

***Programa Regional de Saúde Materna
e
Planeamento Familiar***

Índice

Siglas e Acrónimos.....	2
1. Contextualização	3
2. Saúde Materna	4
2.1. População Alvo	5
2.2. Objectivos	5
2.3. Estratégias	5
A) Centros de Saúde/Unidades de Saúde de Ilha	6
B) Hospitais.....	7
C) Núcleos Funcionais	8
2.4. Indicadores de Avaliação	8
3. Planeamento Familiar	9
3.1. População Alvo	10
3.2. Objectivos	11
3.3. Estratégias	11
A) Centros de Saúde/Unidades de Saúde de Ilha	11
B) Hospitais.....	12
4. Direcção Regional da Saúde	13
5. Formação.....	13
5.1. Planeamento Familiar	14
5.2. Saúde Materna	14
6. Avaliação do programa	15
7. Estrutura de Gestão e Operacionalização do Programa	15
8. Bibliografia	16

Siglas e Acrónimos

BSG	Boletim de Saúde da Grávida
BSR/PF	Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar
CS/USI	Centro de Saúde/Unidade de Saúde de Ilha
DRS	Direcção Regional da Saúde
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
NF	Núcleos Funcionais
PF	Planeamento Familiar
PPF	Programa de Planeamento Familiar
PRSM PF	Programa de Saúde Materna e Planeamento Familiar
PRV	Plano Regional de Vacinação
RAA	Região Autónoma dos Açores
RN	Recém-nascido
RRMI-A	Rede de Referenciação Materno-Infantil – Açores
SMI	Saúde Materna e Infantil
SRS	Serviço Regional de Saúde
US	Unidades de Saúde

1. Contextualização

A prioridade atribuída pelos Governos à Saúde Materna e Infantil (SMI) vem determinando o desenvolvimento de programas dirigidos a esta área da saúde, constituindo o seu objectivo essencial a melhoria dos cuidados e das condições assistenciais pré-concepcional, pré e perinatal e infantil, tendo em vista a consolidação dos resultados obtidos e por conseguinte a diminuição da morbilidade e mortalidade materna, fetal, neonatal e infantil.

O primeiro Plano de Saúde para a Região, que data de 1989, contemplou um Programa de Saúde Materno-Infantil, pese embora o facto de já anteriormente à sua existência serem conhecidas referências a um programa para esta área num “*Estudo sobre as Estruturas de Saúde do Arquipélago dos Açores*”¹. Nele menciona-se um “*Programa Materno-infantil a funcionar desde 1957*”, o qual fazia uma cobertura total nas valências materna e infantil da Ilha de São Miguel e parcial das Ilhas Terceira e St^a Maria, Graciosa e São Jorge. A assistência às grávidas e às crianças contava, então, com uma Rede de Dispensários Materno-Infantis, que no passado tão importantes serviços prestou às mulheres grávidas e às crianças.

O já longo percurso nesta área demonstra a evolução positiva que a taxa da **mortalidade infantil** (2002- 6,5; 2003- 2,9; 2004- 6,0; 2005- 6,3; 2006- 3,9; 2007- 3,2) e **mortalidade neonatal** (2002 – 4,6; 2003- 2,3; 2004- 5,3; 2005- 2,1; 2007-2,1) têm tido, em termos de ganhos em saúde, pelo que importa mantê-las como uma necessidade em saúde prioritária, tendo em vista a sua consolidação e melhoria.

A mortalidade infantil sendo um indicador do estado de saúde global de toda uma população reflecte a relação entre causas de mortalidade infantil e determinantes da saúde da população como, por exemplo, aspectos económicos, sociais e ambientais. Em particular, considera-se que as mortes que ocorrem nos primeiros 28 dias de vida (período neonatal) reflectem a saúde e os cuidados de saúde prestados quer à mãe, quer ao recém-nascido.

Por outro lado, apesar da percentagem de **nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos** não ter aumentado no triénio 2005/07 (11,9 em 2007 contra 18,5 a nível nacional) é de esperar que, face ao contexto socioeconómico e cultural actual, esta tendência se agrave com todos os riscos mais frequentemente associados a uma gravidez tardia.

No que concerne aos partos **pré-termo**, a percentagem de crianças nascidas antes das 37 semanas de gestação tem vindo a aumentar na Região, atingindo 8,3% em 2007 e a percentagem de nados vivos com baixo peso à nascença 8,1. As crianças de partos prematuros apresentam um risco mais elevado de doença, cuidados neonatais intensivos, readmissão hospitalar, incapacidade e morte durante os dois primeiros anos de vida, se comparadas com as crianças que nascem com a gestação completa (de termo).

¹ Junta Regional dos Açores – Sector dos Assuntos Sociais – Agosto de 1976.

Os vários elementos da saúde reprodutiva estão intimamente interligados, daí que a melhoria de um facilita a melhoria dos outros e, de igual modo, a deterioração de um condiciona a deterioração dos outros. Assim, a educação sexual conduzirá provavelmente a um melhor controlo da fertilidade e à prevenção das infecções de transmissão sexual (ITS), com consequências positivas na sexualidade, gravidez, gravidez na adolescência, interrupções voluntárias da gravidez, infertilidade, vigilância pré-concepcional e pré-natal, segurança no parto, qualidade e sobrevivência das crianças.

Estudos recentes que vêm sendo produzidos, como são o estudo da “Natalidade na RAA” (Grupo de Trabalho) e “Gravidez e Maternidade na Adolescência”, coordenado por Maria Cristina Sousa Canavarro, trouxeram novas reflexões e contributos para a compreensão destas problemáticas.

“A intervenção ao nível das representações sociais e a necessidade de criar níveis elevados de percepção e concretização, por todos os actores sociais, da maternidade e da paternidade como valores sociais com impacto não só na vida das famílias, mas no futuro das comunidades, são consideradas pelo grupo de trabalho determinantes do sucesso de qualquer intervenção nesta área.” (“Natalidade na RAA” - Grupo de Trabalho).

No estudo efectuado sobre Gravidez e Maternidade na Adolescência são feitas recomendações para a prevenção e intervenção na gravidez e maternidade adolescente nos Açores, *devendo ser considerados diferentes níveis nos quais estas se integram: prevenção primária, prevenção secundária e terciária.*

No actual quadro normativo existe legislação sobre Planeamento Familiar (PF) e educação sexual que importa dinamizar, nomeadamente através deste Programa no sentido da sua efectiva aplicação.

A complexidade dos processos inerentes à implementação e sucesso de um Programa de Saúde Materna e Planeamento Familiar (PRSMF) exige a coordenação de vários níveis de intervenção e a criação de sinergias entre instituições e grupos de técnicos, para que se implantem as medidas preconizadas, que se desejam adequadas à realidade e eficazes na concretização dos objectivos que lhe presidem, nomeadamente, através do estabelecimento de parcerias nesta área.

O Plano Regional de Saúde estabelece um conjunto de programas que são transversais e concorrem para o sucesso uns dos outros, pelo que devem estar interligados, de modo a que se consiga atingir os objectivos deste Programa.

2. Saúde Materna

Tradicionalmente, a área materno infantil é a mais referenciada quando se pretende aferir a qualidade de saúde numa determinada população.

Os cuidados de saúde materno-infantis implicam áreas de saber multidisciplinares e envolvem uma estrutura muito vasta e complexa de profissionais e serviços. E se é indesmentível que a interligação entre ambos os níveis de prestação de cuidados é importante em todas as áreas da saúde, ela assume particular relevância no caso da SMI, constituindo, mesmo, um factor determinante para o progresso dos indicadores neste domínio.

Este conceito é perseguido no desenvolvimento do PRSMPF, daí decorrendo a necessidade de uma constante e rigorosa articulação e integração funcional das actividades prosseguidas nos diferentes níveis de cuidados.

2.1. População Alvo

A população alvo do presente programa envolve todas as mulheres/casais que pretendam ter filhos, assim como todas as mulheres/casais que já engravidaram.

2.2. Objectivos

Objectivos Gerais

- Reduzir a morbilidade e a mortalidade materna, fetal e neonatal.

Objectivos Específicos

- Assegurar a vigilância médica da gravidez com um total mínimo de 6 consultas;
- Diminuir a gravidez na adolescência;
- Administrar “novas vacinas” de acordo com as recomendações da DRS e a situação epidemiológica;
- Evitar a rotura prematura de membranas e o parto prematuro, procurando diagnosticar factores predisponentes;
- Promover o aleitamento materno até pelo menos aos 3 meses de idade;
- Encaminhar as grávidas para centros ou serviços especializados, de acordo com as regras instituídas para os restantes cuidados de saúde, sempre que se constate a insuficiência dos recursos humanos, técnicos e científicos existentes, nos serviços ou na Região.

2.3. Estratégias

O **CS/USI** constitui a primeira referência para as/os utentes do SRS e os Hospitais constituem, por sua vez, a referência para os CS/USI da sua área geográfica. Assim, importa clarificar a interligação entre os serviços saúde regionais de modo a garantir cuidados contínuos e de qualidade, pelo que se estabelece a “**Rede de**

Referenciação Materno-Infantil - Açores” (RRMI-A), com a seguinte estrutura e competências de cada área de cuidados, nomeadamente:

A) Centros de Saúde/Unidades de Saúde de Ilha

1. Assegurar a primeira linha da assistência pré-concepcional pré e pós-natal, e encaminhar todas as situações de risco de acordo com as Tabelas de Identificação de Risco Materno-fetal que estejam conforme os protocolos que venham a ser estabelecidos.
2. Realizar a vigilância das grávidas pela equipa de saúde. Caso a US de referência não tenha resposta, utilizar o recurso complementar a consultas no âmbito de protocolos ou projectos a desenvolver;
3. Promover a realização da 1.^a consulta no 1.º trimestre;
4. Prevenir os defeitos do tubo neural através da cedência de medicação, tão precoce quanto possível, de acordo com a Portaria nº 56/97, de 24 de Julho;
5. Prevenir a isoimunização Rh disponibilizando a Imunoglobulina anti-D, às 28 semanas de gestação , a todas as grávidas Rh- não sensibilizadas.
6. Conferir os boletins de vacina das grávidas e proceder à vacinação de acordo com as recomendações da DRS;
7. Promover o preenchimento correcto e tratamento dos suportes de informação;
8. Promover o uso correcto do Boletim de Saúde da Grávida (BSG), em especial o seu preenchimento;
9. Manter a articulação com a consulta de referência cumprindo os protocolos existentes ou a criar;
10. Promover o aleitamento materno, através da generalização dos “cantinhos de amamentação”;
11. Assegurar a consulta de revisão do puerpério (cerca de 6 semanas após o parto);
12. Promover a inscrição em Planeamento Familiar;
13. Desenvolver as competências parentais;
14. Promover grupos educativos (como por exemplo preparação para o parto e cuidados ao bebé);
15. Efectuar acções de informação/educação para a saúde, para as populações da sua área geográfica, no âmbito dos conteúdos deste programa;
16. Colaborar com os NF na elaboração de protocolos, garantindo o seu cumprimento;

17. Garantir informação e entrega de documentação relativa à gravidez, ao nascimento, ao puerpério e aos cuidados com o bebé.
18. Implementar a visita domiciliária às puérperas e recém-nascidos.
19. Assegurar, nomeadamente através de protocolos ou convenções, a acessibilidade das grávidas aos exames ecográficos;
20. Garantir o apoio da mulher, após a IVG, de acordo com a legislação em vigor.

B) Hospitais

1. Garantir a consulta de referência com apoio ecográfico e monitorização fetal;
2. Assistir todos os RN dando continuidade aos cuidados até à alta e informar os CS/USI;
3. Garantir a estabilidade das funções vitais do RN até ao transporte, se for este o caso.
4. Tratar os RN em fase de convalescência (ex: prematuros);
5. Prevenir os defeitos do tubo neural através da cedência de medicação, tão precoce quanto possível, de acordo com a Portaria nº 56/97, de 24 de Julho;
6. Prevenir a isoimunização Rh disponibilizando a Imunoglobulina anti-D, às 28 semanas de gestação , a todas as grávidas Rh- não sensibilizadas.
7. Detectar as malformações congénitas, através dos marcadores e/ou realizar a amniocentese a todas as grávidas com os critérios previamente estabelecidos;
8. Optimizar e uniformizar os meios de diagnóstico da infecção na grávida;
9. Garantir informação e entrega de documentação relativa aos primeiros cuidados com o bebé e com a mãe, bem como sobre os métodos recomendados para a contracepção pós-parto;
10. Prevenir a doença de membrana hialina do prematuro estabelecendo protocolos de actuação com os CS/USI;
11. Garantir consultas de génética e caso a instituição não disponha de geneticista, o apoio nesta área deverá ser assegurado por protocolo com um Serviço de Génética;
12. Contribuir para a formação dos Clínicos de Medicina Geral e Familiar da sua área;
13. Manter ou iniciar nos CS/USI consultas de referência nas áreas de pediatria e obstetria;
14. Colaborar com os NF na elaboração de protocolos, garantindo o seu cumprimento.

15. Informar a mulher, aquando da IVG, da necessidade de recurso ao CS/USI da área da sua residência para acompanhamento posterior.

C) Núcleos Funcionais

Para facilitar a articulação funcional entre as duas áreas de cuidados, foram instituídos NF, instrumentos para o estabelecimento de uma metodologia dialogante entre instituições que devem actuar em complementaridade, quer na identificação de carências e constrangimentos locais, quer como garante da continuidade dos cuidados (Despacho n.º 758/2007 de 8 de Agosto de 2007). Assim, é necessário implementar a sua criação como determinado *“Em cada área constituída pela população correspondente à zona de influência de hospital, dos CS/USI compreendidas naquela zona, é criada uma estrutura de coordenação designada por NF”*.

As estratégias a desenvolver no âmbito das NF são as seguintes:

1. Promoção das consultas de referência e interligação regular e permanente entre as áreas de cuidados e avaliar a sua eficiência e eficácia;
2. Verificação da circulação recíproca da informação clínica, garantido o seu cumprimento;
3. Divulgação da utilização e correcto preenchimento de diversos documentos de notação, designadamente o BSG e Boletim de Saúde Infantil;
4. Avaliação das necessidades e prioridades em saúde materna e infantil;
5. Elaboração de medidas concretas no sentido de resolver os problemas de saúde materna e infantil identificados na sua área, incluindo os de carácter organizativo;
6. Estudo dos dados de informação e estatísticos que considere relevantes;
7. Elaboração de estudos epidemiológicos que conduzam a um melhor conhecimento da realidade local e que permitam fundamentar decisões, actividades ou procedimentos, com o objectivo de melhorar os cuidados em saúde materna e infantil, nomeadamente a aplicação de instrumentos de recolha de dados estatísticos adequados ao melhor conhecimento das causas da mortalidade infantil e da diversidade do comportamento deste indicador na Região e respectivo tratamento e análise;
8. Elaboração de relatórios e propostas adequadas à prossecução dos objectivos para que foram criados.

2.4. Indicadores de Avaliação

- % de grávidas com VATd actualizada;

- N.º médio de consultas por gravidez;
- % de consultas de referência;
- % de grávidas com ganho médio de peso adequado;
- % de crianças amamentadas em exclusivo até aos 3 meses;
- % de consultas de revisão de puerpério;
- % de puérperas inscritas em PF;
- Esperança de vida à nascença;
- Taxa de mortalidade fetal / 1.000 nados-vivos;
- Taxa de mortalidade perinatal (22 e mais semanas) /1.000 nados vivos;
- Taxa de mortalidade neonatal / 1.000 nados-vivos;
- Taxa de nascimentos pré-termo / 100 nados-vivos;
- Taxa de crianças com baixo peso à nascença /100 nados vivos;
- Taxa de nascimentos por cesariana / 100 nados-vivos;
- % de grávidas com o BSG preenchido correctamente;
- % de grávidas com a primeira consulta no primeiro trimestre;
- % de grávidas com indicação para amniocentese que a efectuaram;
- % de grávidas encaminhadas para a consulta de genética;
- Total de CS/USI com consultas de referência nas áreas de pediatria e obstetria;
- Total de Grupos educacionais formados;
- Total de acções de informação/educação realizadas.

3. Planeamento Familiar

O Programa de Acção da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo - 1994 conceitua a Saúde Reprodutiva como “um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos”, o que implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória, segura e decidir, quando e com que frequência têm filhos. Esta última condição pressupõe o direito de cada indivíduo a ser informado e a ter acesso a métodos de

planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis e, ainda, a serviços de saúde adequados, que permitam às mulheres ter uma gravidez e um parto em segurança e ofereçam aos casais as melhores oportunidades de ter crianças saudáveis. Abrange também o direito à saúde sexual, entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais.

Nessa linha de definição, os cuidados a prestar no âmbito do Programa de Planeamento Familiar (PPF) constituem um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar na **saúde afectivo-sexual**, através da prevenção e resolução de problemas, dando respostas adequadas às necessidades específicas dos homens e das mulheres, nesta área, ao longo do ciclo de vida.

Assim, a educação sexual tenderá a conduzir a um mais efectivo/melhor controlo da fertilidade e à prevenção das doenças de transmissão sexual (DST), com consequências positivas na sexualidade, gravidez, gravidez na adolescência, interrupção voluntária da gravidez, infertilidade, vigilância pré-concepcional e pré-natal, segurança no parto, qualidade e sobrevivência das crianças.

As actividades de Planeamento Familiar são, nesse contexto, uma componente fundamental da prestação integrada de cuidados em saúde afectivo-sexual e nessa perspectiva a consulta de Planeamento Familiar deve assegurar, também, outras actividades de promoção da saúde tais como informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das DST, do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concepcionais (identificação e orientação de casos de infertilidade) e no puerpério, prevenção do tabagismo e do uso de drogas ilícitas.

3.1. População Alvo

Podem ser inscritos na consulta de planeamento familiar os indivíduos em idade fértil: mulheres até aos 54 anos e os homens, sem limite de idade.

Devem ser especialmente orientadas para o planeamento familiar as mulheres:

- Com doença crónica que contra-indique uma gravidez não programada
- Com paridade > 4
- Adolescentes
- Mulheres com idade superior a 35 anos
- Cujo espaçamento entre duas gravidezes tenha sido inferior a 2 anos
- Puérperas

- Após a utilização de contracepção de emergência
- Após uma interrupção da gravidez

3.2. Objectivos

Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura:

- Regular a fecundidade segundo o desejo dos indivíduos/casal
- Preparar para a maternidade e paternidade responsáveis
- Reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil
- Reduzir a incidência das DTS e as suas consequências, designadamente, a infertilidade
- Reduzir o número de gravidezes na adolescência
- Manter acima de 95% a taxa de vacinação contra o tétano de todas as mulheres
- Melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da família.

3.3. Estratégias

A) Centros de Saúde/Unidades de Saúde de Ilha

De acordo com o Decreto Legislativo Regional nº 18/2000/A, de 08 de Agosto as consultas específicas de PF abrangerão as seguintes acções:

1. Informação sobre os direitos sexuais e reprodutivos do indivíduo, incluindo os fenómenos de violência e abuso sexuais;
2. Informação sobre os métodos contraceptivos que permita uma decisão livre e responsável sobre o número de filhos e o intervalo entre o seu nascimento;
3. Fornecimento gratuito de meios contraceptivos (Portaria nº 50/2008, de 24 de Junho) incluindo a contracepção de emergência (Lei nº 12/2001, de 29 de Maio);
4. Detecção e orientação dos indivíduos com problemas genéticos e de infertilidade;
5. Promoção da saúde sexual, nomeadamente através da informação sobre sexualidade, aconselhamento do casal, rastreio do cancro genital e da mama, prevenção das DST, e das doenças transmitidas pelo VIH e pelos vírus das hepatites B e C;
6. Informação sobre a adopção em colaboração com os serviços especializados.

Preconiza-se ainda que cada CS/USI constitua equipas multiprofissionais que polarizem as motivações e as iniciativas no campo da saúde reprodutiva e que assegurem:

- Implementação de consultas pré-concepcionais, com vista a uma futura gravidez, conforme está preconizado na Circular Normativa nº 2/DSMIA de 16/01/06, da DGS;
- Atendimento imediato nas situações em que haja um motivo expresso que o justifique;
- Encaminhamento adequado para uma consulta, ponderado o grau de urgência, e no caso das interrupções voluntárias da gravidez atender ao estabelecido na Portaria nº 51/2007, de 08 de Janeiro;
- Consultas de planeamento familiar aos utentes que não disponham de resposta no âmbito da medicina geral e familiar, como recurso complementar e concertado desta actividade;
- Estabelecimento de protocolos de articulação entre os CS/USI e os serviços de ginecologia/obstetrícia, de modo a assegurar a referenciação atempada das situações de risco (designadamente, diabetes, cardiopatias, doenças oncológicas) ou com indicação para contracepção cirúrgica ou para uma consulta de planeamento familiar hospitalar;
- Considerados como uma população alvo prioritária das actividades de planeamento familiar, os adolescentes, devem ser implementadas medidas para atrair e fixar este grupo etário, designadamente através de horários flexíveis, atendimento desburocratizado e sem restrição de áreas de influência, a saber:
 - Instalação nos centros de informação juvenil;
 - Instalação nos CS/USI de um gabinete técnico de atendimento de jovens na área do PF e sexualidade;
 - Criação de uma linha telefónica directa e gratuita;
 - Criação de um site informativo com possibilidade de aconselhamento sobre sexualidade, gravidez, PF, infertilidade e prevenção de doenças.
 - Promoção da utilização do Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar (BSR/PF).

B) Hospitais

1. Consultas em PF - de acordo com o Decreto Legislativo Regional nº 18/2000/A, de 08 de Agosto as consultas específicas de planeamento familiar devem estar implementadas nos serviços de ginecologia e obstetrícia dos Hospitais de Ponta Delgada, Angra do Heroísmo e Horta abrangendo as acções discriminadas para os CS/USI atrás citadas;

2. Diagnóstico da infertilidade. Sempre que se constate a insuficiência dos recursos humanos, técnicos e científicos existentes na Região, os utentes deverão ser encaminhados para centros ou serviços especializados, de acordo com as regras instituídas para os restantes cuidados de saúde;
3. Informação pós-parto: informar e entregar documentação sobre os métodos recomendados para a contracepção pós-parto a cada mulher mãe pela primeira vez;
4. Entrega de contraceptivos, incluindo a contracepção de emergência;
5. Detecção e orientação dos indivíduos com problemas genéticos;
6. Rastreio do cancro genital e da mama, tratamento ou encaminhamento dos indivíduos com doenças cancerígenas, sexualmente transmissíveis, e as transmitidas pelo VIH e pelos vírus das hepatites B e C;
7. Assegurar atendimento atempado das situações de risco (designadamente, diabetes, cardiopatias, doenças oncológicas) ou com indicação para contracepção cirúrgica.

4. Direcção Regional da Saúde

1. Premiar os serviços de saúde que ofereçam melhor qualidade de seguimentos de apoio a grávidas e recém-nascidos;
2. Possibilitar, no âmbito do SRS, a escolha do local para o parto por parte das grávidas residentes em ilhas onde não existe hospital;
3. Melhorar a qualidade do apoio à grávida deslocada para efeitos de parto, mediante o aumento do apoio pecuniário e a criação de unidades de acolhimento;
4. Flexibilizar os horários de consulta clínica;
5. Elaborar materiais de informação/divulgação.

5. Formação

O trabalho em equipa envolve um grupo heterogéneo de profissionais o que assegura que os seus elementos sirvam como aportes de perspectivas e soluções diferentes. Variável em número de colaboradores, de acordo com os recursos existentes, tem um núcleo central constituído pelo administrativo, o médico e o enfermeiro, aos quais se associam, sempre que necessário e quando disponíveis, outros elementos de áreas como a saúde pública, o serviço social e a psicologia.

5.1. Planeamento Familiar

Para que os profissionais a exercer funções nas consultas específicas de PF respondam, de forma atempada e eficaz, às necessidades específicas das mulheres e dos homens da comunidade junto da qual intervêm deverão os mesmos ser abrangidos por acções de formação que incidam entre outros sobre os seguintes temas:

1. Anatomia e fisiologia da reprodução;
2. Mecanismos de actuação dos métodos contraceptivos, grau de eficácia, contra-indicações e efeitos secundários;
3. Informação sobre sexualidade humana e suas disfunções;
4. Aspectos psicológicos e sociológicos do PF;
5. Noções gerais de infertilidade e doenças genéticas;
6. DST e aquisição de comportamentos para a sua prevenção;
7. Técnicas de informação, educação e comunicação em PF.

Para além dos temas constantes das alíneas do número anterior, as acções de formação para o pessoal a exercer funções nos centros de informação juvenil devem incluir, entre outras áreas:

1. Desenvolvimento psicológico e sócio-cultural do adolescente;
2. Desenvolvimento e comportamento sexuais;
3. Problemas de comportamento social dos adolescentes;
4. Prevenção de comportamentos sexuais de risco;

5.2. Saúde Materna

Promover a qualificação dos médicos de família, dos enfermeiros (área de especialização em saúde materna e obstétrica) e de outros técnicos que exerçam funções nesta área.

No âmbito deste programa preconiza-se a envolvência da Universidade dos Açores, da Divisão de Formação Profissional da DRS, dos Núcleos de Formação das US e ainda da Associação para o Planeamento da Família - Açores, incluindo a possibilidade a nível individual da frequência de cursos de formação pré-graduada e pós-graduada em Saúde Materna e Planeamento Familiar.

6. Avaliação do programa

Este Programa deve integrar diferentes fases de avaliação, a saber:

- Avaliação diagnóstica – identificação de necessidades, definição de objectivos, de estratégias de intervenção;
- Avaliação de processo – operacionalização do programa através de um Plano de Acção – seu acompanhamento e monitorização;
- Avaliação de resultados – efectividades, custo-benefício, eficiência, eficácia e impacto do programa.

A operacionalização deste programa pressupõe a sua integração nos Planos de Actividade das US e das UF, pelo que a sua avaliação deverá estar incluída no Relatório de Actividades das mesmas, tendo por base os indicadores designados no ponto anterior, de acordo com o Despacho nº 349/2010, de 5 de Abril e Despacho nº 348/2010, de 5 de Abril.

As actividades, os programas e os projectos desenvolvidos, a incluir no Relatório, são registados e avaliados a partir de suportes de informação normalizados, em articulação com a estrutura de gestão do PRS.

7. Estrutura de Gestão e Operacionalização do Programa

A *nível regional*, o PRSMPF é coordenado por um Gestor, responsável regional do Programa, designado pela DRS.

A nível local existirão coordenadores nomeados para cada CS/USI e um coordenador por NF.

8. Bibliografia

- Canavarro, Maria Cristina Sousa – Gravidez e Maternidade na Adolescência – Relatório Final. 2009;
- RODRIGUES, Isabel Almeida (coord.) - Estudo sobre Natalidade na Região Autónoma dos Açores. Ponta Delgada. 2007;
- Lei nº 12/2001, de 29 de Maio – Contracepção de Emergência;
- Orientação Técnica nº 9 – Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, Direcção Geral da Saúde, 2008;
- Resolução da assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores nº 14/2007/A, de 10 de Junho de 2007;
- Portaria nº 50/2008, de 24 de Junho de 2008 - Lista de Contraceptivos para aquisição e entrega pelos - Hospitais e Centros de Saúde aos utentes do SRS, a título gratuito;
- Portaria nº 51/2007, de 8 de Janeiro de 2007 – Interrupção Voluntária da Gravidez;
- Decreto Legislativo Regional nº 18/2000/A, de 8 de Agosto – Planeamento Familiar e Educação Afectivo Sexual;
- Circular Normativa nº 11, de 21 de Março de 2006 – Rede de Referenciação para Transporte de Grávidas de Alto Risco e de Recém-Nascidos;
- Rede de Referenciação Materno-Infantil. – Lisboa: Direcção Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, 2001;
- Circular Normativa nº 05/2007, de 25 de Janeiro – Boletim de Saúde da Grávida, na RAA;
- Circular Informativa Nº: 01/DSMI, de 16 de Janeiro de 2006 - Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar;
- Circular Normativa nº 11, de 25 de Outubro de 2002 - Notícia de Nascimento;
- Despacho nº 758/2007, de 8 de Agosto – Cria uma estrutura de coordenação designada por Núcleo Funcional (NF), no âmbito da Saúde Materna e Infantil;