAP E DA FORMAÇÃO EM CMC	80

BIBLIOGRAFIA

FICHA TÉCNICA

Equipa de Apoio Técnico
- Guy de Araujo - Soulimane Baro
Coordenação
- José Teixeira Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário
Grupo de Trabalho
- Fátima Sapinho Programa Nacional de Saúde Reprodutiva - Antonieta Martins United Nations of Population Fund - Paula Maria Fortes - Lourenço Lopes Associação Cabo-verdiana para a Protecção da Família - Rita Lopes Delegacia de Saúde da Praia
Re-writer
Helena Maria Sapinho Gomes Monteiro Conceição Maria Fortes

ABREVIATURAS

CAAJ	Centro de Acolhimento e Aconselhamento de Jovens
CEJ	Centro de Juventude
CIPD	Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento
CCS-SIDA	Comité de Coordenação do Combate à SIDA
CIP	Comunicação Interpessoal
CMC	Comunicação para Mudança de Comportamento
CS	Centro de Saúde
CNDS	Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário
DGEBS	Direcção-Geral de Ensino Básico e Secundário
DGAEA	Direcção-Geral de Alfabetização e Educação de Adultos
EMP/EVF	Educação em Matéria de População e Vida familiar
EU	União Europeia
GEP	Gabinete de Estudos e Planeamento
GOP	Grandes Opções do Plano
H&M	Homens e Mulheres
HBS	Hospital Baptista de Sousa
ICASE	Instituto Cabo-verdiano de Acção Social Escolar
ICF	Instituto da Condição Feminina
ICM	Instituto Cabo-verdiano de Menores
IDSR	Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva
IEC	Informação, Educação, Comunicação
IPPF	Federação Internacional para o Planeamento Familiar
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
LNS	Liga Nazarena de Solidarietàade
MORABI	Associação para a Auto-Promoção da Mulher no Desenvolvimento
MS	Ministério da Saúde
OBC	Organização de Base Comunitária
OMCV	Organização das Mulheres de Cabo verde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PENLS	Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Sida
PMI-PF	Protecção Materno-Infantil e Planeamento Familiar
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNN	Programa Nacional de Nutrição
PNP	Plano Nacional de População
PLS	Programa de Luta contra a SIDA
PNSR	Programa Nacional de Saúde Reprodutiva
PS	Posto Sanitário
PVVIH	Pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana
RDH	Relatório de Desenvolvimento Humano

REJOP	Rede de Jornalistas para a População
SRAJ	Saúde Reprodutiva Para Adolescentes e Jovens
SR	Saúde Reprodutiva
UNFPA	United Nations of Population Fund
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USB	Unidade Sanitária de Base
VERDEFAM	Associação Cabo-verdiana para a Protecção da Família
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

INTRODUÇÃO

A implicação efectiva e a participação de todos os intervenientes é condição de base para a resolução dos problemas da Saúde Reprodutiva em Cabo Verde. Assim, a Estratégia Nacional de Comunicação para a Mudança de Comportamentos em SR (CMC/SR) constitui um instrumento de integração, valorização e reforço das diferentes capacidades de intervenção nos vários domínios de SR.

A elaboração da Estratégia de CMC/SR pressupõe duas etapas básicas. A primeira, concernente à análise da situação, que expõe a situação comportamental de SR em seu contexto social, económico e cultural, examina as deficiências, procura saber quem está implicado ou é vulnerável e busca explicação. Constitui uma referência para medir as forças e as fraquezas existentes na luta pela mudança de comportamento. Os dados recolhidos nesta etapa são de extrema importância para a implementação da Estratégia e constituem referências para a monitorização, o seguimento e a avaliação das acções. Esta etapa foi cumprida entre Março 2002 e Abril 2003, culminando com um atelier de validação do documento de análise da situação. A segunda etapa, compreendendo a elaboração da estratégia propriamente dita, foi concebida a partir dos resultados da análise e das metas preconizadas. Esta etapa foi cumprida entre Abril e Setembro 2003.

Centrada na mudança de comportamento, a estratégia permite colocar à disposição dos diferentes intervenientes um quadro de referência para um melhor seguimento e uma melhor coordenação, a fim de obter um maior impacto sobre os comportamentos. Define os eixos de intervenção nos domínios da pesquisa, da formação, da elaboração de mensagens, das intervenções operacionais na comunicação de massa e interpessoal, da produção e difusão de suportes e no seguimento e avaliação.

A Estratégia Nacional de CMC/SR foi elaborada por um grupo de trabalho multi-sectorial, constituído por elementos do Ministério da Saúde - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva; do Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário e dos Centros de Saúde Reprodutiva da Praia e de São Vicente, por elementos do Ministério da Educação e Valorização dos Recursos Humanos - Direcção-Geral do Ensino Básico e Secundário; da Direcção Geral da Juventude - Centro de Informação e Aconselhamento para a Juventude, e da Organização Não Governamental, Associação Cabo-verdiana para a Protecção da Família (VerdeFam).

O presente documento encontra-se dividido em três partes: Parte I, que resume o contexto nacional, os programas sectoriais relacionados com a SR e os principais intervenientes; Parte II, que recapitula a análise da situação na implementação das intervenções de comunicação e a situação comportamental e a Parte III que aponta as orientações estratégicas e as modalidades de execução.

PARTE I - CONTEXTO NACIONAL EM SAÚDE REPRODUTIVA

1. CARACTERIZAÇÃO DO PAÍS

1.1 Situação Demográfica

Cabo Verde é um arquipélago constituído por dez ilhas, com uma superfície de 4033 km², situado na costa ocidental da África, a 455 km do Senegal. Segundo o Censo de 2000, a população residente é de 434.625 habitantes dos quais 239.435 (55%) concentram-se na ilha de Santiago onde se encontra a capital, Praia (104.953 habitantes).

A população masculina corresponde a 48% e a feminina a 52%. No meio rural habitam 47% da população e no urbano 53%, sendo a densidade populacional de 108 habitantes/km², com grande dispersão no meio rural. O número médio de pessoas por agregado familiar é de 4,6 e 40% das famílias são chefiadas por mulher.

Segundo os dados do censo 2000, a esperança de vida é de 69,2 anos, sendo 71,6 para as mulheres e 65,8 para os homens. A taxa bruta de natalidade é de 29,3/1000 habitantes, valor ainda considerado alto num país que depende fortemente da ajuda externa, e tem um PIB estimado em 1354 USD. A taxa de fecundidade total é de 4 filhos por mulher, sendo 3,4 no meio urbano e 4,8 no meio rural; 6,9 nas mulheres sem instrução e 2,2 nas mulheres com nível secundário ou mais.

A população é extremamente jovem, sendo a idade média de 17,3 anos. Os menores de 25 anos correspondem a 62% da população e os menores de 15 anos constituem 42%. Cerca de 6 % da população, de 4 anos e mais, têm o ensino básico integrado, 18,6% possuem o ensino secundário, enquanto que só 1,1% da população têm o curso superior. A taxa de analfabetismo dos maiores de 15 anos é de 25,2 %, sendo 32,8% para as mulheres.

A taxa de desemprego no seio da população é de 18,7% no meio urbano, 15,7% no meio rural, sendo 11,1% para os homens, 23,8 para as mulheres e 29,7 % na camada jovem dos 15 aos 24 anos.

Os efeitos do fenómeno migratório cabo-verdiano têm afectado o processo de desenvolvimento, tanto na sua dimensão económica como na sócio-cultural. Com a seca das últimas décadas tem-se verificado um fluxo migratório, com realce para o êxodo rural, que tem desencadeado uma intensa pressão a nível do saneamento do meio, condições de habitação, das infra-estruturas sanitárias e da educação.

De acordo com o Relatório do Desenvolvimento Humano, o país, que em 2000 encontrava-se no 105º lugar, passou para 100º em 2002, entre os 174 países, em virtude dos indicadores sociais favoráveis apresentados.

1.2 Situação Sanitária

Segundo os dados estatísticos do 2000 produzidos pelo Gabinete de Estudo, Planeamento e Cooperação do Ministério da Saúde, entre 1995 e 2000, a taxa bruta de mortalidade geral passou de 9,1/1000 para 5,6/1000 e a taxa de mortalidade infantil de 45,1/1000 para 23,1/1000 em 2000. A mortalidade perinatal, que também tem diminuído de forma significativa (38,4/1000 em 1995 e 29,2/1000 em 2000), necessita ainda de mais investimentos, dado que as afecções perinatais foram a primeira causa de morte dos menores de um ano em 1999 e em 2000. A taxa de mortalidade materna tem oscilado nos últimos anos entre (55,4 /100.000 em 1995, 27,5/100.000 em 1997 e 76/100.000 em 2000), necessitando assim de pesquisas para o seu melhor conhecimento.

Em Cabo Verde, existem 17 Delegacias de Saúde (uma em cada concelho) com uma cobertura sanitária de 88%, sendo 146 estruturas sanitárias (2 hospitais centrais, 3 hospitais regionais, 20 centros de saúde, 5 centros de saúde reprodutiva, 19 postos sanitários e 97 unidades sanitárias de base) em funcionamento, desde 31 Dezembro de 2001. Em 2002, não se verificaram grandes alterações nesses números, sendo o ratio médico/habitante de 1/2681 e o ratio enfermeiro/habitante de 1/1204; a razão médico/enfermeiro era de 2,2. A cobertura dos serviços de saúde concentram-se nos centros urbanos, tendo como exemplo ratio médico/habitante flutuações até 1/16.000 habitantes no meio rural. A cobertura para os serviços de SR, a nível nacional é de 47%.

A introdução progressiva no país, desde os anos 80, de serviços de Protecção Materno-Infantil/Planeamento Familiar e do Programa Alargado de Vacinação (actuais serviços de Saúde Reprodutiva), associada a um aumento do nível de escolarização e de urbanização, foram factores que contribuíram para a diminuição da taxa de fecundidade e para outros resultados satisfatórios no concernente à situação sanitária.

Apesar dos relatórios das actividades de Saúde Reprodutiva desenvolvidas a nível das Delegacias de Saúde indicarem uma tendência para o aumento da taxa de cobertura vacinal em menores de um ano, houve uma diminuição progressiva a partir dos anos 90 (80% em 1991, 66% em 2000 e 68,6% em 2001); há tendência para a diminuição da consulta pré-natal (83% em 2000 e 78,7% em 2001) e a prevalência contraceptiva é de (47,3% em 2000 e 45% em 2001. A percentagem de grávidas com menos de 18 anos que frequentaram os serviços públicos de pré-natal em 2000 e 2001 foram respectivamente de 12,5% e de 15,8%. Estes dados têm maior expressão no meio rural, onde se verificam taxas superiores às nacionais. Inquéritos Nacionais de Cobertura Vacinal realizados em Dezembro de 1999 e em Julho de 2002 confirmaram o aumento da taxa de menores de um ano completamente vacinados (59,1% em 1999 e 74,9% em 2002).

A interrupção voluntária da gravidez que é legal em Cabo Verde até às 12 semanas, apresenta também uma tendência para aumento, de acordo com os dados dos hospitais centrais (o Hospital Agostinho Neto registou 901 casos em 1996 e 1362 casos em 2000 e o Hospital Baptista de Sousa registou 605 casos em 1997 e 816 em 2000. Não existem dados fiáveis sobre o aborto clandestino, que se presume estar também aumentando.

Segundo o IDSR de 1998, os partos institucionais foram de 55% do total. Dos partos domiciliários 35% foram assistidos por parteiras tradicionais (formadas na sua maioria). A maioria dos partos domiciliários ocorreu no meio rural (63%). Este Inquérito apontou ainda para uma taxa relativamente elevada de fertilidade nas adolescentes dos 15-19 anos, isto é, 100/1000, sendo 116/1000 no meio rural e para uma procura não satisfeita de serviços de Planeamento Familiar de 21%.

As Infecções Sexualmente Transmissíveis representam uma causa importante de morbilidade. Estima-se que as uretrites/vaginites, a Sífilis, a Hepatite B e outras IST têm vindo a aumentar nos últimos anos, sendo os concelhos com maior número de casos de doenças de transmissão sexual notificados os da Praia e S. Vicente. Prevê-se a implementação de um sistema mais eficaz de notificação, a médio prazo.

A taxa de incidência do HIV/SIDA evoluiu de 17,2/100.000 em 1997 para 30/100.000 em 2001 e a taxa de prevalência passou de 19,7/100.000 em 1997 para 38,4/100.000 em 2001. Os dados provisórios de 2002 apontam para uma duplicação tanto da taxa de incidência como da prevalência, em relação aos dados de 1997. A principal forma de transmissão é a sexual, responsável por quase 90,0% dos casos, seguida dos usuários de droga 6,7% e da transmissão mãe-filho 5,57%,, estimados em 2002. A região de Sotavento foi a mais afectada em 2000, com 81,1% dos casos, principalmente nas ilhas de Santiago e Fogo. Um inquérito sobre a prevalência actual do HIV/SIDA está em fase de preparação, a fim de se ter um conhecimento real da situação.

2. POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE REPRODUTIVA

2.1 Política Nacional de População

O III PND (1992 – 1995), introduziu o conceito do Desenvolvimento Humano Durável, e o Governo adoptou como objectivo, a longo prazo, restabelecer o equilíbrio entre o crescimento demográfico, o processo de desenvolvimento sócio-económico do país e os recursos disponíveis; tendo-se elaborado, neste contexto, a Política Nacional de População (PNP), oficialmente adoptada em Agosto de 1995, cujos objectivos são nomeadamente: i) reduzir os níveis de crescimento demográfico; ii) diminuir a morbilidade e a mortalidade geral e específica da população; iii) promover a saúde materno-infantil e melhorar progressivamente as condições de vida das mulheres e das crianças.

2.2 Política de saúde

O Governo definiu em 1989 na Lei de Bases da Saúde, como uma das grandes prioridades para o sector, o desenvolvimento da medicina preventiva e as actividades de saúde materna e infantil. A Lei de Bases da Saúde encontra-se actualmente em revisão. De realçar a gratuidade dos cuidados de promoção da saúde, de prevenção às doenças, da prestação de cuidados às mulheres grávidas e às crianças com menos de dois anos, assim como às pessoas vulneráveis. O V PND (2002 – 2006), tal como os Programas anteriores também adoptou a Saúde Reprodutiva como um dos sub-programas prioritários do Sector Saúde, tendo em conta a sua importância no desenvolvimento do país.

2.3 Programa Nacional de Saúde Reprodutiva

O Programa Nacional de Saúde Reprodutiva foi criado em Março de 2001, em substituição ao Programa Nacional de PMI/PF/PAV, de acordo com as recomendações de CIPD de Cairo - 1994 e do Simposium Nacional de SR - 2000. O Programa Nacional de Saúde Reprodutiva tem como população alvo as crianças menores de 5 anos, os jovens e adolescentes, e os adultos (mulheres e homens), e tem os seguintes objectivos gerais, para o período 2002 -2006:

- Contribuir para a melhoria do estado de saúde reprodutiva da população cabo-verdiana, através da redução da mortalidade e morbilidade relacionadas com a reprodução;
- Contribuir para a melhoria da saúde reprodutiva dos jovens e adolescentes, através da implementação de programas específicos relacionados com a prevenção do VIH/SIDA, da gravidez precoce e adopção de comportamento saudável em matéria de sexualidade;
- Contribuir para a promoção da saúde reprodutiva da população, através da implementação de uma estratégia de comunicação e implicação da comunidade nas actividades de SR.

Os eixos estratégicos principais da implementação do PNSR são: a melhoria da acessibilidade dos serviços através da integração das componentes SR nos serviços, a todos os níveis da pirâmide sanitária; a implicação dos diferentes intervenientes públicos, privados, ONG , OBC e a criação de serviços específicos para os jovens e adolescentes; a melhoria da qualidade de prestação de serviços através da formação/reciclagem dos prestadores de serviços segundo as Normas e Procedimentos SR ; o aumento da procura de serviços SR através do desenvolvimento duma estratégia nacional de IEC/SR priorizando a mudança de comportamentos.

Os resultados esperados no final de 2006 são: i) melhor disponibilidade e acessibilidade de serviços de SR a toda a população, em particular para jovens e adolescentes; ii) melhor qualidade da prestação dos serviços de SR oferecidos; iii) aumento da procura dos

serviços de SR pelos diferentes grupos alvo; iv) reforço da capacidade de gestão dos programas de SR a nível central e local.

2.4 Programa de Luta contra a SIDA

O Plano Estratégico Nacional de Luta contra a SIDA 2002-2006, aprovado em Setembro de 2002, é o documento de referência de luta contra a SIDA no país e prevê a promoção de actividades focadas no indivíduo, na família e na comunidade, com o envolvimento das OBC e ONG, das entidades municipais, e dos organismos governamentais. Deste Plano constam os seguintes objectivos: i) Reduzir a prevalência da infecção pelo VIH, ii) Melhorar a qualidade de vida das pessoas infectadas e afectadas pelo VIH/SIDA, iii) Fortalecer a capacidade nacional de resposta à epidemia; iv) Ter um melhor conhecimento da epidemia, da sua dinâmica e dos seus impactos.

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

2.5 Programa Nacional de Nutrição

O Programa Nacional de Nutrição adoptou o Plano Nacional de Nutrição que foi elaborado em 1994 por uma equipa técnica, e publicado em 1996. Deste Plano constam nove objectivos, entre os quais alguns estão direccionados para a área de saúde reprodutiva, tais como: i) Promover o Aleitamento Materno e práticas correctas de desmame; ii) Prevenir a má-nutrição calórico-proteica e as carências específicas em micronutrientes. As actividades debruçam-se principalmente sobre as formações/reciclagens, com enfoque na promoção do aleitamento materno exclusivo e vigilância nutricional de crianças e grávidas, participação em estudos e inquéritos, elaboração de manuais e de desdobráveis e distribuição de micronutrientes. As actividades de IEC são realizadas em situações pontuais e em determinadas comemorações e visam fundamentalmente a sensibilização para as actividades de promoção, principalmente através da rádio. Para a divulgação a nível das estruturas sanitárias têm sido elaborados manuais e desdobráveis.

2.6 Centros de Juventude

Criados em 1997, no quadro da cooperação entre o UNFPA e o Governo de Cabo Verde, os Centros de Informação e Aconselhamento para a Juventude, actualmente designados de Centros de Juventude (CEJ) são espaços de sensibilização, informação e formação para os jovens e adolescentes, e têm por objectivo a abordagem e a prevenção de problemas ligados à Saúde Reprodutiva (IST/SIDA, gravidez na adolescência, aborto,

planeamento familiar), toxicod dependência, conflitos familiares e inserção social e profissional dos jovens, entre outros. Face à constatação da não existência de estruturas especificamente direccionadas para a camada juvenil no domínio da orientação e do aconselhamento, o CEJ proporciona também aos jovens o aconselhamento no domínio da sexualidade.

Há uma afluência predominante de jovens do sexo masculino aos centros, de acordo com o tipo de actividades desenvolvidas. Para atrair mais jovens principalmente as do sexo feminino, propõe-se a reorganização e a diversificação de actividades.

2.7 Programa de Educação em Matéria de População e Educação para a Vida Familiar

A Educação em Matéria de População e Educação para a Vida Familiar é um projecto que vem sendo implementado desde 1982. Contribui para a promoção dos cuidados de SR, e tem os seguintes objectivos: i) Generalizar o EMP/EVF incluindo as questões de género no EBI e na formação inicial dos professores e estender a sua experimentação ao ensino secundário. Pretende-se, com este projecto, aumentar a acessibilidade dos jovens à informação sobre a SR e a promoção de comportamentos saudáveis.

A EMP/EVF está inserida nos programas do Ensino Básico Integrado e é leccionada em duas áreas desse sub-sistema: a Língua Portuguesa e as Ciências Integradas. No Ensino Secundário, está em fase de experimentação nas disciplinas de Mundo Contemporâneo, Ciências Naturais, História e Geografia. Perspectiva-se, a médio prazo, a generalização da EMP/EVF a nível do EBI e sua experimentação alargada no Ensino Secundário. O projecto pressupõe a concepção e produção de material didáctico de suporte, formação de professores e de coordenadores do EBI e Ensino Secundário e participa na elaboração dos curricula escolares.

A Disciplina de Formação Pessoal e Social foi introduzida no Plano de Estudos do Ensino Secundário em 1996, com a reforma do Sistema Educativo, integrando, entre outros, aspectos referentes à SR. Actualmente é leccionada nos 1º e 2º ciclos do Ensino Secundário. Por constrangimentos vários, encontra-se suspensa do 3.º ciclo. A disciplina é autónoma mas necessita de uma revisão, tendo em conta a necessidade de uma maior atenção para os valores e para a cidadania.

2.8 Programa de Saúde Escolar

O programa de Saúde Escolar implementado pelo ICASE tem como objectivo contribuir para a melhoria do estado Sanitário da população escolar do EBI e baseia-se na promoção e consciencialização de práticas e comportamentos favoráveis à saúde, através da IEC e da melhoria das infra-estruturas sanitárias nas escolas. O programa conta com uma equipa heterogénea de promotores de saúde que se ocupam das actividades no terreno e contempla actividades de formação de professores, levantamento das condições sanitárias

nas escolas, construção e recuperação de blocos sanitários, realização de actividades de animação social e de promoção da saúde, produção de material didáctico de apoio, e campanhas de IEC nos mass media.

3. PRINCIPAIS INTERVENIENTES DE CMC/SR

3.1 Organismos Governamentais

3.1.1 Ministério da Saúde

A Direcção Geral da Saúde é o organismo do Ministério da Saúde que coordena todos os Programas de Saúde Pública, as Escolas de Enfermagem e Delegacias de Saúde. Os Programas de Saúde Pública que estão mais relacionados com a SR são: o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, o Programa de Luta contra a SIDA e o Programa Nacional de Nutrição. As Delegacias de Saúde operacionalizam, a nível dos concelhos, os programas de saúde e prestam essencialmente cuidados primários, enquanto que os hospitais centrais e regionais são as estruturas de referência para os cuidados diferenciados de saúde.

O Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário é o organismo do Ministério da Saúde responsável pela promoção do desenvolvimento sanitário, assegurando a coordenação, o apoio técnico e a avaliação da componente de educação para a saúde. O Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário, criado pelos decretos Lei Regulamentar nºs 37 e 47/93 de Setembro de 1993, enquanto Organismo Personalizado do Estado, é tutelado pelo Ministro da Saúde. Os objectivos para os quais foi criado são claramente transversais e ultrapassam tanto os níveis do sector da Saúde como os outros sectores públicos e privados e o da sociedade civil organizada.

3.1.2 Ministério da Educação e Valorização dos Recursos Humanos

O Ministério da Educação e Valorização dos Recursos Humanos tem intervenções em Saúde Reprodutiva a nível de três serviços:

A Direcção Geral do Ensino Básico e Secundário, responsável pela formação e ensino em todo o país. Tem na sua tutela a gestão do projecto de Educação em Matéria de População e Educação para a Vida Familiar.

A Direcção Geral de Alfabetização e Educação de Adultos, responsável pela educação extra-escolar organizada em círculos de cultura, a nível das delegações escolares, implementando neste nível as actividades de EMP/EVF.

A Direcção da Rádio e Novas Tecnologias Educativas, um serviço central encarregue de assegurar a divulgação de programas de informação em matéria do ensino e da educação, de promover a comunicação com a sociedade sobre as políticas

governamentais relativas ao sector da educação e de desenvolver iniciativas de ensino e formação à distância, com recurso às tecnologias de comunicação e educação apropriadas. Encontra-se na fase de implementação e poderá ser aproveitado na divulgação de programas de comunicação no domínio da SR.

O Instituto Cabo-verdiano de Acção Social Escolar, organismo que executa o programa de Saúde Escolar, a nível nacional.

3.1.3 Direcção-Geral da Juventude

A **Direcção-Geral da Juventude**, tutelada pela Secretaria de Estado da Juventude, coordena os programas e projectos para os jovens, entre os quais, os centros de juventude que têm como um dos objectivos prioritários a promoção da SR, através de actividades de informação e aconselhamento.

3.1.4 Instituto Cabo-verdiano de Menores, tutelado pelo Ministério da Solidariedade e Trabalho, tem como principais objectivos promover e salvaguardar os direitos da criança, acompanhar e orientar as crianças e as famílias vítimas de violações.

3.1.5 Instituto da Condição Feminina

O Instituto da Condição Feminina depende orgânicamente do Primeiro Ministro e tem como objectivo principal promover a igualdade e equidade de género, designadamente o desenvolvimento social e económico da mulher. As acções do ICF situam-se no campo da sensibilização e da formação, através de palestras, colóquios, ateliers e outros, junto dos intervenientes na problemática género, a nível dos sectores público, privado, municipal e da sociedade civil organizada.

3.1.6 Órgãos de Comunicação Social

Em Cabo Verde, a comunicação social assume um papel relevante no processo de desenvolvimento. Ela norteia a sua acção no sentido de fazer com que os cidadãos participem na vida pública nacional, constituindo uma autêntica tribuna das diversas correntes de opinião e de pensamento, promovendo o debate de ideias e a confrontação de projectos. Em Cabo Verde existem rádios nacionais e locais, televisão e imprensa escrita, públicas e privadas. O Arquipélago tem ainda acesso fácil a várias estações de rádio e televisão estrangeiras. Segundo o IDSR, a rádio é o meio de comunicação mais importante com 70% das audiências (47,0% das mulheres e 73,9% dos homens escutam a rádio) e o Censo 2000 confirma que 65,9% das famílias possuem rádios e 39,7% possuem televisão. A Internet vem tendo cada vez maior expressão no seio dos cabo-verdianos, muito utilizado sobretudo pela camada juvenil.

3.2 Organismos Municipais

Alguns municípios criaram estruturas de Informação e Educação em SR, com vista a promover comportamentos saudáveis, principalmente junto da camada jovem. Dentre eles destacam-se o Centro de Aconselhamento de Adolescentes e Jovens (CAAJ) e o Centro de Juventude (CEJ).

Os pelouros responsáveis pela Saúde, Educação e Juventude das Câmaras Municipais vêm desempenhando acções de IEC em SR junto à população.

3.3 Participação da sociedade civil organizada

Os principais Organismos/Associações não governamentais já foram descritos no documento de análise da situação. Aqui apresentamos uma lista não exaustiva daqueles que foram analisados:

- Organização das Mulheres de Cabo Verde
- Associação Cabo-verdiana para a Protecção da Família
- Associação de Apoio à Autopromoção da Mulher no Desenvolvimento
- Rede de Jornalistas em População
- Liga Nazarena de Solidariedade
- Geração Nova
- Liga das Associações Juvenis do Tarrafal
- Organizações de Base Comunitárias

PARTE II - ANÁLISE DA SITUAÇÃO EM CMC/SR

Resumo dos principais problemas de SR identificados

- A mortalidade infantil, apesar de diminuição progressiva (130/1000 em 1970 e 23,1/1000 em 2000), necessita de atenção constante.
- A mortalidade perinatal, que também tem diminuído de forma significativa, (38,4/1000 em 1995 e 29,2/1000 em 2000) necessita ainda de mais investimentos, dado que as afecções perinatais foram a primeira causa de morte dos menores de um ano em 1999 e em 2000.
- A taxa de menores de um ano completamente vacinados verificados nos inquéritos nacionais de cobertura vacinal de 1999 e de 2002 realçam uma tendência para aumento (59,1% e 74,9%) respectivamente, sendo as taxas menores nos concelhos rurais está ainda aquém da meta preconizada de 90% de cobertura, no mínimo.
- A taxa de mortalidade materna tem oscilado nos últimos anos (55,4 /100.000 em 1995, 27,5/100.000 em 1997 e 76/100.000 em 2000), mostrando igualmente a necessidade de priorizar acções tendentes ao reforço dos cuidados de saúde materna.
- Verifica-se uma tendência para diminuição da procura da consulta pré-natal (83% de cobertura pela primeira consulta de grávidas em 2000 e 78,7% em 2001), sendo também mais evidente a discrepância entre o meio urbano e o rural.
- Os partos domiciliários foram 45 % do total de partos em 1998, segundo o IDSR, sendo 63,1% dos mesmos nos concelhos rurais, sobretudo de Santiago, Santo Antão e Fogo e só 16,7% nos concelhos urbanos.
- A taxa de prevalência contraceptiva tem sofrido uma estagnação (47,3% em 2000 e 45% em 2001), com oscilações consoante as zonas entre 25,9% e 59,8%; constata-se também uma fraca utilização dos preservativos (7,4% do total dos métodos utilizados).
- A procura não satisfeita dos serviços de contracepção foi de 21% em 1998 segundo o IDSR.
- A taxa de fecundidade total ainda é elevada, sobretudo no meio rural (4,8 filhos/mulher) e no seio das mulheres sem instrução de 6,9 ou com nível básico de instrução de 4,5.
- A gravidez nas menores de 18 anos entre as mulheres que fizeram consulta pré-natal em 2001, aumentou em relação a 2000, sobretudo nos concelhos de Sto Antão e Santiago. O IDSR indicou igualmente uma taxa de fertilidade nas jovens dos 15 aos 19 anos de 100/1000, sendo 84/1000 no meio urbano e 116/1000 no meio rural.
- A IVG nos hospitais centrais (H. A. Neto – 901 casos em 1996 e 1362 casos em 2000 e Hospital Baptista de Sousa) registou 605 casos em 1997 e 816 em 2000. Não existem dados fiáveis sobre o aborto clandestino que se presume estar também aumentando.
- As Infecções Sexualmente Transmissíveis são diagnosticadas e tratadas em várias oportunidades (urgência, consulta de clínica geral, ginecologia, pré-natal e planeamento familiar), sem uniformização do tratamento, com recurso a auto-medicação e, por vezes, com sub-notificação constatada.
- A infecção pelo HIV tem-se expandido rapidamente, tendo a taxa de incidência evoluído de 17,2/100.000 em 1997 para 30,0/100.000 em 2001 e a taxa de prevalência passado de 19,7/100.000 em 1997 para 38,4/100.000 em 2001, com tendência para a sua expansão no seio dos jovens e mulheres e às zonas rurais.
- Os serviços de Saúde Reprodutiva clássicos ainda são pouco procurados pelos adolescentes e homens e a maioria das estruturas existentes não oferece condições físicas e recursos humanos para assegurar o aconselhamento e IEC no geral.

1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO COMPORTAMENTAL EM SAÚDE REPRODUTIVA

A análise segue a classificação dos componentes do PNSR: a Saúde das Crianças, a Saúde dos Adolescentes e Jovens, a Saúde dos Adultos e os componentes específicos como o Planeamento Familiar, IST/VIH/SIDA e a Violência baseada no Género.

1.1 Situação Comportamental relacionada com os diferentes grupos alvo

Saúde das Crianças

Os calendários de vacinação são completados tardiamente, podendo ser consideradas como causas principais: a falta de informação e de sensibilização dos pais, a deficiente comunicação interpessoal nos serviços, a falta de formação e reciclagem dos prestadores de serviços no domínio de CMC, a falta de material didáctico e o fraco envolvimento dos homens (pais) na problemática da vacinação.

O aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida sem qualquer outro alimento, nem mesmo água, não está sendo completamente cumprido. Segundo o IDSR, no primeiro mês as crianças são amamentadas exclusivamente em cerca de 70%, nos segundo e terceiro meses diminui para 44% e entre o quarto e o sétimo meses de idade diminui para 11%. Pode-se, contudo, concluir que 98% de crianças são amamentadas. A duração mediana do aleitamento materno é de 13 meses, cerca de metade do tempo sugerido pela OMS (até aos 23 meses de idade). O aleitamento materno exclusivo é mais alto no meio urbano 69%, em Santiago 62% e entre as crianças que nasceram nos hospitais centrais é de 71%. A duração do aleitamento materno é mais elevada no meio rural e em Santiago.

Alguns estereótipos como «*leite sujo*» e «*leite cansado*» assim como a preocupação com a estética e a falta de informação sobre a importância do aleitamento materno, a persistência de algumas práticas tradicionais como uso de chás no primeiro mês de vida, podem justificar essa baixa da predominância de aleitamento materno.

Saúde dos Adolescentes e Jovens

A fecundidade precoce constitui um dos problemas sociais graves. Segundo o IDSR, cerca de 40% dos jovens com idade entre os 15 e os 24 anos engravidaram pelo menos uma vez e cerca de 15% tiveram duas ou mais gestações. 12,5% dos nascimentos vivos são de jovens de menos de 20 anos dos quais metade não desejados. O mesmo estudo conclui que cerca de 41% dos adolescentes do sexo feminino na faixa etária dos 15 aos 19 anos já tiveram relações sexuais.

Os determinantes comportamentais identificados nesta faixa etária são: i) a mudança frequente de parceiros sexuais; ii) a fraca utilização dos serviços de SR e utilização inadequada de métodos anticoncepcionais, sobretudo nas primeiras relações sexuais

(apenas 18% de mulheres e 13% dos homens dos 15 aos 24 anos declararam usar anticoncepcionais nas primeiras relações sexuais); iii) a falta de diálogo com os pais e/ou encarregado de educação; iv) a educação sexual inadequada e incipiente; As crianças chegam à adolescência com pouco conhecimento do seu corpo e sobre as consequências decorrentes da relação sexual (somente 33% das meninas e 36 % dos rapazes recebem informações sobre a sexualidade antes das primeiras relações sexuais).

O aborto tem-se constituído num recurso sistemático para interromper a gestação e, embora seja legal, as práticas do aborto clandestino são muito frequentes em Cabo Verde.

Saúde dos Adultos

Constata-se uma fraca utilização dos serviços de saúde para o trabalho de parto e um elevado número de partos domiciliares (45%), sobretudo em Santiago (47%), Santo Antão (47%), Fogo (75%). Segundo o IDSR cerca de 53% dos partos em Cabo Verde são assistidos por profissionais de saúde e a contribuição das parteiras tradicionais na assistência ao parto é estimada em 35%. Conclui-se que, 49% dos partos ocorrem nas maternidades dos hospitais e 45% ao domicílio. Apenas 5% dos partos ocorrem em outras estruturas sanitárias (CS, PS e USB).

Em relação à vigilância da gravidez, cerca de 25% de mulheres grávidas estavam abaixo das 4 consultas pré-natais recomendadas pela OMS. O nível mediano de número de consultas pré-natais é de 4,2 a nível nacional, sendo 4,8 no meio urbano e 3,8 no meio rural. No entanto 97% das grávidas fizeram pelo menos uma consulta pré natal e 39% receberam uma dose de vacina anti-tetânica.

A adesão à consulta pós-parto é baixa: 23% no ano 2000.

1.2 Situação Comportamental relacionada com os componentes específicos de SR

Planeamento familiar

A taxa de prevalência contraceptiva é de 45% em 2001. Segundo o IDSR, o preservativo é o método mais comum entre os homens (21,4%) e a pílula (11,8%) é o mais utilizado pelas mulheres. Os motivos subjacentes à fraca utilização dos preservativos são pouco conhecidos. Foram identificados os seguintes determinantes comportamentais: i) o desconhecimento da gama de métodos contraceptivos disponíveis, reduzindo assim as possibilidades de escolha livre e responsável; ii) um conhecimento insuficiente do funcionamento do aparelho reprodutor (ciclo menstrual). Somente 34% das mulheres que praticam a abstinência periódica conhecem o período fértil.

Por outro lado a demanda potencial para a contracepção parece importante (71,9% das mulheres e 83,7% dos homens declararam ter conhecimento da necessidade da contracepção).

Segundo o IDSR, em Cabo Verde, 37% das gravidezes, ou seja, em cada três gravidezes, uma é indesejada; é mais frequente no meio rural (41%) que no meio urbano (33%), com realce para as ilhas de Santo Antão (53%), do Fogo (47%) e do Concelho de Santa Catarina (44%) cujas médias ultrapassam a média nacional.

Afecções do aparelho genital masculino e feminino

A capacidade de diagnóstico e tratamento do cancro do colo de útero, da mama e da próstata é baixa. A cobertura é efectuada somente nos hospitais centrais e nos Centros de Saúde Reprodutiva da Praia e de S.Vicente. No entanto, esta componente ainda não faz parte do pacote mínimo de serviços SR apesar de estar incluído no documento das normas e procedimentos SR. As práticas na população alvo de rastreio precoce são pouco conhecidas.

IST/VIH e SIDA

Segundo o Plano Estratégico de Luta contra a SIDA, em Cabo Verde, podem ser considerados como factores de vulnerabilidade e de risco ligados ao nível de conhecimento, atitudes ou práticas tais como: i) conhecimento incipiente sobre a sexualidade por parte da população; ii) práticas sexuais de alto risco (múltiplos parceiros e sexo sem protecção, na hetero, bi e/ou homossexualidade); iii) Fraca percepção do risco de infecção VIH/SIDA (76% dos homens, e 85% das mulheres não se acham sujeitos ao risco), persistência de noções erróneas sobre as IST e preconceito em relação ao preservativo (57% dos homens acham que o preservativo diminui o prazer contra 26% das mulheres; iv) iniciação sexual precoce dos adolescentes (antes dos 16 anos de idade); iv) indícios de aumento de casos de consumo de drogas e a sua expansão geográfica.

Os factores sócio-culturais predominantes são: i) a instabilidade e a infidelidade conjugais; ii) uma deficiente preparação dos pais na orientação dos filhos para as questões da sexualidade e para a adopção de comportamentos responsáveis; iii) conflito de valores que afectam o comportamento, iv) um certo enfraquecimento do poder de controle e da pressão social.

A nível dos jovens, apontamos: i) uma fraca utilização do preservativo, ii) práticas sexuais de risco (sexo oral e anal, devido ao culto da virgindade); iii) a mudança muito frequente de parceiros sexuais; iv) aumento da utilização do álcool e de outras drogas inclusivé intravenosas (no ano 2000, 3,3% dos seropositivos detectados eram usuários de drogas).

Os factores sócio-económicos que reforçam a vulnerabilidade são: i) o baixo nível sócio-económico e académico de grande parte da população; ii) o desemprego atingindo uma grande camada juvenil; iii) o elevado índice de mães solteiras com múltiplos “*pai-de-filhos*” (IDSR); iv) a fragilidade sócio-económica da mulher; v) a mobilidade e migrações internas e externas; vi) a existência de condições facilitadoras de consumo de bebidas alcoólicas; vii) o carácter camuflado da prostituição e ausência de legislação concernente.

Género e violência

A violência baseada no género é pouco conhecida devido à falta de mecanismos de seguimento e estudos orientadores da problemática. No entanto, as instituições responsáveis pela questão têm constatado situações diversas de violência.

A nível das crianças, verifica-se: i) violência física e psicológica (castigos corporais como forma de educar e abusos sexuais a crianças); ii) abandono ou negligência de crianças, sobretudo com menos de um ano (2/3 das crianças não são cuidadas pelas mães); iii) dúvidas quanto à paternidade (segundo IDSR, 80% das crianças nascem de uniões extraconjugais); iv) atraso no registo das crianças (20% das crianças não estavam registadas em 1994); v) relação sexual entre crianças; vi) ausência de acompanhamento a crianças órfãs de Sida.

A nível dos jovens, situações de violência de género manifestam-se através de: i) violência física e psicológica, ii) exigência da relação sexual como prova de amor, devido ao fraco poder de negociação por parte das jovens; iii) paternidade e maternidade irresponsáveis (35% de mulheres jovens que engravidaram não têm qualquer assistência, quer financeira quer afectiva, dos namorados).

A nível dos adultos, certos comportamentos são influenciados pela desigualdade de relações entre homens e mulheres, o que se traduz: i) numa certa discriminação da mulher na família e na sociedade; ii) num fraco poder de decisão da mulher em utilizar ou sugerir o uso do preservativo; iii) na dificuldade da livre escolha por parte da mulher do momento de ter ou não filhos; iv) nas violências doméstica, sexual, física e psicológica, embora não tenhamos dados sobre a amplitude deste problema. Nota-se ainda a paternidade e maternidade irresponsáveis, o que contribui para a fraca assunção das responsabilidades dos adultos na educação dos filhos.

1.3 Resumo dos principais comportamentos inadequados em SR

Saúde dos adultos

- ◆ Não utilização racional dos métodos de contracepção, com frequentes abandonos ou mudanças de método
- ◆ Recurso ao aborto para limitar/espacar os nascimentos
- ◆ Fraca assunção pelos homens das questões de Saúde Reprodutiva
- ◆ Consulta pré-natal tardia e irregular
- ◆ Procura tardia de local de parto em situações de risco
- ◆ Procura tardia de consulta em caso de Infecção Sexualmente Transmissível, tratamento irregular e incompleto
- ◆ Múltiplos parceiros/parceiras sexuais
- ◆ Falta de diálogo entre os parceiros
- ◆ Receio da mulher de usar e sugerir a utilização do preservativo
- ◆ Falta de consciência e responsabilidade de mulheres e homens em relação ao HIV/SIDA
- ◆ Marginalização de seropositivos e doentes de SIDA
- ◆ Ideia de que filhos nascem com o seu sustento e de que os filhos são investimento para a velhice dos pais
- ◆ Ideia de que o preservativo diminui o prazer sexual
- ◆ Ideia de que ter relações com mulher virgem combate a SIDA
- ◆ Ideia de que os serviços de Saúde Reprodutiva são só para mulheres
- ◆ Discriminação da mulher na sociedade e na família
- ◆ Submissão da mulher

Saúde dos adolescentes

- ◆ Início precoce das relações sexuais (Rapazes - 15,3 anos; Meninas - 16,3 anos – IDSR- 1998)
- ◆ Fraco conhecimento e utilização da contracepção pelos adolescentes
- ◆ Diálogo com os pais dificultado
- ◆ Fraca assunção pelos adultos das suas responsabilidades na educação e sustento dos filhos
- ◆ Desequilíbrio na procura dos serviços de Saúde Reprodutiva pelos rapazes e pelas meninas
- ◆ Problemas sociais relacionados com o uso de droga e álcool
- ◆ Práticas arriscadas de sexo oral e anal, para preservação da virgindade
- ◆ Ideia de que não se engravida nem se contrai IST/SIDA durante o período menstrual e na primeira relação sexual
- ◆ Exigência da relação sexual como prova de amor
- ◆ Aborto, sobretudo clandestino, visto como recurso para resolver problemas de gravidez indesejada
- ◆ Irresponsabilidade dos adolescentes em relação aos seus filhos
- ◆ Violência física e psicológica

Saúde das crianças

- ◆ Procura tardia dos serviços de vacinação
- ◆ Desmame precoce e desconhecimento de regras saudáveis de alimentação
- ◆ Percentagem reduzida de crianças com aleitamento materno exclusivo (só 44% das crianças menores de 3 meses tinham aleitamento exclusivo e só 11% das menores de 6 meses – IDSR- 1998).
- ◆ Crianças com menos de um ano ao cuidado de outras crianças e/ou familiares
- ◆ Dúvidas e irresponsabilidade quanto à paternidade
- ◆ Atraso no registo das crianças
- ◆ Meninos de e na rua à procura de sustento para si e para a família
- ◆ Abusos sexuais por adultos
- ◆ Violência física e psicológica

2. ANÁLISE DOS CONSTRANGIMENTOS E AS OPORTUNIDADES

Segundo a análise de situação, deparamo-nos com três categorias de causas relacionadas à inadequação dos comportamentos:

1. Nível de informação e atitudes dos diferentes grupos alvos insuficiente;
2. Capacidades de concepção, implementação, seguimento, coordenação e avaliação das acções IEC insuficientes;
3. Contexto jurídico, social e institucional ainda inadequado.

2.1 Em relação ao nível insuficiente de informação dos grupos alvos

A análise da situação apontou duas séries de causas:

- Acesso limitado à informação SR e sexualidade;
- Fraco desenvolvimento das estratégias de comunicação.

2.1.1 Acesso limitado à informação em saúde reprodutiva e sexualidade

De maneira global, as acções de IEC têm sido realizadas nas estruturas de saúde, na maior parte das vezes, em situações pontuais e por pessoal sem formação na área; são realizadas também, a nível nacional, por ocasião das campanhas nacionais de vacinação.

A implementação das intervenções é confrontada com vários constrangimentos dos quais: i) a deficiência de recursos humanos e financeiros; ii) a deficiência na formação/reciclagem dos prestadores de serviços, agravada pela não existência de uma carreira de Saúde Pública e falta de incentivos; iii) a deficiência no aconselhamento/informação; iv) a grande mobilidade dos prestadores de serviços; v) a desactualização ou inexistência de documentos de base orientadores, (normas e procedimentos), assim como a sua divulgação; vi) a fraca motivação da população e dos profissionais de saúde para as actividades de prevenção; vii) poucas acções de supervisão organizada, seguimento e avaliação inexistentes; viii) fraca articulação e coordenação intra e intersectorial.

Direccionadas a jovens, as ofertas de serviços específicos de informação e aconselhamento para a juventude são insuficientes e pouco adequadas à demanda juvenil e há insuficiência de acções de IEC direccionadas a jovens. Alguns factores dificultaram a realização plena dos propósitos inicialmente estabelecidos para os centros de juventude, como sejam: i) inexistência de um quadro jurídico-institucional; ii) deficiência de recursos humanos e instabilidade do pessoal técnico e dirigente; iii) escassez de material informativo; iv) falta de formação e/ou reciclagem do pessoal.

Apesar dos constrangimentos, perspectiva-se a abertura de novos centros, tele-centros ou extensão dos centros existentes e salas multifuncionais, bem como a diversificação de actividades, tais como a criação de micro-projectos de formação no domínio da culinária, corte e costura e pequenos cursos no domínio de instrumentos musicais, línguas, design e teatro. Neste contexto, perspectiva-se a reestruturação dos CJ, com vista a torná-los mais polivalentes.

Há também uma insuficiência de abordagem da questão da sexualidade nos diversos níveis de ensino, embora exista a disciplina de FPS em diversos níveis do ensino secundário, do EMP/EVF a nível da educação escolar no EBI e do extra-escolar, e um projecto de - Introdução à unidade curricular - Sexualidade Humana no Jardim de Infância que pressupõe a formação de formadores de Educadores de Infância).

Para o EBI, existe igualmente uma proposta de introdução da questão VIH/SIDA.

Direccionadas ao público masculino, as acções desenvolvidas são insuficientes. Mas, uma experiência está em curso de intervenção junto dos Militares e dos Polícias, dos Trabalhadores e dos Sindicatos.

Direccionadas à famílias e comunidades, há uma carência de acções de comunicação. Mas, nota-se a existência de ONG activas no sector da saúde e não só com alguma experiência em acções de IEC (Verdefam, Morabi, OMCV, Cruz Vermelha, CAAJ, Geração Nova, etc.), assim como a abertura da sociedade civil para abordagem de temas ligados à SR e a existência de uma rede de jornalistas para população activa, com experiência na comunicação.

2.1.2 Fraco desenvolvimento das estratégias de comunicação

As actividades de sensibilização são dirigidas a um público-alvo muito heterogéneo e as estratégias são idênticas para todos os grupos-alvo. Não há segmentação das audiências, o que leva a um fraco conhecimento dos determinantes comportamentais dos destinatários das mensagens de IEC, seus contextos e suas vivências. Não há continuidade nas acções de IEC, grande parte das acções são esporádicas e espontâneas que não permitem manter as atitudes e/ou comportamentos adquiridos.

Nota-se uma fraca padronização das mensagens de IEC: i) conteúdos inadequados e às vezes contraditórios; ii) linguagem pouco adaptada ao público alvo e por vezes muito técnica; iii) suportes pouco adaptados aos diferentes grupos-alvo em especial e o uso frequente de suportes produzidos em outros contextos sem a devida avaliação e adaptação; iv) deficiente testagem dos materiais educativos; vi) carência de material de IEC dirigido a grupos específicos.

As estratégias de difusão de informação são insuficientes a nível dos *mass media* e a nível da comunicação interpessoal. Existe dificuldade de comunicação (expressão), devido à fraca capacidade dos técnicos em abordar aspectos relacionados com a sexualidade. A existência de rádios de cobertura nacional, locais, públicos e privados,

assim como a existência de condições para realizações de rádio-praça a nível comunitário e a de instituições que actuam no domínio da produção de suportes educativos oferecem certas oportunidades para se desenvolver intervenções mediáticas de qualidade.

Apesar da existência de diversas OBC a nível nacional com intenções de realizar acções de IEC em SR nas comunidades, nota-se uma certa fragilidade técnica e financeira para a implementação de acções de IEC

2.2 Em relação às capacidades nacionais de concepção, implementação, seguimento, coordenação e avaliação

A análise da situação constatou certas fraquezas nas diferentes fases do processo de gestão de estratégias de comunicação

2.2.1 Concepção e implementação

O desenvolvimento de estratégias de comunicação é confrontado com a carência generalizada de recursos técnicos, humanos e financeiros. A nível da concepção e gestão de programas de IEC constata-se uma fraca capacidade de gestão e coordenação entre os sectores tanto a nível central como operacional.

Quanto à implementação das actividades de IEC, verifica-se que as estruturas são inadequadas ao desenvolvimento de acções de comunicação interpessoal e há insuficiência de suportes didácticos para orientar as acções: i) serviço mais voltado à assistência do que à prevenção; ii) estruturas de saúde pouco adaptadas ao atendimento, especialmente para jovens e homens, no que se refere ao acolhimento, confidencialidade e aconselhamento; iii) deficiente aplicação de normas e procedimentos dos serviços de SR; iv) falta de motivação dos técnicos devido à falta de estímulo; v) frequente mobilidade dos quadros e prestadores de serviços o que dificulta a implementação e a continuidade das intervenções.

A implementação das normas e procedimentos dos serviços de Saúde Reprodutiva irá permitir o reforço da qualidade das prestações oferecidas para cada grupo-alvo a ser definido.

Grande parte dos intervenientes não estão capacitados para realizar as acções de IEC, devido à insuficiência de acções de formação: i) formação de formadores (professores, educadores e promotores de saúde), sobretudo no domínio da sexualidade; ii) formação e reciclagem dos prestadores de serviços SR em IEC e Aconselhamento.

2.2.2 Coordenação e Seguimento

Um dos pontos fracos verificados a nível das acções de IEC é a falta de coordenação das intervenções, de seguimento e de avaliação das acções e dos materiais educativos e deficiente capacidade das actuais estruturas responsáveis para orientar os diferentes

intervenientes, resultando, muitas vezes, em duplicação das acções. Verifica-se ainda um fraco envolvimento dos outros sectores em actividades de IEC.

Não obstante, existe o CNDS, uma estrutura do Ministério da Saúde vocacionada para a coordenação e o apoio técnico das intervenções de IEC, que, devidamente capacitado, pode desempenhar essas funções, dar apoio às diferentes estruturas e programas sectoriais e assegurar o seguimento das intervenções e a avaliação do impacto.

2.3 Em relação ao contexto jurídico, institucional e social

2.3.1 Aspectos sócio-culturais

Alguns factores sócio-culturais têm influenciado de forma significativa o alcance dos objectivos preconizados pelas acções de IEC, devido a: i) fraco nível académico e cultural das populações - analfabetismo; ii) situação sócio-económica débil de muitas famílias cabo-verdianas; iii) incapacidade e demissão dos pais das suas responsabilidades na educação dos filhos e a conseqüente transferência dessa responsabilidade para a escola e para outras instituições; iv) diminuição da auto-estima e inversão (confusão) de valores.

A permeabilidade da sociedade e dos adolescentes e jovens, sobretudo em relação a novos valores e padrões de comportamento tem contribuído para a desintegração social, traduzida no aumento dos chamados males sociais como o consumo de droga, o alcoolismo, a prostituição e o crescimento do número de crianças de e na rua.

A pobreza e instabilidade de muitas famílias não permitem a consolidação de valores que são considerados socialmente importantes, realçando a relação de poligamia de facto que caracteriza uma franja significativa das uniões, a persistência de alguma pressão para a utilização exclusiva de métodos naturais, por alguns grupos sociais. A violência doméstica é vista socialmente como algo que se restringe ao espaço familiar; a denúncia muitas vezes é tardia e deixa sequelas físicas e psicológicas.

As oportunidades para favorecer a implementação das intervenções são ligadas a:

- Existência de instituições com preocupação pela questão e que trabalham na melhoria da condição económica e social da mulher e da família;
- Receptividade da sociedade cabo-verdiana para a mudança de valores;
- Uma população jovem numerosa (2/3 da população total) escolarizada e receptiva à mudança.

2.3.2 Desigualdade de género

As mulheres, sobretudo as do meio rural, apresentam fraco poder de decisão sobre a utilização de métodos contraceptivos; a todos os níveis há uma tendência para a responsabilização feminina pelas gravidezes indesejadas e suas consequências.

Existe uma certa pressão de alguns grupos específicos - ligados à exploração da pobreza e da dependência feminina, bem como à exploração sexual de menores. Persiste a disparidade de género, ligada ao pouco conhecimento do estatuto da mulher. Os direitos e deveres dos homens e mulheres são pouco conhecidos.

Existem certas oportunidades para implementar as intervenções, nomeadamente:

- A presença de um quadro legislativo favorável à igualdade e equidade de homens e mulheres, que integra a abordagem género em diversos sectores;
- Uma Comissão Nacional de Direitos Humanos activa;
- As associações profissionais (Associação de Mulheres Juristas) com interesse na defesa dos direitos da mulher.

2.3.3 Aspectos jurídicos e institucionais

O quadro jurídico relativo à Saúde Reprodutiva em Cabo Verde é igualmente favorável, salientando-se a promoção da Saúde Familiar, com a aprovação e revisão do Código da Família, a ratificação da Convenção sobre os Direitos da Criança, a existência de artigos nos Códigos Civil e Penal, salvaguardando os direitos das crianças, a gratuidade dos cuidados de Saúde Reprodutiva prestados e a despenalização da Interrupção Voluntária da Gravidez até às doze semanas de gestação.

No entanto, existem ainda lacunas, nomeadamente no que concerne à Interrupção Voluntária da Gravidez, que só é permitida nos dois únicos Hospitais Centrais existentes para todo o país, assim como o acesso aos serviços de Saúde Reprodutiva para os adolescentes menores de 16 anos, que carecem de autorização dos pais para o efeito. De igual modo, ainda não existem disposições legais para a protecção dos direitos das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA.

A legislação relacionada com a prestação dos serviços de SR a menores de 16 anos e PVVIH são inadequadas (omissas) - não existem leis específicas que contemplem a problemática do VIH/SIDA, em particular no que tange à confidencialidade e à não discriminação. Constata-se a inexistência de instituições ou redes de solidariedade para com as PVVIH (sensibilização, informação e educação face aos comportamentos e atitudes baseados em preconceitos discriminatórios para com as PVVIH). Por fim, há uma total ausência de qualquer legislação que regule a prostituição e uma deficiente aplicação prática da legislação.

No entanto, existe um quadro jurídico favorável: Código de família, Código de Menores, sistema gratuito de prestação de cuidados de SR e a Lei sobre a IVG até 12 semanas. A lei de Bases da Saúde, tem servido de referência para garantir cuidados integrados, médico e psicossocial, às pessoas que vivem com o VIH/SIDA. Existe uma rede de parlamentares que se preocupa com as questões de população e desenvolvimento e pode apoiar as actividades de advocacia.

PARTE III - ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS E MODALIDADES DE EXECUÇÃO

1. META E EFEITOS DA ESTRATÉGIA NACIONAL EM CMC/SR

A meta do PNSR, incluindo a estratégia de CMC/SR, é de contribuir para a melhoria do estado de saúde reprodutiva da população cabo-verdiana, através da redução da mortalidade e da morbilidade ligadas à reprodução e ao sistema reprodutor.

Os efeitos da estratégia nacional CMC/SR serão de contribuir para a adopção de comportamentos saudáveis e responsáveis em SR. Os comportamentos seleccionados tem em consideração as seguintes audiências:

Audiência primária (homens, mulheres, jovens, crianças, pessoas em união, família), relacionada com o uso dos serviços de saúde pelos diferentes componentes de SR, salientando-se a maternidade sem risco, o uso do método anticoncepcional, a promoção de relações sexuais protegidas e saudáveis, a implicação dos homens em parceria com as mulheres nas questões de SR e sexualidade, uma maior responsabilização dos pais na educação das crianças e no diálogo entre pais e filhos.

Audiência secundária (prestadores de serviço, educadores, animadores, pessoas recursos) para oferecer serviços de qualidade e informações fiáveis.

Audiência terciária (decisores, eleitos, religiosos, líderes de opinião) para a promoção e facilitação de comportamentos favoráveis à saúde sexual e reprodutiva na legislação, na comunidade, na promoção dos direitos da mulher, na promoção da igualdade de género, e na protecção da criança e das pessoas afectadas pelo VIH/SIDA

2. RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados correspondem aos três níveis de causas identificadas, em função das audiências:

- Informação em SR de qualidade disponível aos diferentes grupos-alvo;
- Capacidades de concepção, implementação, seguimento, coordenação e avaliação das estratégias de comunicação reforçadas a nível central e local;
- Quadro jurídico, institucional e social melhorado.

3. PRINCÍPIOS OPERACIONAIS

Os princípios operacionais servem de guia para a execução do quadro estratégico. Eles criam um ambiente propício para uma execução eficaz das actividades e fixam o quadro de referências para as diferentes abordagens de IEC/CMC/SR.

- Dar a prioridade à mudança de comportamento e não apenas à informação, tendo em conta o fosso entre o nível de conhecimento e os comportamentos;
- Assegurar a ligação entre as prestações de IEC/SR e a oferta de serviços de qualidade (adequação oferta/procura de serviços);
- Promover a qualidade dos serviços para melhorar a satisfação dos utentes;
- Dar prioridade à segmentação da audiência para adaptar as mensagens às especificidades dos grupos-alvos;
- Garantir a multissetorialidade e a parceria com os outras instituições governamentais e não governamentais assim como os parceiros do desenvolvimento;
- Promover a abordagem do género;
- Promover a combinação dos canais de comunicação;
- Estimular a participação da comunidade;
- Avaliar e difundir as melhores práticas e experiências.

4. ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS

4.1 Em relação ao resultado 1 «Informação em SR de qualidade disponível aos diferentes grupos-alvo»

As orientações estratégicas referem-se a:

Eixo 1: Melhoria do acesso aos serviços, informações e aconselhamento, nos serviços de saúde através de:

- Difusão dos documentos de política e normas de serviços de SR e procedimentos de serviços que incluem os procedimentos ligados ao aconselhamento e à comunicação interpessoal;
- Capacitação dos prestadores de serviços em técnicas de comunicação interpessoal.

Eixo 2: Melhoria do acesso aos serviços, informações e aconselhamento para os jovens através de:

- Extensão dos centros específicos para os jovens;
- Reforço das intervenções das ONG e associações;
- Introdução ou reforço dos conteúdos de educação sexual nos programas escolares;
- Desenvolvimento de abordagem participativa e interactiva com as comunidades.

Eixo 3: Melhoria do acesso aos serviços, informações e aconselhamento para os homens através de:

- Integração dos serviços e prestações IEC no PMA/SR: um estudo preliminar será realizada para analisar as necessidades não satisfeitas dos homens;
- Desenvolvimento de estratégias alternativas para atingir os jovens e os homens nos seus lugares de concentração (forças armadas, empresas, educadores, animadores, promotores...).

Eixo 4: Implementação da estratégia multimédia visando a mudança de comportamentos em SR através de:

Eixo 4.1: Implementação de uma estratégia de pesquisa, em especial de natureza qualitativa para uma melhor compreensão dos determinantes dos comportamentos seleccionados segundo os grupos alvo e de acordo com as seguintes etapas:

- Definição dos temas de pesquisa a partir da matriz da situação comportamental em anexo;
- Constituição de um repertório sobre as estruturas de pesquisa do comportamento e os organismos/pessoas recursos capazes de realizar esse tipo de pesquisa;
- Elaboração de um plano de pesquisa.
 - **Pesquisa sobre os determinantes dos comportamentos**

Esta pesquisa consiste em recolher informações necessárias às análises que neste momento se fazem imponentes. Essas informações constituem o ponto de partida para clarificar as relações causais, isto é, permite identificar os determinantes comportamentais dos grandes problemas de saúde reprodutiva que o Programa Nacional de SR toma como prioridades a resolver. Esta pesquisa é entendida como estabelecimento do perfil das diferentes audiências ou implicados na implementação das acções indispensáveis ao desenvolvimento de estratégias mediáticas estabelecidas.

Para cada nível de audiência, a estratégia irá visar um melhor conhecimento de suas particularidades e suas especificidades. Para isso, a análise comportamental utiliza a matriz em anexo.

○ **Pesquisa sobre os meios de comunicação e audiências**

As informações sobre os meios de comunicação e as audiências permitem o desenvolvimento de estratégias mediáticas adequadas a cada nível dos agentes implicados. Portanto, estas informações deverão estar disponíveis. A análise da situação pôde identificar a situação destes últimos; entretanto, não permitiu identificar todos os determinantes que condicionam seus CAP. Esta lacuna deverá ser suprimida através de estudos que disponibilizem ao PNSR informações pertinentes, permitindo:

- Afinar a segmentação das audiências;
- Precisar as estratégias mediáticas a cada segmento de audiência;
- Definir os resultados a atender em termos de mudanças de comportamentos e de fixar indicadores;
- Formular mensagens específicas a cada segmento de audiência.

Eixo 4.2: Desenvolvimento das mensagens e dos suportes

De acordo com as audiências, através da organização de ateliers de elaboração de mensagens segundo as diferentes problemáticas em SR e a partir dos resultados das pesquisas sobre os determinantes. Para o efeito, utilizar-se-á a "Matriz de planificação operacional" esboçada em anexo. Pelo menos dois ateliers anuais devem ser previstos para responder às necessidades de cada temática SR.

Eixo 4.3: Desenvolvimento de uma estratégia de difusão

Tomando em conta os mass médias nacionais, privados, comunitários e a comunicação interpessoal (face-a-face, ou de grupo) através de:

- Criação de um repertório das estruturas de produção dos suportes tanto a nível nacional como a nível da sub-região, após identificação das estruturas e das produções existentes em relação com as diversas problemáticas de SR;
- Levantamento e testagem dos suportes existentes;
- Estabelecimento de parcerias com os diferentes media e outros parceiros para a difusão dos diferentes suportes;
- Estabelecimento de um papel específico para cada estrutura mediática;

- Definição de acordos de retransmissão entre os diferentes médias (directo e diferida);
- Implementação de um projecto piloto de estação rádio satélite (estação worldspace);
- Seguimento das intervenções e a avaliação do impacto.

4.2 Em relação ao resultado 2 «Capacidades de concepção, implementação, seguimento, coordenação e avaliação das estratégias de comunicação reforçadas a nível central e local»

Eixo 5: Reforço institucional a nível central e local

Eixo 5.1: Definição dos papéis e responsabilidades dos intervenientes

A definição das modalidades institucionais de implementação da estratégia incluirá as etapas seguintes:

- Análise do papel e das responsabilidades que os diferentes intervenientes podem desempenhar segundo as suas potencialidades;
- Elaboração de uma estratégia de desenvolvimento organizacional dos intervenientes;
- Revisão do mandato e da missão do CNDS como estrutura de coordenação e de apoio técnico;
- Reforço das capacidades institucionais (uma análise institucional está na fase de finalização, o que poderá orientar a definição das necessidades de reforço institucional, (estudo INE/UNFPA);
- Definição dos mecanismos de gestão, coordenação e colaboração inter-sectorial;
- Desenvolvimento duma estratégia de parceria com as ONG e as associações com vista ao reforço de suas capacidades.

Eixo 5.2: Reforço das competências dos actores e instituições intervenientes em CMC/SR

O reforço das competências constitui uma condição preliminar para a implementação do PNSR e da estratégia de CMC/SR. Um dos grandes eixos estratégicos é o reforço da capacidade, para que a implementação do PNSR beneficie de especialistas apropriados.

Isto significa:

- Uma análise das necessidades em formação em CMC a nível das instituições de implementação da estratégia;
- A criação de um repertório de pessoas recursos;
- A identificação das estruturas/ formadores de língua portuguesa;
- A definição de uma estratégia de reforço de competências por etapas de visagens de estudos, de formação e de partilhas de experiências *in-locu*;
- A implementação do plano de formação;
- A formação e a actualização contínua de competências;
- Supervisão contínua.

Eixo 5.3: Elaboração de um plano de equipamento dos diferentes intervenientes e da estrutura de coordenação, através de:

- Implementação de um plano de equipamento, segundo uma análise das necessidades;
- Reforço do CNDS, segundo as novas funções definidas.

Eixo 6: Melhoria do sistema de seguimento e de avaliação

O reforço do seguimento e da avaliação necessita da definição de mecanismos e instrumentos fiáveis e pertinentes. As etapas são:

- A selecção dos indicadores de seguimento e de avaliação;
- A elaboração de um plano anual de seguimento da implementação da estratégia ;
- A contribuição para a implementação do SIS através da integração das informações sobre os CAP e comunicação/comportamento, incluindo os seguintes pontos:

- Tipos de suportes existentes (impressos, audiovisual, áudio), os objectivos de comunicação pretendidos, mensagem e audiência;
 - Pesquisas comportamentais realizadas;
 - Documentos técnicos (concepção e operacionalização): documentos de formação, guias de animação e de pesquisas sócio-culturais;
 - Informações sobre os comportamentos.
- A publicação de um boletim informativo semestral sobre as actividades do PNSR a partir do SIS;
 - A criação de um banco de dados a partir dos indicadores seleccionados;
 - O reforço do centro de documentação incluindo um repertório de pesquisas e de suportes IEC.

Eixo 7: «Plaidoyer» para a mobilização dos recursos para o PNSR e a Estratégia CMC/SR

A implementação do PNSR e a Estratégia de CMC/SR exigem que uma série de condições sejam reunidas, nomeadamente, os estudos permanentes para reunir as informações das audiências, dos diferentes media, para afinar o conteúdo dos eixos estratégicos do PNSR, portanto sobre a mudança de comportamento. Estas informações interessam também a todos os agentes implicados: autoridades políticas, autoridades administrativas, parceiros de desenvolvimento, religiosos e ONG.

Trata-se de:

- Assegurar a adesão dos agentes implicados através de desenvolvimento de actividades promocionais;
- Difundir junto aos parceiros de desenvolvimento as prioridades definidas no PNSR e na Estratégia de CMC/SR;
- Mobilizar recursos financeiros e técnicos.

O desenvolvimento de um plano de advocacia seguirá as seguintes etapas:

- Identificação dos agentes implicados na implementação do PNSR;
- Identificação de seus interesses e das necessidades específicas do PNSR;
- Desenvolvimento de suportes para *plaidoyer* sobre os interesses dos agentes implicados, em relação a um determinado produto do PNSR;

- A planificação das actividades de *plaidoyer* dos agentes implicados (mesa redonda, fórum, jornada de reflexão, jornadas portas-abertas, jornadas mundiais, reuniões de grupos temáticos, reunião de coordenação inter-agências de desenvolvimento, visita aos parceiros etc).

4.3 Em relação ao resultado 3 «Quadro jurídico, Institucional e social melhorado»

Os eixos estratégicos principais referem-se a:

Eixo 8: Desenvolvimento de uma estratégia de «plaidoyer» para a revisão ou a elaboração de leis (PVVIH, acesso aos serviços de SR para os menores de 16 anos, prostituição, etc.) junto dos legisladores, decisores e líderes de opinião.

Eixo 9: Contribuição à implementação de uma estratégia de mobilização social em relação à promoção da igualdade de género, à protecção das crianças, à difusão dos direitos do homem e da mulher.

Eixo 10: Sensibilização dos profissionais/autoridades para um maior rigor no cumprimento das leis.

5. MODALIDADES DE EXECUÇÃO

A Estratégia Nacional de CMC/SR é um quadro de referência nacional para as actividades CMC, tem um carácter multi-sectorial e visa reforçar a implementação do PNSR .

5.1 Implementação e coordenação

O Ministéri da Saúde, através do Centro nacional de Desenvolvimento sanitário é a estrutura governamental responsável pela coordenação das actividades de CMC. O CNDS assegurará a coordenação intra e intersectorial e o seguimento técnico do CMC a nível nacional.

Há necessidade urgente de redefinição da missão do CNDS, como estrutura de coordenação e de apoio técnico, e de reforço em recursos humanos (um Director, dois técnicos, uma documentalista), para coordenação, seguimento e avaliação das acções, bem como para o reforço da capacidade de gestão de projectos no domínio de IEC. Por outro lado, é necessário que o Centro tenha um leque de materiais e equipamentos para apoiar a formação e animação comunitária, a sistematização, organização e facilitação de acções de comunicação e de informação.

Prioritariamente, o Centro precisa de um forte engajamento político, que valorize e estimule a sua missão. Isso terá como consequência a regulamentação e a implementação efectiva de mecanismos de orientação e de concertação, bem como a afectação de recursos adequados às responsabilidades atribuídas. Uma instituição desta natureza, complexa e com muitas atribuições, precisa de uma estrutura organizativa que facilite o necessário equilíbrio das suas funções e a flexibilidade necessária para adaptar-se, influenciar e incorporar desafios.

O organismo de coordenação, figura com a implementação de um Comité técnico multisectorial, e para a Assistência Técnica; dever-se-á discutir a possibilidade de um expert internacional como Conselheiro Técnico Principal.

5.2 Seguimento e avaliação

Um plano de trabalho da EN/CMC deverá ser implementado. Este plano, permitirá a participação de todos os intervenientes (público, privado e sociedade civil organizada).

Torna-se imprescindível: a revisão anual do plano de trabalho e elaboração do plano de seguimento anual; e a avaliação final na base dos indicadores do quadro lógico em anexo.

ANEXOS

**QUADRO LÓGICO
DA ESTRATÉGIA CMC/SR**

HIERARQUIA DOS RESULTADOS	INDICADORES OBJECTIVAMENTE VERIFICAVEIS	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	HIPÓTESES
META			
Contribuir para a melhoria do estado de saúde reprodutiva da população caboverdiana	<u>Até ao fim de 2015:</u> <ul style="list-style-type: none"> • A taxa de mortalidade infantil reduz-se de 2/3 (23,1‰ em 2000) • A taxa de mortalidade materna reduz-se de 3/4 (76 p. 100.000 NV em 2000) • O número de abortos (IVG, complicações) reduz-se de 50% no meio hospitalar • A incidência das IST nos adultos reduz-se de 50% • A seroprevalência do VIH mantém-se abaixo de 38 p. 100.000 (taxa de 2001) • O ISF reduz-se de 4 f/m para 3 em geral (3,9 no meio rural) • A taxa de fecundidade nas adolescentes de 15-19 anos é inferior a 100‰ 	Relatório GEP/MS Relatório INE Registos hospitalares Relatório PLS IDSR IDSR	Disponibilidades de recursos Engajamento dos parceiros Engajamento político
EFEITOS (esperados da implementação do PNSR incluindo a Estratégia Nacional de CMC/SR)			
EFEITO 1 (PNSR) Contribuir para a melhoria da utilização dos serviços de SR de qualidade pelos diferentes grupos-alvo ADULTOS	<u>Até ao fim de 2006:</u> <ul style="list-style-type: none"> • 80% das grávidas beneficiam pelo menos de quatro consultas pré-natais de qualidade • A cobertura vacinal das grávidas com a segunda dose de vacina anti-tetânica é igual ou superior a 90% • A taxa de partos institucionais passa de 55% para 70% • A taxa de cesariana nos hospitais é inferior a 10% • 50% das grávidas beneficiam pelo menos de uma consulta pós natal de qualidade. • A taxa de prevalência contraceptiva pelos métodos modernos passa de 45% em 2001 para 50% • Pelo menos, 60% das grávidas seropositivas beneficiam do tratamento anti-retroviral e aconselhamento 	Relatórios serviços SR Relatórios serviços SR Relatórios serviços SR Registos hospitalares Relatórios serviços SR Relatórios serviços SR Relatórios PLS Relatórios serviços SR	Disponibilidades de recursos Engajamento dos Parceiros Engajamento político

HIERARQUIA DOS RESULTADOS	INDICADORES OBJECTIVAMENTE VERIFICAVEIS	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	HIPÓTESES
<p>JOVENS E ADOLESCENTES</p> <p>CRIANÇAS DE 0-5 ANOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O número de homens que utilizam os serviços de SR (aconselhamento, IST, PF, urologia) aumenta pelo menos de 30% • A taxa de gravidez precoce no seio das grávidas que frequentam os serviços SR passa de 15,2% em 2002 para 10% • O número de jovens e adolescentes que utilizam os serviços de SR, os CEJ e outros afins (aconselhamento, IST/VIH/Sida, contraceção, sexualidade) aumenta pelo menos de 50% • A taxa de mortalidade perinatal passa de 29,2% em 2000 para 20% • A cobertura vacinal completa e correcta nas crianças de 0-1 ano passa de 74,9 em 2002 para 85% 	<p>Relatórios serviços SR</p> <p>Relatórios serviços SR. CIAJ e outros afins</p> <p>Registos hospitalares</p> <p>Inquérito nacional de cobertura vacinal</p>	
<p>EFEITO 2 (Estratégia CMC/SR)</p> <p>Contribuir para adopção de comportamentos individuais e colectivos favoráveis ao bem estar geral e à saúde reprodutiva em particular</p>	<ul style="list-style-type: none"> • As necessidades não satisfeitas em PF passam de 21% (1998) para 15% • A taxa de aleitamento materno exclusivo até 6 meses aumenta de 11% em 1998 para 30% • 80% dos homens e 50% das mulheres mudam o seu comportamento sexual (66% dos H e 30% das M em 1998) • Os actos notificados de violência nos serviços de saúde e policiais diminuem pelo menos de 30% ♦ A percentagem de pessoas sexualmente activas usando o preservativo na sua última relação sexual com um parceiro não regular aumenta de 50% (57,7 % H, e 20,5% das M em 1998) 	<p>IDSR</p> <p>Relatórios serviços SR</p> <p>IDSR</p> <p>Registos</p> <p>IDSR</p> <p>Inquérito PLS</p>	

HIERARQUIA DOS RESULTADOS	INDICADORES OBJECTIVAMENTE VERIFICAVEIS	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	HIPÓTESES
PRODUTOS			
<p>1.Informação em SR de qualidade disponível aos diferentes grupos-alvo.</p> <p>2.Capacidades de concepção, implementação, seguimento, coordenação, avaliação das estratégias de comunicação reforçadas a nível central e local</p> <p>3.Quadro jurídico, institucional e social melhorado</p>	<p><u>Até ao fim de 2006:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 80% dos jovens e adolescentes têm acesso aos serviços específicos para a satisfação das suas necessidades ◆ 80% dos utentes declaram-se satisfeitos da prestação de serviço de SR ◆ 80% da população urbana e 60% do meio rural recebem pelo menos uma informação de qualidade sobre os diferentes temas da SR ◆ 100% das grávidas que frequentam os centros de saúde aceitam o rastreio sistemático do VIH/SIDA ◆ Pelo menos 60 % dos rapazes e 50% das meninas frequentam os centros de aconselhamento ◆ A Direcção Nacional do PNSR, o CNDS e as Delegacias de saúde elaboram, executam, e avaliam continuamente a implementação da estratégia CMC/SR, segundo o seu plano de acção anual em SR ◆ Existe legislação específica para as questões VIH/SIDA no que diz respeito aos direitos e deveres dos PVVIH ◆ Existe legislação específica para a prestação de cuidados de SR aos menores de 16 anos 	<p>Relatórios de serviços</p> <p>Inquérito de satisfação</p> <p>Relatórios de serviço</p> <p>Relatórios de serviço</p> <p>Relatórios de serviços, CIAJ e outros afins</p> <p>Relatórios de serviços PNSR e das Delegacias de Saúde</p> <p>Boletins oficiais</p>	

HIERARQUIA DOS RESULTADOS	INDICADORES OBJECTIVAMENTE VERIFICAVEIS	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	HIPÓTESES
ESTRATÉGIAS OPERACIONAIS/ACTIVIDADES			
2 Produto 1 : <i>INFORMACÃO EM SR DE QUALIDADE DISPONÍVEL AOS DIFERENTES GRUPOS-ALVO</i>			
RESULTADO 1.1 Acesso às prestações IEC de qualidade nos serviços de SR melhorado <ul style="list-style-type: none"> ○ Difusão dos documentos de política e normas de serviços de SR e procedimentos de serviços ○ A capacitação dos prestadores de serviços em técnicas de comunicação inter-pessoal 	<ul style="list-style-type: none"> • A partir do fim de 2004 e até ao fim de 2006, 100% dos prestadores de serviço aplicam os procedimentos de serviços SR no domínio da comunicação inter-pessoal • Até ao fim de 2004, 100% dos prestadores de serviços são capacitados em técnicas de comunicação inter-pessoal, segundo o plano de formação (PNSR) 	Relatórios de supervisão Relatórios de formação	
RESULTADO 1.2: Acesso aos serviços, informações e aconselhamento para os jovens melhorado <ul style="list-style-type: none"> ○ Integração dos serviços para os A/J nos serviços de saúde ○ Reforço das prestações A/J nos CEJ e outros afins existentes ○ Extensão das prestações de 	<ul style="list-style-type: none"> • Até ao fim de 2005, 100% de Centros de Saúde que oferecem serviços específicos para os J/A • A partir de 2004, os CEJ diversificam as suas actividades direccionadas aos jovens e adolescentes • Até ao fim de 2006, 30% das escolas dispõem dum sistema de 	Relatório de serviços SR Relatórios e serviços CEJ Relatórios de serviços	

HIERARQUIA DOS RESULTADOS	INDICADORES OBJECTIVAMENTE VERIFICAVEIS	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	HIPÓTESES
<p>informação e aconselhamento no meio escolar</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Reforço da educação de pares ○ Extensão dos conteúdos do programa de educação para a vida familiar (EMP/EVF) no EBI 	<p>informação e aconselhamento com pares educadores e professores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até ao fim de 2006, uma rede de pares/educadores das ONG/associações juvenis aplicam as orientações segundo as normas • Até ao fim de 2006, o programa de EMP/EVF é generalizado no ensino básico 	<p>Escolares (DGEBS)</p> <p>Relatórios do SEJ</p> <p>Relatórios de serviços escolares</p>	
<p>RESULTADO 1.3 Acesso aos serviços, informações e aconselhamento para os homens melhorado</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Integração das prestações IEC para os homens nos serviços SR <ul style="list-style-type: none"> - Realização de um estudo sobre as necessidades não satisfeitas dos homens ○ Elaboração de uma estratégia direccionada aos homens nos seus lugares de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Até ao fim de 2006, a integração dos serviços para os homens é efectiva, consoante o resultado do estudo da situação • Até ao fim de 2006, 100% das estruturas para-públicas (empresas, forças armadas, policia, sindicatos), privadas e das ONG oferecem serviços de SR segundo as normas 	<p>Relatórios de serviços SR</p> <p>Relatório da DNPNSR Relatórios dos parceiros</p>	

HIERARQUIA DOS RESULTADOS	INDICADORES OBJECTIVAMENTE VERIFICAVEIS	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	HIPÓTESES
<p>RESULTADO 1.4 Estratégia multimédia de CMC em SR implementada</p> <p>1.4.1. Perfil das diferentes audiências (seg. género) indispensáveis ao desenvolvimento das estratégias mediáticas estabelecido</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Definição dos temas de pesquisa a partir da matriz da situação comportamental ○ Constituição de um repertório sobre as estruturas de pesquisa do comportamento ○ Elaboração de um plano de pesquisa ○ Desenvolvimento de pesquisas sobre os determinantes de comportamento ○ Desenvolvimento de pesquisas sobre os meios de comunicação e audiências ○ Análise e difusão dos dados 	<ul style="list-style-type: none"> • Até ao fim de 2003, os temas de pesquisas são definidos • Até ao fim de 2003, um repertório das instituições/pessoas recursos capazes de realizar pesquisas no domínio comportamental é disponível • Até ao fim de 2004, um plano de pesquisa é disponível, consoante o resultado do levantamento das necessidades • Até ao fim de 2004, as informações sobre CAP dos diferentes segmentos de audiências são disponíveis • Até ao fim de 2004, as informações sobre a utilização e cobertura dos média, de acordo com os diferentes segmentos de audiência, são disponíveis • A partir de 2004 e até o fim de 2006, os resultados das pesquisas orientam as intervenções do PNSR 	<p>Documento CNDS</p> <p>Repertório</p> <p>Documento do plano de pesquisa</p> <p>Documento de pesquisa qualificativa sobre os determinantes de comportamento</p> <p>Documento de estudo sobre a cobertura e utilização dos média</p>	

HIERARQUIA DOS RESULTADOS	INDICADORES OBJECTIVAMENTE VERIFICAVEIS	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	HIPÓTESES
<p>1.4.2 Mensagens elaboradas por cada problemática de SR</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Organização de ateliers temáticos de definição de mensagens 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até ao início de 2005, as mensagens são afinadas, de acordo com o resultado das pesquisas 	Relatório CNDS	
<p>1.4.3.Plano de produção e de difusão das mensagens implementado</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Levantamento das estruturas de produção dos suportes tanto a nível nacional como a nível da sub-região ○ Levantamento e testagem dos suportes existentes ○ Estabelecimento de acordos de parcerias com os diferentes médias e outros parceiros para a difusão dos diferentes suportes ○ Implementação de um projecto piloto da estação rádio satélite (estação worldspace) ○ Avaliação do impacto das intervenções IEC/CMC 	<ul style="list-style-type: none"> • Até ao fim de 2003, um repertório das estruturas de produção de suportes é disponível • A partir de 2004, as mensagens são difundidas conforme os protocolos de acordos • Até ao fim de 2005, uma estação piloto é funcional • Os resultados dos inquéritos CAP servem para orientar os planos operacionais 	<p>Repertório</p> <p>Protocolos de acordo</p> <p>Relatório da experiência do SEC</p> <p>Documentos de estudos CAP</p>	

HIERARQUIA DOS RESULTADOS	INDICADORES OBJECTIVAMENTE VERIFICAVEIS	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	HIPÓTESES
<p>1.4.4 Estratégia IST/VIH/SIDA implementada</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elaboração e execução de uma estratégia nacional de IEC para as IST e o VIH/SIDA <ul style="list-style-type: none"> - Promoção da aceitação do uso correcto do preservativo - Desenvolvimento do marketing social dos preservativos - Reforço da intervenção a nível do ensino formal 	<ul style="list-style-type: none"> • Até o fim de 2004, todos os serviços de SR divulgam comportamentos de menor risco • Até 2004, o marketing social do preservativo é aplicado • Até o fim de 2004, todas as escolas, primárias, secundárias, públicas e privadas aplicam os programas escolares que integrem o IST/VIH/SIDA 	<p>Relatório PLS</p> <p>Relatório PLS</p> <p>Relatórios serviços escolares (DGEBS)</p>	

HIERARQUIA DOS RESULTADOS	INDICADORES OBJECTIVAMENTE VERIFICAVEIS	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	HIPÓTESES
Produto 2 : CAPACIDADES DE CONCEPÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO, SEGUIMENTO, COORDENAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO REFORÇADAS A NÍVEL CENTRAL E LOCAL			
<p>RESULTADO 2.1 Quadro institucional a nível central e local reforçado</p> <p>2.1.1 Papéis e responsabilidades dos intervenientes definidos</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Análise dos papéis e responsabilidades dos intervenientes ○ Elaboração de uma estratégia de desenvolvimento organizacional dos intervenientes ○ Revisão do mandato e da missão do CNDS como estrutura de coordenação e de apoio técnico ○ Reforço das capacidades institucionais ○ Definição dos mecanismos de gestão, coordenação e colaboração inter-sectorial ○ Melhoria dos mecanismos de cooperação com os outros parceiros ○ Organização de um encontro temático anual 	<ul style="list-style-type: none"> • Até o início de 2004, os papéis e as responsabilidades de cada interveniente na implementação da Estratégia CMC/SR são definidos • Até o fim do primeiro trimestre de 2004, o mandato e funções assim como a reorganização do CNDS são definidas • Até ao fim do primeiro trimestre de 2004, os recursos humanos estão nomeados segundo os termos de referência • Até ao início de 2004, os mecanismos de coordenação são funcionais • A partir do início de 2004, os mecanismos de cooperação com os parceiros são funcionais (Comité inter-Agencia SNU, grupos temáticos, encontros periódicos...) • A partir de 2004, anualmente é organizado um encontro sobre uma problemática de CMC em SR de interesse comum a todos os parceiros 	<p>Relatório CNDS</p> <p>Boletim Oficial</p> <p>Relatório CNDS</p> <p>Relatório CNDS</p> <p>Relatório CNDS</p> <p>Relatório CNDS</p>	

HIERARQUIA DOS RESULTADOS	INDICADORES OBJECTIVAMENTE VERIFICAVEIS	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	HIPÓTESES
<p>2.1.2 : Competências dos actores e instituições intervenientes em CMC/SR reforçadas</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Análise das necessidades em formação em CMC ○ Levantamento das potencialidades em formação existentes no país ○ Desenvolvimento de um plano de formação ○ Identificação das estruturas/formadores de língua portuguesa ○ Implementação do plano de formação ○ Implementação dos mecanismos de actualização contínuas das competências 	<ul style="list-style-type: none"> • Até ao fim do primeiro trimestre de 2004, as necessidades de formação em CMC são definidas • Até ao fim de 2003, um repertório das instituições/pessoas recursos no domínio da formação é disponível • Até ao fim do primeiro trimestre de 2004, um plano de formação é disponível • Até aos meados de 2004, o recenseamento das estruturas de formação é disponível • Até ao fim de 2005, as estruturas de execução e as Delegacias de Saúde dispõem de competências em gestão de programas SR e IEC consoante o resultado do levantamento das necessidades • Até aos finais de 2006, o plano de actualização contínua é aplicado 	<p>Relatório CNDS</p> <p>Repertório</p> <p>Relatório CNDS</p> <p>Relatório CNDS</p> <p>Relatório CNDS Relatórios de formação</p> <p>Relatórios de supervisão</p>	
<p>2.1.3: Capacidades técnicas e logísticas das estruturas aos diferentes níveis reforçadas</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Levantamento das necessidades ○ Reforço do CNDS ○ Elaboração de um plano de equipamento e dum plano de manutenção para os diferentes intervenientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Até ao fim de 2003, o CNDS dispõe de equipamento de base necessário para iniciar a implementação da estratégia (informático, escritório, logístico) • Até ao fim do primeiro trimestre de 2004, o plano de equipamento dos diferentes intervenientes é disponível, incluindo um plano de manutenção programado (contratação, formação técnicos nacionais) 	<p>Relatório CNDS</p> <p>Relatório CNDS</p>	

HIERARQUIA DOS RESULTADOS	INDICADORES OBJECTIVAMENTE VERIFICAVEIS	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	HIPÓTESES
<p>RESULTADO 2.2 Sistema de seguimento e de avaliação eficiente</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Selecção dos indicadores de seguimento e de avaliação ○ Elaboração de um plano anual de seguimento da implementação da estratégia ○ Informações relativas aos CAP (incluindo o género) para o desenvolvimento da CMC integradas no SIS <ul style="list-style-type: none"> - Definir os termos de referência para a integração - Recolher as informações sobre os CAP - Publicar semestralmente um boletim informativo sobre as actividades do PNSR ○ Criação de um banco de dados ○ Reforço do centro de documentação incluindo um repertório de pesquisas e de suportes IEC 	<ul style="list-style-type: none"> • Até aos meados de 2004, os indicadores de seguimento e avaliação são definidos • Um plano de seguimento é elaborado anualmente • Até ao fim de 2004, as informações relativas aos CAP são introduzidas no SIS • Até ao fim de 2005, um banco de dados CMC/SR é funcional • Até ao fim de 2004, um centro de documentação é operacional 		

HIERARQUIA DOS RESULTADOS	INDICADORES OBJECTIVAMENTE VERIFICAVEIS	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	HIPÓTESES
<p>RESULTADO 2.3 Mobilização dos recursos efectiva</p> <p>2.3.1 Desenvolvimento de um plano de <i>plaidoyer</i> junto dos decisores e parceiros de desenvolvimento</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificação dos intervenientes e de seus interesses na implementação do PNSR e da Estratégia CMC/SR ○ Desenvolvimento de argumentação ○ Planificação das actividades de advocacia 	<ul style="list-style-type: none"> ● No primeiro trimestre de 2004, um plano de <i>plaidoyer</i> para a mobilização dos recursos é elaborado e apresentado aos parceiros de desenvolvimento 	<p>Documento de mobilização de recursos</p>	

HIERARQUIA DOS RESULTADOS	INDICADORES OBJECTIVAMENTE VERIFICAVEIS	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	HIPÓTESES
Produto 3 : <i>QUADRO JURÍDICO, INSTITUCIONAL E SOCIAL MELHORADO</i>			
<p>RESULTADO 3.1 Plaidoyer para a criação de um ambiente jurídico favorável à SR</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Plaidoyer</i> junto de líderes de opinião, legisladores e decisores para a revisão do quadro jurídico (jovens, violência, PVVIH, SR em geral) ○ Realização de um estudo de análise da situação/justificação da revisão da lei para os menores ○ Sensibilização dos profissionais/autoridades para um maior rigor no cumprimento das leis 	<ul style="list-style-type: none"> • Até ao fim de 2004, existe legislação específica para as questões VIH/SIDA no que diz respeito aos direitos e deveres dos PVVIH • Até ao fim de 2006, existe legislação específica para a prestação de cuidados de SR aos menores de 16 anos, consoante o resultado do estudo • Até ao fim de 2004, as leis existentes relacionadas com questões SR são difundidas e aplicadas pelos profissionais 	<p>Boletins oficiais</p> <p>Boletins oficiais</p> <p>Relatório DNPNSR Relatórios de serviço dos intervenientes</p>	

**MATRIZ DE PLANIFICAÇÃO
OPERACIONAL COMPORTAMENTAL**

Orientações para a utilização da «Matriz de Planificação Operacional Comportamental» e «Matriz de Operacionalização dos CAP desejados»

Os quadros que se seguem têm por finalidade orientar os utilizadores da estratégia no apoio à implementação da dimensão comunicacional do PNSR, e tem como objectivo dar respostas aos diferentes problemas de SR retidos como prioridade para o PNSR.

1. A grelha «MATRIZ DE PLANIFICAÇÃO OPERACIONAL COMPORTAMENTAL» é composta de 5 colunas que são as seguintes:

- *Audiência*
- *CAP Desejados*
- *CAP Observados*
- *Causa dos CAP. Observados e*
- *Obs. (Observações)*

Audiência refere-se aos grupos alvos do programa de SR, destinatários das acções aos problemas específicos concernentes que se pretende resolver com a implementação da estratégia.

CAP observados dizem respeito aos problemas de SR específicos, identificados em relação a cada grupo alvo. É a partir dos CAP observados que as causas são analisadas e são traçados as orientações e os objectivos comportamentais que se quer atingir.

Causas dos CAP observados surgiram da análise dos CAP observados; para cada CAP observado pode haver muitas causas, e cada causa pode implicar muitos grupos alvos. A análise causal permite identificar as mensagens específicas relacionadas com o CAP desejado pelo PNSR. Algumas causas identificadas que são marcadas com ponto de interrogação são resultados empíricos de discussões durante os ateliers de consulta da análise da situação e que necessitam ser validados com investigações/estudos.

Observações contidas no quadro «Matriz de Planificação Operacional Comportamental» fornecem um certo número de informações que indicam a necessidade de aprofundamento do conhecimento do problema em questão. Eles orientam também todas as pesquisas, as formações e as acções de *plaidoyer* a serem realizadas para a implementação do PNSR com vista ao resultado esperado pelo programa.

CAP desejados são o resultado que se deseja obter para resolver o problema (CAP observado) identificados no programa SR.

É a partir do CAP desejado que as ideias de mensagem são formuladas. Certas causas podem também dar pistas para formular as ideias de mensagem.

2. A Grelha, «MATRIZ DE ORIENTAÇÃO DE COMUNICAÇÃO» é composta por 4 colunas:

- *CAP desejados*
- *Ideias de mensagem*
- *Canal de comunicação privilegiada e*
- *Observação*

As ideias de mensagem traduzem o comportamento desejado pelo grupo alvo em questão e identificado a partir da análise causal dos CAP observados do estabelecido na matriz de orientação comportamental.

As **ideias de mensagem** são compostas de palavras chave a partir das quais as mensagens específicas serão concebidas.

Se tomarmos como exemplo o CAP observado: *O consumo da droga aumenta a vulnerabilidade ao VIH/SIDA*, assim, a ideia de mensagem é a «*relação droga VIH/SIDA*». A partir desta ideia de mensagem podem surgir várias mensagens tais como:

- A relação entre a injeção e VIH;
- A relação entre a droga e a inibição da capacidade para negociar a relação sexual protegida;
- A relação entre a prostituição para a compra da droga e o duplo risco de infecção pelo VIH.

O **Tipo de comunicação privilegiada** define em relação a cada grupo alvo o tipo de comunicação mais adaptada para fazer passar a mensagem desejada.

A coluna **Observação** contida no quadro «Matriz de Operacionalização dos CAP desejados» representa as outras alternativas ao canal de comunicação privilegiado, ou seja para cada grupo alvo há um tipo de comunicação privilegiada, mas pode também haver outras formas de comunicação que reforçam ou facilitam a chegada da mensagem aos grupos alvo.

Conforme o plano de acção, a Matriz de orientação da Comunicação deverá ser preenchida em ateliers específicos para a elaboração de mensagens, envolvendo os intervenientes chave específicos de cada problema de SR

Problema de SR: Morbilidade infantil e Mortalidade infantil elevada

Conhecimentos Atitudes e Práticas	CAP Desejados (meta)	CAP Observados	Causa do CAP observados	Obs.
AUDIÊNCIA primária				
1. Pais e educadores de crianças com menos de 5 anos	<p>85% de crianças completam o calendário vacinal antes do 1 ano de idade(PNSR)</p> <p>Todos os técnicos de saúde informam os pais sobre os antígenos aplicados no calendário vacinal durante as sessões de vacinação</p> <p>Os pais têm informação correcta sobre as doenças alvos do PAV</p> <p>Os pais têm informação correcta sobre o calendário vacinal</p> <p>Os prestadores de saúde fazem um bom acolhimento as mães</p> <p>Os homens participam nas actividades de promoção de vacinação</p> <p>Os líderes de opinião ao nível comunitário participam nas actividades de promoção da vacinação</p> <p>O sector da educação, promoção social, ONG e associações comunitárias participam nas actividades de promoção da vacinação</p>	<p>61,6% de crianças completa e correctamente vacinadas antes de um ano</p> <p>Os técnicos de saúde não informam os pais sobre a vacinação (Inquérito vacinação)</p> <p>Os prestadores de saúde dão pouca informação aos pais sobre o tipo de antígeno que o filho está a receber e sobre o número de passagem necessária para cumprir o calendário (Inquérito vacinação)</p> <p>Os pais não conhecem o calendário vacinal</p> <p>A maioria das mães não é bem acolhida nos serviços de saúde</p> <p>Os homens não participam na promoção da vacinação</p> <p>Os líderes de opinião ao nível da comunidade não participam (sobretudo dos homens) na problemática de vacinação.</p> <p>Fraco envolvimento dos sectores da educação, associações comunitárias e social na promoção da vacinação</p>	<p>Falta de informação sobre o calendário vacinal; Pouca acessibilidade dos serviços SR e pouco envolvimento dos homens nos serviços</p> <p>Deficiente comunicação interpessoal nos serviços (A maioria dos agentes de vacinação não comunicam com os pais durante a sessão de vacinação)</p> <p>Falta de estímulo Faltade formação/reciclagem em IEC e PAV Falta de recursos humanos</p> <p>Prestadores com pouca formação sobre atendimento Serviços de saúde gratuitos</p> <p>Os homens consideram a vacinação tarefa de mulheres e pensam que devem contribuir financeiramente</p> <p>Pouco envolvimento dos líderes comunitários nos serviços de SR Inexistência de programas IEC/SR voltado para os homens</p> <p>Deficiente interacção entre os sectores a nível operacional (Fonte)</p>	<p>Pesquisa</p> <p>Formação CIP</p> <p>Motivação dos prestadores</p> <p><i>Plaidoyer</i> para a generalização da supervisão Organização do serviço</p> <p>Organização de serviços</p> <p>Inquérito Observação</p> <p>(Falta informação sobre motivos de não participação)</p> <p>Ver a inclusão no IDSR II</p>

Problema de SR: Morbidade infantil e Mortalidade infantil elevada
(Reduzir em 2/3 a taxa de mortalidade 0-4 anos ate 2015)

Conhecimentos Atitudes e Praticas AUDIÊNCIA primária	CAP Desejados (meta)	CAP Observados	Causa dos CAP observados	Obs.
Pais e educadores de Crianças	<p>Aumentar em 50% o aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade</p> <p>Todas as mães que tem o parto nas estruturas de saúde conhecem os benefícios do aleitamento materno</p> <p>Todas as mães que fazem o pré-natal recebem informação sobre o aleitamento materno (%)</p> <p>% das famílias das crianças de menos de seis meses que conhecem os efeitos nocivos de certos chás (nomes dos Chás!!!) sobre a saúde da criança</p> <p>Aumentar em 50% IDSR? o número de mães de crianças que fazem a suplementação de ferro</p> <p>Aumentar em 50% o número de mães de crianças de 0 a 5 anos que alimentam as crianças de forma equilibrada</p>	<p>Só 11% das crianças são amamentadas exclusivamente até os seis meses</p> <p>As mães dão outros líquidos sobretudo chás as crianças de menos de seis meses</p> <p>As mulheres não sabem que a "triça branca" pode ser prevenida pela suplementação em ferro</p> <p>As mães não fazem a alimentação equilibrada as crianças</p>	<p>As mulheres pensam que o leite pode estar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sujo e • leite fraco • leite cansado • entre outros <p>Os prestadores de saúde falam pouco sobre a importância do aleitamento materno nos serviços de parto e pré-natal (fonte)</p> <p>O chá elimina os males do organismo da criança</p> <p>Não conhecida (ver documento UNICEF)</p> <p>Inexistência de um programa de nutrição nos serviços de SR; pouca informação aos pais em relação à alimentação equilibrada, e fraco poder econômico</p>	<p>UNICEF Estudo qualitativo sobre AM CAP sobre a percepção de aleitamento materno</p> <p>Inquérito sobre a qualidade de serviço</p> <p>CAP sobre práticas de uso de chás</p> <p>Ver inclusão no IDSR II</p> <p>Inquérito observação sobre as praticas alimentares das crianças de 0 a 5 anos</p>

Problema de SR: Morbilidade infantil e Mortalidade infantil elevada

(Reduzir em pelo menos 50% a má-nutrição nas crianças de 0 a 5 anos até 2006)

(Reduzir em pelo menos 50% a morbilidade e mortalidade infantil por doenças diarreicas até 2006)

Conhecimentos Atitudes e Práticas AUDIÊNCIA primária	CAP Desejados (meta)	CAP Observados	Causa dos CAP observados	Obs.
<p>Pais e educadores de Crianças</p>	<p>As famílias que conhecem as práticas correctas de higiene domiciliar(%)</p> <p>As mães que conhecem a relação entre a higiene e a saúde das crianças</p> <p>As mães que conhecem a importância do desmame para saúde das crianças(%)</p> <p>Educadores de crianças de 0 aos 5 anos que praticam a desinfecção da água(%)</p> <p>Família de crianças de 0 a 5 anos que recebem SRO, segundo as normas para crianças durante os episódios da diarreia(%)</p> <p>Família de crianças de 0 a 5 anos que conhecem os benefícios da alimentação da criança durante os episódios da diarreia(%)</p> <p>Os pais que conhecem os riscos da auto-medicação durante os episódios da diarreia</p> <p>As pessoas que acham que as diferentes formas de diarreia podem ser feitas nas estruturas de saúde, qualquer que seja a etiologia</p>	<p>As mães não tomam todas as precauções quanto às regras de higiene em relação com a saúde das crianças</p> <p>As mulheres não conhecem a importância do desmame na saúde das crianças(56% de mães introduziram alimentos antes dos quatro meses de idade)</p> <p>Tratamento incorrecto da água - 45% das famílias de crianças de 0 a 5 anos não tratam a água correctamente</p> <p>48% das crianças não receberam oralite (SRO) durante os episódios da diarreia</p> <p>48% dos educadores reduziram a alimentação durante os episódios de diarreia</p> <p>Os pais fazem auto-medicação às crianças durante os episódios de diarreia</p> <p>A população acredita que certas formas de diarreia não podem ser tratados nas estruturas de saúde</p>	<p>Desconhecimento das regras básicas de higiene (EP Tomo I) Falta de água potável; falta de dinheiro; limitação de acesso</p> <p>Desconhecimento das regras básicas de alimentação infantil; as mulheres introduzem o desmame por vários motivos: Estéticos, leite fraco, evita a manha no seio(apego que leva a recusa aos alimentos)</p> <p>Não conhecida Ver estudo de higiene em Santiago</p> <p>Elevada taxa de analfabetismo, pouca acessibilidade aos serviços de saúde</p> <p>Os pais pensam que a alimentação aumenta a diarreia</p> <p>Prática cultural da população em matéria de saúde</p> <p>Representação de diferentes formas de diarreia: bruxaria, mau olhado, etc.</p>	<p>Aprofundar a pesquisa qualitativa (er estudo UNICEF)</p> <p>Pesquisa qualitativa e quantitativa sobre a percepção da nutrição</p> <p>Estudo qualitativo sobre a percepção da higiene ligada à água</p> <p>Aprofundamento das determinantes comportamentais sobre os itinerários terapêuticos relativos a saúde da criança</p>

Problema de SR: Fecundidade elevada sobretudo no meio rural

(Reduzir a fecundidade geral sobretudo nos adolescentes e no meio rural)

Conhecimentos Atitudes e Práticas AUDIÊNCIA Primária	CAP Desejados (meta)	CAP Observados	Causa dos CAP observados	Obs.
Adolescentes e jovens mulheres jovens homens e em união	<p>A proporção de adolescentes de 15 a 19 anos que sabem quais as consequências das relações sexuais precoces aumenta em 50%</p> <p>A proporção de rapazes e raparigas de 15 aos 24 anos que podem citar pelo menos 3 métodos contraceptivos</p> <p>A proporção de jovens de 14 a 24 anos que utilizam os métodos contraceptivos aumenta de 50 % sobretudo nas primeiras relações sexuais aumenta em 50%</p> <p>Relações não protegidas</p>	<p>Início precoce de relações sexuais 41% dos Adolescentes/Fem. de 15 a 19 anos já tiveram relações sexuais(IDSR)</p> <p>28% das raparigas e 55% dos rapazes que não utilizaram nenhum método na sua primeira relação sexual não conheciam nenhum método contraceptivo</p> <p>Somente 18% Fem. e 13% dos Masc. dos 15 aos 24 anos utilizaram métodos contraceptivos nas primeiras relações sexuais</p>	<p>Parcialmente conhecida: material de comunicação não adaptado e professores não suficientemente formados (avaliação material EMP/EVF)</p> <p>Fraca acção da sexualidade pelos pais</p> <p>Somente 33% das meninas e 36% dos rapazes recebem informações sobre a sexualidade antes das primeiras relações sexuais (IDSR)</p> <p>Pouca acessibilidade Pouca informação sobre SR IEC de forma inadequada Ausência de educação sexual nas famílias Fraco conhecimento sobre sexualidade Preconceitos sociais/culturais</p> <p>Início precoce das relações sexuais Questões ligadas ao género Fraco conhecimento da sexualidade (IST/VIH/Gravidez) Poucos serviços de atendimento especiais para jovens Irresponsabilidade Pouca confidencialidade/sigilo</p>	<p>Avaliação de EMP/EVF e FPS</p> <p>Estudo para definir quais as combinações da estratégia apropriada para a implementação da sexualidade dos jovens inclusive a dos pares educadores no ESA</p> <p>Ver inclusão no IDRS II (Tratar rural/urbano no IDSR I)</p> <p>Incluir o conhecimento da contracepção no estudo IDSR ou ESA</p> <p>Condicionalidade de Disponibilidade de PNSR para os serviços</p> <p>Ver inclusão no IDRS II</p>

Problema de SR: Fecundidade elevada sobretudo no meio rural

(Reduzir a fecundidade geral sobretudo nos adolescentes e no meio rural)

Conhecimentos Atitudes e Práticas AUDIENCIA Primária	CAP Desejados (meta)	CAP Observados	Causa dos CAP observados	Obs.
<p>Reduzir para 10% a necessidade não satisfeita de PF</p>	<p>Aumentar (%) a procura de serviço PF</p> <p>A proporção de mulheres que abandonaram o método por medo dos efeitos colaterais reduzida em 30%</p> <p>A proporção de jovens de 15 aos 24 anos que têm a competência para negociar o não a oportunidade de relação sexual de risco</p> <p>Aumentar o n.º de mulheres de 15 a 29 anos que conhecem a utilização correcta de 3 métodos contraceptivos</p>	<p>21% de indivíduos sexualmente activos a nível nacional , sendo 25% no meio rural estimam as suas necessidades não satisfeitas em PF</p> <p>Abandono dos métodos contraceptivos(%)</p> <p>29% das raparigas e 10% dos rapazes de 15 aos 24 anos que não usaram nenhum métodos na primeira relação, não esperavam ter relações sexuais</p> <p>Sómente 48% de mulheres com 5 filhos fazem o PF</p>	<p>Formação conservadora de alguns profissionais Vergonha em procurar os métodos nos serviços públicos</p> <p>(33% de mulheres de 15 a 29 anos receiam os efeitos colaterais dos métodos contraceptivos)</p> <p>Pouca habilidade para argumentar/negociar Informação em SR insuficiente</p> <p>Informação deficiente Negligência dos utentes Barreiras sócio culturais (ANALFABETISMO)</p>	<p>Aprofundar os conhecimentos conforme os seguimentos da audiência</p> <p>Formação em <i>life skills</i> Estudo ESA</p> <p>CAP/Ver causas, incluir no IDSR</p>

Problema de SR: Fraca utilização dos serviços de SR integrados e de qualidade pelos diferentes grupos alvo
(70% de homens e mulheres têm comportamento responsável em matéria de SR)

Conhecimentos Atitudes e Praticas AUDIÊNCIA primária	CAP Desejados (meta)	CAP Observados	Causa dos CAP observados	Obs.
Adolescentes, jovens, homens, mulheres, casais e unidos	<p>A proporção de homens que frequentam os serviços SR aumenta de %</p> <p>A proporção de homens que utilizam os serviços de PF (informação, IST, prevenção do cancro, etc) de SR, aumenta em 50%</p> <p>A proporção dos jovens que utilizam os serviços de PF (informação, IST, prevenção do cancro, etc) de SR aumenta em 50%</p> <p>Proporção de prestadores de saúde das estruturas de saúde prestam serviços SR a menor es de 16 anos</p> <p>Aumentar o numero de casais e unidos que falam sobre questões de SR</p> <p>A proporção de estruturas sanitárias que participam nas actividades SR aumentam de %</p> <p>Proporção de lideres municipais que participam nas actividades de SR aumentam de %</p>	<p>Pouco envolvimento dos homens, nas questões de SR</p> <p>Poucos homens utilizam os serviços de SR %</p> <p>Poucos jovens utilizam os serviços de SR %</p> <p>Os prestadores de serviço são reticentes a prestação de serviços a menores</p> <p>Somente 8% de mulheres casadas ou unidas falam de PF com os seus companheiros</p> <p>Fraco envolvimento da comunidade nas questões de SR</p> <p>% de municípios que participam nas actividades SR</p>	<p>Factor cultural, deficiente informação dirigidas aos jovens e homens (MS)</p> <p>Falta de acesso a SR, acolhimento e comunicação inter-pessoal deficientes</p> <p>Prestadores de serviços não capacitados em matéria de IEC (MS), insuficiência de serviços integrados de qualidade, legislação não é clara, quanto à prestação de serviços a menores</p> <p>Insuficiente mobilização das associações comunitárias e organismos ligados à juventude</p> <p>Os serviços de saúde implicam um pouco as estruturas comunitárias</p> <p>Fraca sensibilização dos decisores MS para participação dos lideres municipais</p>	<p>Estudos de qualidade sobre o nível de frequência do acesso dos homens e jovens aos serviços SR</p> <p>CAP sobre SR/homens e Jovens(IDSR II)</p> <p>Estudo da legislação existente; <i>plaidoyer</i> em direcção aos decisores</p> <p>(ver vacinação)</p>

Problema de SR: Fraca utilização dos serviços de SR integrados e de qualidade pelos diferentes grupos alvo

<p>Conhecimentos Atitudes e Praticas</p> <p>AUDIÊNCIA primária</p>	<p>CAP Desejados (meta)</p>	<p>CAP Observados</p>	<p>Causa dos CAP observados</p>	<p>Obs.</p>
<p>Adolescentes, jovens, homens, mulheres, casais e unidos.</p>	<p>A proporção de serviços que prestam serviços (informação, IST, prevenção do cancro, etc.) de SR de qualidade.</p> <p>A proporção dos jovens que conhecem os serviços de SR disponíveis</p>	<p>Os serviços de SR não oferecem (informação aconselhamento) adequado aos jovens ?</p> <p>Os Jovens têm pouco conhecimento dos serviços de SR disponíveis</p>	<p>Serviços pouco adaptados às necessidades de jovens e homens</p> <p>Mecanismos de referências deficientes</p> <p>Poucas actividades de IEC adaptadas aos diferentes alvos (PNSR)</p> <p>Falta de IEC adaptada</p> <p>Serviços pouco adaptados às necessidades dos jovens e homens</p> <p>Mecanismos de referência deficiente</p>	<p>Estudos sobre Sexualidade dos adolescentes</p> <p>Estudos sobre a qualidade de serviços SR</p> <p>Estudo de avaliação do material de IEC existente (a realizar no quadro da estratégia)</p> <p>Estudo de audiência dos medias (real EN)</p>

Problema de SR: Abortos elevados

Conhecimentos Atitudes e Praticas AUDIÊNCIA primária	CAP Desejados (meta)	CAP Observados	Causa dos CAP observados	Obs.
Adolescentes, jovens, homens, mulheres,casais e unidos	<p>Proporção de jovens que conhecem riscos de aborto</p> <p>Proporção das jovens de menos de 20 anos que sabem como evitar gravidez não desejada</p> <p>Proporção de jovens que fazem IVG nos serviços competentes</p>	<p>Abortos elevados Casos notificados de IVG : H.ª Neto(2002) : 1017 H.B. Sousa(2002) : 580</p> <p>Número elevado? de jovens mulheres que recorrem a abortos clandestinos (serviços clandestinos para abortos-IVG após 12 semanas)</p>	<p>Desconfiança das utentes do sigilo e da confidencialidade nos serviços de IVG</p> <p>(IDSR- percentagens de abortos sobre as gravidezes das jovens de menos de 20 anos?</p> <p>Metade das crianças nascidas vivas de jovens menos de 20 anos são indesejadas</p> <p>49% das raparigas de menos de 24 anos abandonaram os estudos porque não tinham com quem deixar os filhos - 19% porque tinham vergonha</p> <p>1 em cada 3 gravidezes nas mulheres de 15 a 49 anos, 1 é indesejada</p> <p>Desconfianças das utentes do sigilo e da confidencialidade nos serviços de IVG ???</p> <p>Forte censura á gravidez na adolescência, inclusive pelos jovens(F>G GTZ)</p>	<p>Estudo sobre a frequência dos abortos</p> <p>Introdução <i>Life skills</i> no IEC</p> <p>(ESA) Conhecimento da situação da gravidez na adolescência</p>

Problema de SR: Mortalidade materna elevada

(Reduzir em 2/4 a mortalidade materna até 2005)

Conhecimentos Atitudes e Praticas AUDIÊNCIA primária	CAP Desejados (meta)	CAP Observados	Causa dos CAP observados	Obs.
	<p>A proporção de mulheres que têm partos assistidos pelo pessoal de saúde aumenta para 85%</p> <p>Proporção de mulheres que vão ao serviço de parto atempadamente.</p> <p>Proporção de grávidas que fazem a 1ª consulta no primeiro trimestre de gravidez</p> <p>80% das mulheres grávidas fazem pelo menos 3 consultas de pré-natal</p> <p>50% das grávidas recebem vacinação anti-tetânica</p>	<p>45% das mulheres têm partos domiciliares não assistidos</p> <p>No meio rural, somente 36% das mulheres tiveram partos assistidos pelos técnicos de saúde</p> <p>55% das grávidas não fizeram a 1ª consulta Pré-natal no 1º trimestre)</p> <p>25% de mulheres com menos de 4 consultas (média nacional de 4.2)</p> <p>(somente 39% de grávidas receberam vacina anti-tetânica)</p>	<p>Pouco conhecimento dos riscos de partos não assistidos pelo pessoal de saúde???</p> <p>Acessibilidade (acolhimento/comunicação inter-pessoal, Serviço de parto)???</p> <p>Fraca percepção de risco</p> <p>Demora na procura de serviços de pré natal</p> <p>Pouco conhecimento da importância da consulta pré-natal</p> <p>Os prestadores de saúde não fazem aconselhamento adequadamente</p> <p>Falta de informação</p>	<p>(Os partos domiciliares ocorrem com mais frequência nas mulheres com mais de 20 anos e nas mulheres que têm mais que um filho)</p> <p>CAP sobre o conhecimento dos riscos/ procura pré e pós-natal)</p> <p>Estudo sobre a qualidade de serviços (PNSR)</p> <p>52% das mulheres do meio rural fizeram a 1ª consulta pré-natal depois do 1º trimestre</p> <p>Organização de serviço</p> <p>Desenvolvimento da estratégia avançada</p> <p>Situação paradoxal (exactidão dos dados média Nacional consulta de 4.2 ; 39% vacinadas contra o tétano)</p>

Problema de SR: Mortalidade materna elevada

(Reduzir em 2/4 a mortalidade materna até 2005)

Conhecimentos Atitudes e Práticas	CAP Desejados (meta)	CAP Observados	Causa do CAP observados	Obs.
AUDIÊNCIA primária				
Mulher e homem em idade fértil	<p>50% de mulheres que fazem a consulta pós-parto</p> <p>o número de mulheres que conhecem a importância da consulta pós-parto aumenta de %</p> <p>% de mulheres que conhecem a relação entre a alimentação e anemia</p> <p>% de mulheres que conhecem o benefício da suplementação em ferro</p>	<p><i>Em 2000 somente 23 % das mulheres frequentaram a consulta pós- parto</i></p> <p>% ? de mulheres não conhecem a relação entre a alimentação e anemia(triça Branca)</p> <p>% ? de mulheres que não fazem suplementação em ferro</p>	<p>Falta de IEC Desconhecimento da importância da consulta pós parto</p> <p>Deficiente informação nos serviços</p> <p>Falta de informação</p> <p>Supressão de alimentos ricos em ferro ???</p> <p>Desconhecimento da importância da alimentação equilibrada na grávida</p> <p>Os serviços de saúde não fazem educação nutricional às gravidas</p>	<p>Ver IDSR Aprofundar conhecimento</p> <p>Ver estudos sobre micró-nutrientes</p> <p>(desconhecimento da importância dos nutrientes e práticas alimentares tradicionais nefastas)</p>

Problema de SR: Expansão rápida do VIH/SIDA

Conhecimentos Atitudes e Práticas	CAP Desejados (meta)	CAP Observados	Causa do CAP observados	Obs.
AUDIÊNCIA primária				
Adolescentes, jovens, homens e mulheres	<p>Proporção dos indivíduos sexualmente activos que sabem que todas as relações sexuais não protegidas são de risco</p> <p>Proporção dos indivíduos sexualmente activos que utilizam preservativos</p> <p>Os indivíduos que conhecem os comportamentos e situações de risco</p> <p>Os indivíduos que dizem ter mudado seu comportamento em virtude do conhecimento do VIH/SIDA</p> <p>Os indivíduos sexualmente activos que dizem ter diminuído o número de parceiros sexuais</p> <p>Proporção dos indivíduos sexualmente activos que procuram os serviços de saúde para tratar as IST</p>	<p>Sómente 57% dos homens utilizam o preservativo</p> <p>Sómente 20,5% das mulheres utilizam o preservativo</p> <p>76% dos homens não se acham sujeitos a risco de infecção</p> <p>85% das mulheres não se acham sujeitos a risco de infecção</p> <p>% de indivíduos sexualmente activos com sintomas de IST não procuraram o tratamento</p> <p>79,3% das mulheres com sintomas disseram ter procurado tratamento</p>	<p>57% de homens e 26% de mulheres acham que o preservativo diminui o prazer)</p> <p>30% mulheres e 66% homens disseram que mudaram o s/ comportamento sexual em virtude do conhecimento sobre SIDA</p> <p>Desconhecimento dos sintomas das ITS ????</p> <p>Desconhecimento das sintomas das IST???</p> <p>Auto-medicação nas IST</p>	<p>Uso do preservativo entre os métodos contraceptivos: 24,8 % H, 3.7 % das M</p> <p>Disponibilização de preservativos com base comunitária</p> <p>Estudo sobre a prostituição (Cruzar esta informação com a percepção de risco)</p> <p>CAP da situação de condutores de Condutores de transporte público</p> <p>CAP da situação dos trabalhadores migrantes</p> <p>CAP das mulheres chefes de família</p> <p>Levantamento da situação de migração</p> <p>CAP sobre IST (Ver IDSR I)</p>

Problema de SR: Violência contra crianças, adolescentes e mulheres

Conhecimentos Atitudes e Práticas AUDIÊNCIA primária	CAP Desejados (meta)	CAP Observados	Causa do CAP observados	Obs.
Crianças, adolescentes, homens e mulheres	<p>Os indivíduos que conhecem as consequências da violência física/psicologia sobre o desenvolvimento das crianças</p> <p>Os educadores conhecem as consequências do abandono sobre o desenvolvimento psic./afectivo das crianças</p> <p>As estruturas sociais que prestam cuidados aos órfãos</p> <p>Crianças que sabem como reagir face aos abusos e violências sexuais</p> <p>Proporção de pais que registam os seus filhos</p> <p>Aumentar o conhecimento das leis existentes</p> <p>Melhorar a condição de aplicação das leis existentes</p>	<p>Prevalência elevada de violência física contra crianças <i>como forma de educar</i></p> <p>2/3 das crianças não são cuidadas pelas mães</p> <p>Crianças órfãos em situação de risco.</p> <p>Prevalência elevada de abusos sexuais as crianças (taxa de violência sexual nas crianças)</p> <p>Os pais registam tardiamente as crianças</p>	<p>Falta de formação e educação de base Analfabetismo Pouca divulgação dos direitos da criança Deficiente divulgação e aplicação de leis Aspectos sócio culturais</p> <p>Desagregação da família</p> <p>Mulheres sem meios de subsistência</p> <p>Segundo IDSR, 80% das crianças nascem do casamento</p> <p>Dúvidas quanto à paternidade Desconhecimento da importância de registos</p> <p>Fraca implicação do serviço de registo</p> <p>Deficiente divulgação e aplicação da leis</p>	<p>CAP sobre abusos sexuais</p> <p>(Somente 1/3 de crianças são registados no primeiro ano de vida)</p> <p><i>Plaidoyer</i> para o reforço da capacidade das mulheres chefes de família para tomar conta dos seus filhos</p> <p>CAP sobre abandono Estudo sobre a situação da família cabo-verdiana</p> <p><i>Plaidoyer</i> para o apoio às crianças órfãs</p> <p><i>(20% das crianças não estavam registadas em 1994)</i></p> <p>Ver ICM (dados sobre crianças)</p> <p>Ver ICM/CAP sobre SIDA</p>

Conhecimentos Atitudes e Praticas AUDIÊNCIA primária	CAP Desejados (meta)	CAP Observados	Causa dos CAP observados	Obs.
Crianças, adolescentes, homens e mulheres	<p>As mulheres conhecem os recursos para se defenderem das violências</p> <p>Os homens assumem responsabilidade perante a paternidade</p>	<p><i>Prevalência elevada da violência contra as mulheres</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>doméstica</i> • <i>sexual</i> • <i>física</i> • <i>psicológica</i> <p>%??? de pais que não assumem a responsabilidade paterna</p>	<p>Fraca consciência das autoridades para a aplicação das leis (Deficiente aplicação das leis)</p> <p>Desconhecimento das leis por parte das mulheres</p> <p>Exigência social da submissão da mulher na família</p> <p>Desconhecimento das leis</p> <p>Não controle da procriação por parte dos homens</p> <p>Aos homens só é atribuída a responsabilidade económica</p>	<p>Estudo sobre a família</p> <p>Ver ICF</p> <p>Idem</p> <p>EMP/EVF, <i>life skills</i></p>

PROPOSTA DE MATRIZ PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE COMUNICAÇÃO

Problema de SR: Morbidade infantil e Mortalidade infantil elevada

Conhecimentos Atitudes e Práticas AUDIÊNCIA primária	CAP Desejados (meta)	Ideias de Mensagem	Tipo de comunicação privilegiada	OBS

PLANO DE ACÇÃO

PERIODO DE PLANIFICACAO: 2003/06

Esquema de planificação dos componentes- projectos (calendário de realização, responsável, material e equipamentos)		PRODUTO 1 : Informação em SR de qualidade disponível aos diferentes grupos-alvo												Recursos	Hipot.						
Estratégias	Ind.	Calendário de Realização (ano/ trimestre)												Responsável							
		2003	2004				2005				2006				Execução	Implementação			Assist. Tecnic.		
RESULTADO 1.1 Acesso às prestações de IEC de qualidade nos serviços de SR melhorado <ul style="list-style-type: none"> ○ Difusão dos documentos de política e normas de serviços de SR e procedimentos de serviços ○ A capacitação dos prestadores de serviços em técnicas de comunicação interpessoal 			X	X	X	X											PNSR				
																		PNSR			
RESULTADO 1.2 : Acesso aos serviços, informações e aconselhamento para os jovens melhorado <ul style="list-style-type: none"> ○ Integração dos serviços para os A/J nos serviços de saúde ○ Reforço das prestações A/J nos CIAJ e outros afins existentes ○ Extensão das prestações de informação e aconselhamento no meio escolar ○ Reforço da educação para os pares ○ Extensão dos conteúdos do programa de educação para a vida familiar (EMP/EVF) no EBI, 				X	X	X	X	X									PNSR				
			X	X	X	X												CIAJ			
			X	X	X	X	X	X											ICASE		
			X	X	X	X	X	X	X										ICASE		
			X	X	X	X	X	X	X										DGEB S		

Esquema de planificação dos componentes- projectos (calendário de realização, responsável, material e equipamentos)		PRODUTO 1 : Informação em SR de qualidade disponível aos diferentes grupos-alvo												Recursos		Hipot.			
Estratégias	Ind.	Calendário de Realização (ano/ trimestre)												Responsável					
		2003	2004			2005			2006			Execuçã o	Implemen tação	Assist. Técnic.					
1.4.2 Mensagens elaboradas por cada problemática de SR o Organização de ateliers temáticos de definição de mensagens					X		X		X		X				CNDS				
1.4.3 Plano de produção e de difusão das mensagens implementado o Levantamento das estruturas de produção dos suportes tanto ao nível nacional como a nível da sub-região o Levantamento e testagem dos suportes existentes o Estabelecimento de acordos de parcerias com os diferentes media e outros parceiros para a difusão dos diferentes suportes o Implementação de um projecto piloto da estação rádio satélite (estação worldspace) o Avaliação do impacto das intervenções IEC/CMC			X	X											CNDS				
			X												CNDS				
				X	X										CNDS				
						X	X								CNDS				
											X	X			CNDS				
1.4.4 Estratégia IST/VIH/Sida implementada o Elaboração e execução de uma estratégia nacional de IEC para as IST e o HIV-SIDA o Promoção da aceitação do uso correcto do preservativo o Desenvolvimento do marketing social dos preservativos o Reforço da intervenção a nível do ensino formal			X	X	X	X	X	X	X	X	X				PLS				
			X	X	X										PLS				
			X	X											PLS				
			X	X											DGEB	PLS			

Esquema de planificação dos componentes-projectos (calendário de realização, responsável, material et equipamentos)		PRODUTO 3. Quadro jurídico, institucional e social melhorado											Recursos	Hipot.				
Estratégias	Ind.	Calendário de Realização (ano/ trimestre))										Responsável						
		2003	2004			2005			2006			Execução	Imple.	Assist. Técnica				
RESULTADO 3.1 Plaidoyer para a criação dum ambiente jurídico favorável a SR <ul style="list-style-type: none"> ○ Plaidoyer junto de líderes de opinião, legisladores e decisores para a revisão do quadro jurídico (jovens, violência, PVVIH, SR em geral) ○ Realização de um estudo de análise da situação/justificação da revisão da lei para os menores ○ Sensibilização dos profissionais/autoridades para um maior rigor no Cumprimento dos Leis 				X	X	X									CNDS	PNSR		
		X													CNDS	INE		
		X	X	X	X										CNDS MJ	CNDS		

**PLANO DE ORIENTAÇÃO
DOS ESTUDOS DOS CAP e da Formação em CMC**

Problema de SR: Morbilidade infantil e Mortalidade infantil elevada

(85% de crianças completa o calendário vacinal antes de 1 ano de idade(PNSR))

Conhecimentos Atitudes e Praticas AUDIiENCIA primária	CAP Observados	Necessidades de Estudos CAP	Necessidades Formação de CMC	Obs.
<p>2. Pais e educadores de Crianças com menos de 5 anos</p>	<p>61,6% de crianças completa e correctamente vacinadas antes de um ano</p> <p>Os técnicos de saúde não informam os pais sobre a vacinação (Inquérito vacinação)</p> <p>Os prestadores de saúde dão <i>pouca informação aos pais sobre o tipo de antígeno que o filho está a receber e sobre o número de passagem necessária para cumprir o calendário</i> (Inquérito vacinação)</p> <p>Os pais não conhecem o calendário vacinal.</p> <p><i>A maioria das mães não é bem acolhida nos serviços de saúde</i></p> <p>Os homens não participam na promoção da vacinação.</p> <p>Os líderes de opinião ao nível da comunidade não participam (sobretudo dos homens) na problemática de vacinação.</p> <p>Fraco envolvimento dos sectores da educação, associações comunitárias e social na promoção da vacinação</p>	<p>Necessidade de estudo sobre a vacinação</p> <p>Necessidades de estudos CAP</p> <p>Necessidade estudos CAP</p> <p>Necessidade de estudos</p>	<p>Necessidade de formação sobre IEC/PAV, aos prestadores de saúde, grupos juvenis, educadores, líderes comunitários e animadores sociais.</p> <p>Necessidade formação/reciclagem</p> <p>Necessidade de formação em IEC</p> <p>Necessidade de formação em IEC e sobre o atendimento</p> <p>Necessidade de formação aos homens e sensibilização a todos</p>	<p>Rotatividade do pessoal Incentivos</p> <p>Divulgação das informações Supervisão e avaliação das actividades</p>

Problema de SR: Morbidade infantil e Mortalidade infantil elevada

(Reduzir em 2/3 a taxa de mortalidade 0-4 anos ate 2015)

Conhecimentos Atitudes e Praticas AUDIENCIA primária	CAP Desejados (meta)	Necessidades de Estudos CAP	Necessidades Formação de CMC	Obs.
Pais e educadores de Crianças	<p>Aumentar em 50% o aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade</p> <p>Todas as mães que tem o parto nas estruturas de saúde conhecem os benefícios do aleitamento materno</p> <p>Todas as mães que fazem o pré-natal recebem informação sobre o aleitamento materno (%)</p> <p>%As famílias das crianças de menos de seis meses que conhecem os efeitos nocivos de certos chás (nomes dos Chás!!!) sobre a saúde da criança</p> <p>Aumentar em 50% IDSR? o número de mães de crianças que fazem a suplementação de ferro</p> <p>Aumentar em 50% IDSR? o número de mães de crianças de 0 a 5 anos que alimentam as crianças de forma equilibrada</p>	<p>Necessidade de mais estudos CAP sobre os mitos e tabus</p> <p>Necessidade de mais estudos sobre o uso dos chás</p> <p>Necessidade de mais estudos CAP</p>	<p>Necessidade de formação em IEC</p> <p>Necessidade de formação em IEC</p> <p>Necessidade de formação sobre a importância de uma alimentação equilibrada , com destaque para os alimentos ricos em ferro.</p>	<p>Desfazer mitos, tabus e crenças</p> <p>Sensibilização contínua sobre a promoção do aleitamento materno</p> <p>Ver o andamento da suplementação de ferro nos jardins infantis.</p>

Problema de SR: Morbidade infantil e Mortalidade infantil elevada

(Reduzir em pelo menos 50% a má-nutrição nas crianças de 0 a 5 anos até 2006)

(Reduzir em pelo menos 50% a morbilidade e mortalidade infantil por doenças diarreicas até 2006)

Conhecimentos Atitudes e Praticas AUDIENCIA primária	CAP Desejados (meta)	Necessidades De Estudos CAP	Necessidades Formação de CMC	Obs.
Pais e educadores de Crianças	<p>As Famílias que conhecem as práticas correctas de higiene domiciliar (%)</p> <p>As de mães que conhecem a relação entre a higiene e a saúde das crianças %</p> <p>As mães que conhecem a importância do desmame para a saúde das crianças (%)</p> <p>Educadores de crianças de 0 a 5 anos que praticam a desinfecção da água (%)</p> <p>Família de crianças de 0 a 5 anos que recebem SRO segundo as normas a criança durante os episódios da diarreia (%)</p> <p>Família de crianças de 0 a 5 anos que conhecem os benefícios da alimentação da criança durante os episódios da diarreia (%)</p> <p>Os pais que conhecem os riscos da auto-medicação durante os episódios de diarreia</p> <p>As pessoas que acham a prise en charge das diferentes formas de diarreia podem ser feitas nas estruturas de saúde qualquer que seja a etiologia</p>	<p>Necessidade de estudos sobre as práticas correctas de higiene domiciliar e saúde</p> <p>Necessidade de estudos sobre o desmame</p> <p>Necessidade de estudos sobre higiene e diarreia</p> <p>Necessidade de estudos CAP</p> <p>Necessidade de estudos CAP</p> <p>Necessidade de estudos CAP</p> <p>Necessidade de estudos CAP</p>	<p>Necessidade formação/reciclagem</p> <p>Necessidade formação/reciclagem</p> <p>Necessidade formação/reciclagem</p> <p>Necessidade formação/reciclagem nas comunidades</p> <p>Necessidade formação/reciclagem nas comunidades</p>	<p>Desmistificar SRO</p> <p>Sensibilização contínua</p>

Problema de SR: Fecundidade elevada sobretudo no meio rural

(Reduzir a fecundidade geral sobretudo nos adolescentes e no meio rural)

Conhecimentos Atitudes e Práticas AUDIÊNCIA Primária	CAP Desejados (meta)	Necessidades de Estudos CAP	Necessidades Formação de CMC	Obs.
Adolescentes e jovens, Mulheres jovens, homens e em união	<p>A proporção de adolescentes de 15 a 19 anos que sabem quais as consequências das relações sexuais precoces aumenta em 50%</p> <p>A proporção de rapazes e raparigas de 15 aos 24 anos que podem citar ao menos 3 métodos contraceptivos</p> <p>A proporção de jovens de 14 a 24 anos que utilizam os métodos contraceptivos aumenta de 50 % sobretudo nas primeiras relações sexuais aumenta em 50%</p> <p>Relações não protegidas</p>	<p>Necessidade de mais estudos sobre a sexualidade</p> <p>Necessidade de mais estudos sobre o conhecimento dos métodos contraceptivos</p> <p>Necessidade de mais estudos</p>	<p>Necessidades de formação em IEC para os intervenientes</p> <p>Necessidade de formação e reciclagens com seguimento das actividades</p> <p>Necessidade de formação/reciclagem sobre os métodos contraceptivos</p>	<p>Avaliação do material de IEC existente</p> <p>Avaliação da audiência dos média</p> <p>Avaliação do impacto dos serviços de saúde</p>

Problema de SR: Fecundidade elevada sobretudo no meio rural

(Reduzir a fecundidade geral sobretudo nos adolescentes e no meio rural)

<p>Conhecimentos Atitudes e Práticas</p> <p>AUDIENCIA Primária</p>	<p>CAP Desejados (meta)</p>	<p>Necessidades de Estudos CAP</p>	<p>Necessidades Formação de CMC</p>	<p>Obs.</p>
<p>Reduzir para 10% a necessidade não satisfeita de PF</p>	<p>Aumentar (%) a procura de serviço PF</p> <p>A proporção de mulheres que abandonaram o método por medo dos efeitos colaterais reduzida em 30%</p> <p>A proporção de jovens de <i>15 aos 24 anos</i> que tem a competência para negociar o não a oportunidade de relação sexual de risco</p> <p>Aumentar o n.º de mulheres de 15 a 29 anos que conhecem a utilização correcta de 3 métodos contraceptivos</p>	<p>Necessidade de estudos sobre a frequência e a prestação do serviço SR</p>	<p>Necessidades de formação para os prestadores de saúde, técnicos de comunicação social, técnicos sociais, líderes comunitários e associações juvenis.</p>	

Problema de SR: Fraca utilização dos serviços de SR integrados e de qualidade pelos diferentes grupos alvo
(70% de homens e mulheres têm comportamento responsável em matéria de SR)

<p>Conhecimentos Atitudes e Praticas</p> <p>AUDIENCIA primária</p>	<p>CAP Desejados (meta)</p>	<p>Necessidades de Estudos CAP</p>	<p>Necessidades Formação de CMC</p>	<p>Obs.</p>
<p>Adolescentes, jovens, homens mulheres, casais e unidos</p>	<p>A proporção de homens que frequentam os serviços SR aumenta de %</p> <p>A proporção de homens que utilizam os serviços de PF; (informação; IST; prevenção do cancro, etc.) de SR , aumenta em 50%</p> <p>A proporção de jovens que utilizam os serviços de PF; (informação; IST; prevenção do cancro, etc.) de SR , aumenta em 50%</p> <p>Proporção de prestadores de saúde das estruturas públicos de saúde que prestam serviços SR a menores de 16 anos</p> <p>Aumentar o número de casais e unidos que falam sobre questões de SR</p> <p>A proporção de estruturas sanitárias que participam nas actividades SR aumenta de %</p> <p>Proporção de líderes Municipais que participam nas actividades SR nas actividades SR aumentam de %</p>	<p>Necessidade de estudos sobre os factores sócio culturais</p> <p>Necessidade de estudos de qualidade sobre o nível de frequência do acesso dos homens e jovens aos serviços SR</p> <p>Estudo sobre a qualidade dos serviços de SR</p> <p>Estudos sobre a intervenção dos municípios nas questões de SR</p>	<p>Necessidades de formação em IEC</p> <p>Necessidades de formação em IEC para os prestadores de saúde e outros intervenientes na área</p> <p>Capacitar os prestadores de saúde em matéria de EMP/EVP</p>	<p>Desmantelar barreiras culturais Maior acesso às informações</p> <p>Maior integração dos prestadores de saúde com a comunidade Maior colaboração dos líderes municipais</p>

Problema de SR: Fraca utilização dos serviços de SR integrados e de qualidade pelos diferentes grupos alvo
 (70% de homens e mulheres têm comportamento responsável em matéria de SR)

Conhecimentos Atitudes e Praticas AUDIENCIA primária	CAP Desejados (meta)	Necessidades de Estudos CAP	Necessidades Formação de CMC	Obs.
	<p>A proporção de serviços que prestam serviços (informação; IST; prevenção do cancro, etc.) de SR , de qualidade.</p> <p>A proporção de jovens que conhece os serviços de SR disponíveis</p>	<p>Necessidade de mais estudos na área</p>	<p>Necessidade de formação em IEC sobre a prevenção e o controle dessas doenças</p>	<p>Sensibilização contínua</p> <p>Supervisão e avaliação</p> <p>Seguimento</p>

Problema de SR: Mortalidade materna elevada

(Reduzir em 2/4 a mortalidade materna até 2005)

Conhecimentos Atitudes e Práticas AUDIENCIA primária	CAP Desejados (meta)	Necessidades de Estudos CAP	Necessidades Formação de CMC	Obs.
	<p>A proporção de mulheres que tem partos assistidos pelo pessoal de saúde aumenta para 85%</p> <p>Proporção de mulheres que vão ao serviço de parto atempadamente.</p> <p>proporção de grávidas que fazem a 1ª consulta no primeiro trimestre de gravidez</p> <p>80% das mulheres grávidas fazem pelo menos 3 consultas de pré-natal</p> <p>50% das grávidas recebem vacinação anti-tetânica</p>	<p>Necessidade de estudos sobre partos domiciliários e do impacto das parteiras nas comunidades</p> <p>Necessidades de estudos CAP</p>	<p>Necessidades de formação emIEC</p> <p>Formação às grávidas sobre a importância das consultas pré natais, sobre a procura atempada dos serviços de maternidade, e sobre a consulta pós parto.</p> <p>Necessidade de formação às grávidas e às equipes móveis</p>	<p>Sensibilização contínua Seguimento Supervisão Avaliação</p>

Problema de SR: Mortalidade materna elevada

(Reduzir em 2/4 a mortalidade materna até 2005)

Conhecimentos Atitudes e Práticas	CAP Desejados (meta)	Necessidades de Estudos CAP	Necessidades Formação de CMC	Obs.
AUDIENCIA primária				
Mulher e homem em idade fértil	<p>50% de mulheres que fazem a consulta de pós-parto</p> <p>o numero de mulheres que conhecem a importância da consulta de pós-parto aumenta de %</p> <p>% de mulheres que conhecem a relação entre a alimentação e anemia</p> <p>% de mulheres que conhecem o benefício da suplementação em ferro</p>	<p>Necessidade de estudos CAP</p> <p>Necessidade de estudos CAP</p> <p>Necessidade de estudos CAP</p>	<p>Necessidade de formação/recclagem sobre a importância da consulta pós parto e IEC adequado</p> <p>Necessidade de formação na área da alimentação e sua relação com a anemia e abordagem adequada</p> <p>Necessidade de formação e promoção da utilização de Fe durante a gestação e amamentação</p>	<p>Sensibilização dos líderes municipais</p> <p>Sensibilização contínua Seguimento e avaliação</p> <p>Sensibilização contínua Seguimento e avaliação</p>

Problema de SR: Expansão rápida do VIH/ SIDA

(Diminuir a propagação do VIH /SIDA)

Conhecimentos Atitudes e Praticas	CAP Desejados (meta)	Necessidades de Estudos CAP	Necessidades Formação de CMC	Obs.
<p>AUDIENCIA primária</p> <p>Adolescentes, jovens homens e mulheres</p>	<p>Proporção dos indivíduos sexualmente activos que sabem que todas as relações sexuais não protegidas são de risco</p> <p>Proporção dos indivíduos sexualmente activos que utilizam preservativos</p> <p>Os indivíduos que conhecem os comportamentos e situações de risco</p> <p>Os indivíduos que dizem ter mudado seu comportamento em virtude do conhecimento do VIH/SIDA</p> <p>Os indivíduos sexualmente activo que dizem ter diminuído o numero de parceiros sexuais</p> <p>Proporção dos indivíduos sexualmente activos que procuram os serviços de saúde para tratar as IST</p>	<p>Necessidade de estudos CAP sobre todos estes aspectos</p>	<p>Necessidade de formação em CMC com todos os intervenientes</p>	<p>Sensibilização contínua sobre comportamentos saudáveis</p> <p>Seguimento das acções</p> <p>Supervisão e avaliação</p>

Problema de SR: Expansão rápida do VIH/ SIDA

(Diminuir a propagação do VIH /SIDA)

Conhecimentos Atitudes e Praticas AUDIENCIA primária	CAP Desejados (meta)	Necessidades de Estudos CAP	Necessidades Formação de CMC	Obs.
Adolescentes, jovens, homens mulheres, casais e unidos	<p>Aumentar a procura de serviço para o tratamento e aconselhamento das IST</p> <p>Os jovens que conhecem a ligação entre o consumo de álcool, drogas e transmissão do VIH</p>	<p>Necessidade de estudos sobre a situação das IST nas comunidades</p> <p>Necessidade de estudos sobre o impacto do consumo do álcool e drogas e sua relação com a transmissão do VIH</p>	<p>Necessidades de formação na área e abordagem adequada</p> <p>Necessidades de formação</p>	Sensibilização contínua sobre a importância da procura do serviço para o tratamento e aconselhamento

Problema de SR: Violência contra crianças, adolescentes e mulheres
(Atenuar o abuso e a violência contra crianças)

Conhecimentos Atitudes e Práticas AUDEINCIA primária	CAP Desejados (meta)	Necessidades de Estudos CAP	Necessidades Formação de CMC	Obs.
Crianças, adolescentes homens mulheres e	<p>Os indivíduos que conhecem as consequências da violência física/psicologia sobre o desenvolvimento das crianças</p> <p>Os educadores conhecem as consequências do abandono sobre o desenvolvimento psic./afectivo das crianças</p> <p>As estruturas sociais que prestam cuidados aos órfãos</p> <p>Crianças que sabem como reagir face aos abusos e violências sexuais</p> <p>Proporção de pais que registam os seus filhos</p> <p>Aumentar o conhecimento das leis existentes Melhorar a condição de aplicação das leis existentes</p>	<p>Necessidade de estudos CAP sobre a violência familiar</p> <p>Necessidade de estudos CAP sobre as crianças órfãos (qualitativo e quantitativo)</p> <p>Necessidade de estudos CAP</p> <p>Necessidade de estudos CAP</p> <p>Necessidade de estudos CAP</p>	<p>Formação sobre género nas comunidades</p> <p>Formação às famílias sobre o desenvolvimento psicológico das crianças</p>	<p>Sensibilização contínua sobre os direitos da criança e sobre o papel da família na sociedade</p>

Problema de SR: Fraca capacidade de diagnostico e tratamento das afecções uro-genitais
 (Reduzir em 50% a incidência do cancro Uro-genital e mama)

Conhecimentos Atitudes e Praticas AUDEINCIA primária	CAP Desejados (meta)	Necessidades de estudos CAP	Necessidades de CMC	Obs.
Homens e Mulheres > de 15 anos	Proporção de mulheres que fazem diagnóstico precoce do cancro de colo de útero Proporção de Mulheres que sabem fazer auto-exame da mama Proporção Mulheres que conhecem a importância do "exame citológico do colo) Homens que sabem da existência do cancro de próstata	Necessidade de estudos sobre os cancros ginecológicos	Necessidades de formação em IEC	Sensibilização contínua da comunidade.

