



Consultoria de Avaliação

A Situação do Registo à Nascença em Cabo Verde: O Programa de Registo à Nascença nas Estruturas de Saúde Relatório de Avaliação

Carla Carvalho

02 de agosto de 2013

Índice

| | |
|--|------------|
| Lista de tabelas | iii |
| Lista de gráficos | iii |
| Ilustrações | iii |
| Siglas e abreviações | iv |
| Definição de conceitos | v |
| 1. Sumário Executivo | 1 |
| 2. Introdução | 6 |
| 3. Contextualização da problemática da infância em Cabo Verde | 7 |
| 3.1 Análise do contexto sociodemográfico da infância | 7 |
| 3.2 Análise sobre a situação dos registos | 9 |
| 3.3 Análise do marco jurídico-legal sobre o registo da criança | 11 |
| 4. Processo de Avaliação | 13 |
| 4.1 Metodologia..... | 13 |
| 4.1.1 Preparação e revisão documental..... | 13 |
| 4.1.2 Quadro de referência da avaliação..... | 14 |
| 4.1.3 Trabalho de campo | 14 |
| 4.2 Limitações e desafios | 15 |
| 5. Resultados da avaliação | 16 |
| 5.1 Resultados gerais atingidos..... | 16 |
| 5.2 Resultados atingidos por pontos de entrada..... | 17 |
| 5.2.1 Nascimentos e registos nas estruturas de saúde..... | 17 |
| 5.2.2 Coordenação entre os parceiros..... | 23 |
| 5.2.3 Intervenção e a qualidade dos serviços..... | 25 |
| | 28 |
| 5.2.4 Envolvimento dos profissionais da saúde | 30 |
| 5.2.5 A percepção dos parceiros beneficiários | 32 |
| 5.2.6 Análise do financiamento do programa | 34 |
| 6. Conclusões e recomendações gerais | 36 |
| 7. Recomendações específicas | 37 |
| 8. Notas finais | 43 |
| 9. Anexos | 44 |
| Anexo 1: Documentos consultados | 44 |
| Anexo 2: Análise dos parceiros..... | 45 |
| Anexo 3: Modelo de avaliação | 46 |
| Anexo 4: Guião de entrevistas e grupos focais | 48 |
| Anexo 5: Pessoas e organizações contactadas durante trabalho de campo..... | 52 |
| Anexo 6: Guia de nascimento | 54 |
| Anexo 7: Interface do RNI – nascimento | 55 |

Lista de tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – População infantil por grupo etário em Cabo Verde | 8 |
| Tabela 2 – População infantil por grupo etário e Concelho..... | 8 |
| Tabela 3 – Número de crianças (0 - 17 anos) que vivem nos agregados familiares por tipologia e concelho | 9 |
| Tabela 4 – Situação face ao registo por grupo etário..... | 10 |
| Tabela 5 – Situação face ao registo por idade simples (0-4 anos) | 10 |
| Tabela 6 – Situação face ao registo por concelho e grupo etário | 11 |
| Tabela 7 – Nascimentos e partos por ano | 19 |
| Tabela 8 – partos assistidos por ano e concelho | 19 |
| Tabela 9 – Registos por ano e concelho | 20 |
| Tabela 10 – Percentagem de crianças registadas nos postos hospitalares..... | 22 |
| Tabela 11 – situação dos registos entre 2003 e 2012 | 23 |

Lista de gráficos

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 – População infantil por grupo etário (%)..... | 7 |
| Gráfico 2 – População infantil por grupo etário e concelho (%) | 8 |
| Gráfico 3 – Situação face ao registo por grupo etário | 9 |
| Gráfico 4 – Situação face ao registo por ano..... | 10 |
| Gráfico 5 – Situação face ao registo por concelho | 11 |
| Gráfico 6 – Tipos de partos | 18 |

Ilustrações

| | |
|---|----|
| Ilustração 1 – Template do guia de nascimento do MS..... | 28 |
| Ilustração 2 – Interface da plataforma informática de registo de nascimento | 28 |
| Ilustração 3 – Folheto da campanha de promoção do PRN..... | 29 |

Siglas e abreviações

ACRIDES – Associação Crianças Desfavorecidas
CNDHC – Comissão Nacional de Direitos Humanos e Cidadania
CS – Centro de Saúde
DGRNI – Direcção Geral dos Registos, Notariado e Identificação
EBI – Ensino Básico Integrado
EPE – Ensino Pré-Escolar
ES – Ensino Secundário
FCS – Fundação Cabo-verdiana de Solidariedade
Fem – Feminino
FIF – Fundação Infância Feliz
GEP – Gabinete de Estudos e Planeamento
GEPC – Gabinete de Estudos, Projectos e Cooperação
ICCA – Instituto Cabo-verdiana da Criança e do Adolescente
IEC – Informação, Educação e Comunicação
INE – Instituto Nacional de Estatística
Masc – Masculino
MJ – Ministério da Justiça
MS – Ministério da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PA – Partos Assistidos
p.e. – por exemplo
PL – Paúl
PD – Partos Domiciliares
PR – Praia
PRN – Programa de Registo à Nascença
PRNES – Programa de Registo à Nascença nas Estruturas de Saúde
RG – Ribeira Grande
RC – Registos efectuados na Conservatória
RES – Registos efectuados nas Estruturas de Saúde
RNI – Registos, Notariado e Identificação
SC – Santa Catarina
S/D – Sem dados
SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva
SV – São Vicente
QUIBB – Questionário Unificado de Indicadores Básicos de Bem-estar
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

Definição de conceitos

Unipessoal – trata-se dos agregados constituídos por uma só pessoa.

Casais isolados – agregados familiares constituído exclusivamente pelo chefe e respectivo cônjuge.

Casais isolados com filhos – agregados familiares constituído pelo chefe, pelo respectivo cônjuge e os filhos e/ou os enteados.

Conjugais compósitos – agregados conjugais constituídos pelo chefe, pelo respectivo cônjuge, pelos filhos, genros/noras, enteados, sobrinhos, pessoas com outra relação de parentesco e pessoas sem qualquer relação de parentesco com o chefe.

Não conjugais compósitos – agregados familiares constituídos pelo chefe, pelos seus filhos, pelos genros/noras, enteados, sobrinhos pessoas com outra relação de parentesco e pessoas sem qualquer relação de parentesco com o chefe.

Monoparental – agregados constituídos por um dos pais, os filhos e inclui não enteados, ou então constituídos por um dos pais e os enteados.

Agregados sem relação de parentesco – agregados constituídos por pessoas que não têm qualquer relação de parentesco com o chefe.

1. Sumário Executivo

A Avaliação do Programa de Registo à Nascença nas Estruturas de Saúde em Cabo Verde é um processo independente que tem como objectivo principal realizar um diagnóstico ao referido programa para verificar até que ponto se se aproximou da meta inicialmente prevista, que é o de atingir 100% de crianças registadas logo à nascença nas estruturas de saúde.

No ano de 2003 deu-se início a implementação do programa com a abertura do primeiro posto de registo à nascença no Hospital Agostinho Neto (HAN), na cidade da Praia. De então para cá, o projecto conseguiu abarcar as seguintes estruturas de saúde: Hospital Agostinho Neto, Hospital Regional Santiago Norte, Hospital da Ribeira Grande de Santo Antão, Centro de Saúde do Paúl e Hospital Baptista de Sousa nas ilhas de Santiago, Santo Antão e São Vicente e as estruturas de saúde na ilha do Fogo.

Cabo Verde tem assegurado um conjunto de direitos voltados para a infância, particularmente no campo da saúde, da educação, da legislação, etc. Através de diversas instituições o país promove e prioriza a problemática infantil por meio de políticas e acções sociais, económicas, culturais e legislativas. Várias instituições governamentais e não-governamentais implementam projectos de protecção dos direitos fundamentais da criança.

Em termos legais, o país encontra-se dotado de instrumentos necessários para garantir a salvaguarda dos direitos das crianças nas mais variadas áreas, inclusive os relativos ao registo. Assim, a implementação do Programa de Registo à Nascença nas Estruturas de Saúde possui um respaldo legal através do Código de Registo Civil.

O país conta com uma população infantil de 191.329 crianças dos 0 aos 17 anos de idade, correspondendo a aproximadamente 38% da população (Censo, 2010). A taxa de cobertura dos registos é significativa – 97% das crianças nascidas no país foram registadas (Censo, 2010). Uma pequena percentagem, aproximadamente 3% de crianças estão por registar e assim poderem usufruir de um direito básico e fundamental – o direito ao Nome.

A avaliação do Programa de Registo à Nascença nas Estruturas de Saúde foi realizada nos meses de Abril a Julho de 2013. A consultoria foi dividida em três etapas. A primeira etapa foi a concepção e discussão da nota metodológica detalhada; a segunda etapa foi a realização do trabalho de campo e apresentação de um draft do relatório de avaliação, a que se seguiu a realização de um *atelier* de discussão dos resultados; e a terceira etapa é a apresentação do presente relatório final de avaliação, que inclui os subsídios recolhidos durante o *atelier* de discussão dos resultados.

A avaliação do Programa Registo à Nascença nas Estruturas de Saúde baseia-se numa metodologia que contempla métodos, técnicas e ferramentas diversos, conforme consta do Termo de Referência preparado pela DGRNI. A metodologia incluiu métodos quantitativos e qualitativos, representando a natureza participativa e a transversalidade deste trabalho.

O trabalho de campo foi realizado durante a segunda etapa da avaliação. Esta incluiu contactos directos com entidades envolvidas, bem como colaboradores e utentes do programa de registo à nascença nas estruturas de saúde. Durante o trabalho de campo, foram utilizadas técnicas e ferramentas como entrevistas e grupos focais, a fim de se obter informações a respeito do Programa.

O atraso e a ausência de dados relativos ao concelho da Praia contribuíram para que as análises relativas a este concelho ficassem incompletas, não permitindo uma comparação entre os concelhos.

As acções realizadas no âmbito do Programa de Registo à Nascença e, particularmente, no Programa de Registo à Nascença nas Estruturas de Saúde têm contribuído para a diminuição do número de crianças que são registadas tardiamente, isto é, depois de 30 dias após o nascimento das crianças.

a) Nascimentos e registos nas estruturas de saúde

· Conclusões

Anualmente o registo de crianças nas estruturas de saúde tem oscilado, verificando anos em que a afluência é significativa e anos em que essa afluência é menor. Em todas as estruturas de saúde onde existe um posto de registo hospitalar, a taxa de registo, com excepção do Paúl, não chega a 25%. Ou seja, 75% das crianças nascidas nessas estruturas de saúde não são registadas antes da alta hospitalar. Por exemplo, até 2011, no HRG foram registadas 16,7%, no HBS foram registadas 19,1%, no HRSN foram registadas 23,7%, e no Paúl foram registadas 61,4% das crianças.

Tendo em consideração o número de crianças que nascem nessas estruturas de saúde e que são registadas, posteriormente, nas conservatórias, conclui-se que a meta do programa está longe de ser alcançada. Apesar de 98% de crianças nascerem nas estruturas de saúde, a nível nacional, a taxa de registo hospitalar tem sido muito baixa. Aproximadamente 2/3 das crianças são registadas nas conservatórias.

· Recomendações

Os postos de registo hospitalar devem continuar a fazer este trabalho meritório que permite a diminuição da taxa do registo tardio de crianças. Todavia, para alcançar esta

meta, é necessário mudar as condições de funcionamento dos postos de registo para permitir uma maior cobertura de registos.

b) Coordenação entre os parceiros

· Conclusões

A coordenação do programa é indispensável para o seu funcionamento. Porém, em 2013, a coordenação funcionou com muita deficiência.

A comunicação é deficiente entre os diversos parceiros, especialmente entre os parceiros com autoridade no processo de implementação do programa. A DGRNI, a coordenação do programa e as estruturas de saúde tiveram pouquíssimos encontros de trabalho.

· Recomendações

O planeamento dos próximos passos do programa deve levar em conta as necessidades e os constrangimentos dos parceiros.

É necessário simplificar o fluxo comunicacional entre os parceiros; os encontros de coordenação devem ser periódicos, especialmente entre os parceiros com responsabilidade de implementação do programa.

c) Intervenção e a qualidade dos serviços

· Conclusões

Os ganhos com o registo à nascença nas estruturas de saúde são perceptíveis, designadamente no tempo, recursos e no reconhecimento do direito básico da criança – o direito ao Registo e ao Nome.

A revisão da legislação é uma necessidade para facilitar os procedimentos e garantir o sucesso e a continuidade do programa.

· Recomendações

É necessário que o programa se associe a outros parceiros que trabalham com a pequena infância, nomeadamente os jardins-de-infância, as pediatrias, algumas clínicas privadas, as delegacias e os centros de saúde.

Deve-se apostar em outras formas e outros meios de sensibilização e de comunicação.

O programa deve funcionar em regime de chamada nos Centros de Saúde dos concelhos pequenos e/ou nas ES onde ocorrem poucos nascimentos.

d) Envolvimento dos profissionais da saúde

· Conclusões

O envolvimento do pessoal da saúde no programa tem sido essencialmente na sensibilização das parturientes no momento do parto.

A chave para o sucesso do programa está na sensibilização. Mas, esta sensibilização deve ser feita durante o período de gestação em que os progenitores vão preparando a chegada da criança.

· Recomendações

Para alcançar a meta definida é necessário apostar na sensibilização dos profissionais de saúde.

É necessário envolver outros profissionais de saúde, como os profissionais dos programas de Saúde Sexual e Reprodutiva e de outros espaços de cuidados da saúde.

e) A percepção dos parceiros beneficiários

· Conclusões

O Programa é conhecido junto dos potenciais progenitores, porém, o seu papel e o seu funcionamento é pouco divulgado entre os utentes desses serviços.

No entanto, vários factores explicam a situação acima descrita, tais como frequentes mudanças na gestão hospitalar, constantes mudanças dos espaços/postos de registos, suspensão temporária dos postos.

· Recomendações

A mudança na percepção dos parceiros beneficiários do programa deve ser um processo continuado, realizada através de campanhas de sensibilização via meios de comunicação social e outros meios comunitários.

É urgente iniciar a sensibilização em outros espaços de “pertença” às grávidas e aos progenitores. Um espaço decisivo para a sensibilização deverá ser os serviços de SSR durante os cuidados pré-natais.

f) Análise do financiamento do programa

· Conclusões

Existe uma deficiente rentabilização de alguns recursos alocados ao programa, especialmente os equipamentos informáticos.

· Recomendações

É preciso uma concertação prévia entre os parceiros antes da aquisição e instalação dos equipamentos, evitando assim desperdício de recursos.

Feitas estas considerações, cumpre informar que a avaliação do Programa de Registo à Nascença nas Estruturas de Saúde foi um processo de recolha e interpretação das informações que envolveu um conjunto diversificado de parceiros. Foi um exercício que colocou tónica nos resultados alcançados e na indicação de propostas para os próximos passos do programa. Outrossim, apesar dos desafios e das limitações enfrentadas na implementação do programa, e, tendo em consideração que o programa não alcançou, ainda, todas as estruturas de saúde onde ocorrem partos e nem atingiu a meta definida nas estruturas implementadas, considera-se que o programa é uma experiência que deve ser continuado e disseminado, e terá sucesso se se levar em consideração as recomendações indicadas.

2. Introdução

A Avaliação do Programa de Registo à Nascença nas Estruturas de Saúde em Cabo Verde, também conhecido como Projecto “Cidadão Online”, foi organizada e contratada pela Direcção Geral dos Registos, Notariado e Identificação do Ministério da Justiça (DGRNI/MJ). Esta consultoria é um processo independente realizada por uma consultora nacional.

O objectivo principal desta avaliação é realizar um diagnóstico do referido programa, de acordo com a meta definida¹ e o resultado alcançado, desde o início da sua implementação, no ano de 2003, com a abertura do primeiro posto de registo à nascença no Hospital Agostinho Neto (HAN), na cidade da Praia. Até este momento, o projecto abarca estruturas de saúde nas ilhas do Fogo, Santiago, Santo Antão e São Vicente, designadamente as estruturas de saúde da ilha Fogo, Hospital Agostinho Neto, Centro de Saúde de Achada Santo António², Hospital Regional Santiago Norte, Hospital da Ribeira Grande de Santo Antão, Centro de Saúde do Paúl, Hospital Baptista de Sousa.

A avaliação tem os seguintes objectivos específicos:

- a. Identificar as respostas existentes a nível de cada estrutura de saúde onde funcionam os postos de registo – Serviços RNI, Serviços do MS e demais Parceiros do Programa;
- b. Avaliar a articulação e complementaridade entre os serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde e os postos de registo neles instalados (Serviços RNI, Serviços do MS e demais Parceiros do Programa);
- c. Avaliar a qualidade e a disponibilidade dos serviços oferecidos pelos postos de saúde (tipo de serviços, competências técnicas dos prestadores, equipamentos e materiais, espaços físicos, etc.);
- d. Avaliar a satisfação e a demanda dos serviços por parte dos utentes/públicos-alvo.

Este relatório descreve o exercício de avaliação e seus resultados, incluindo as demandas e os objectivos formulados, os métodos para a investigação, as fontes de informação, as principais ferramentas de trabalho, os resultados por Pontos de Entrada definidas no Termo de Referência e recomendações para o futuro. Os anexos trazem informações específicas e detalhadas sobre os assuntos abordados ao longo dos diferentes pontos do texto.

¹ 100% de crianças registadas logo à nascença nas estruturas de saúde.

² Foi encerrado.

3. Contextualização da problemática da infância em Cabo Verde

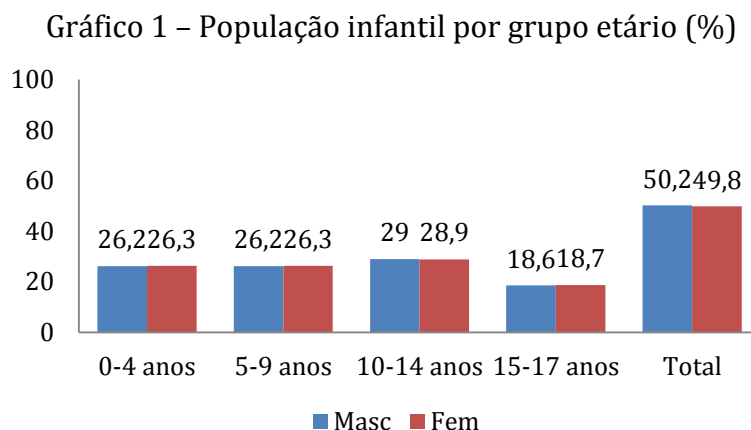
O país, através de diversas instituições – governamentais, não-governamentais e internacionais – busca promover e priorizar a problemática infantil através de políticas e acções sociais, económicas, jurídicas e legislativas.

Assim, encontram-se instituições governamentais (ICCA – principal responsável pela implementação da política governamental para a infância, DGRNI, CNDHC, FCS, MED, etc.), não-governamentais (Acrides, FIF, Aldeias SOS, etc.) e internacionais (ONU – Unicef, Bornefonden, etc.) que promovem projectos e programas de implementação dos direitos fundamentais da criança.

Cabo Verde tem assegurado um conjunto de direitos voltados para a infância, particularmente no campo da saúde, da educação, da legislação, etc.

3.1 Análise do contexto sociodemográfico da infância

Cabo Verde conta com uma população infantil³ de 191.329 mil crianças, dos 0 aos 17 anos de idade, correspondendo a aproximadamente 38% da população. Analisando essa percentagem por grupo etário, nota-se que a diferença é ténue de um grupo para outro, pois, nos grupos dos 0-4 anos e 5-9 anos encontra-se aproximadamente 26% de crianças; no grupo dos 10-14 anos depara-se aproximadamente 29% e o no grupo dos 15-17 anos encontra-se aproximadamente 18%.



Fonte: Censo, 2010.

³ Segundo o conceito de criança definido pela ONU: “todo o ser humano com menos de dezoito anos, excepto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo”.

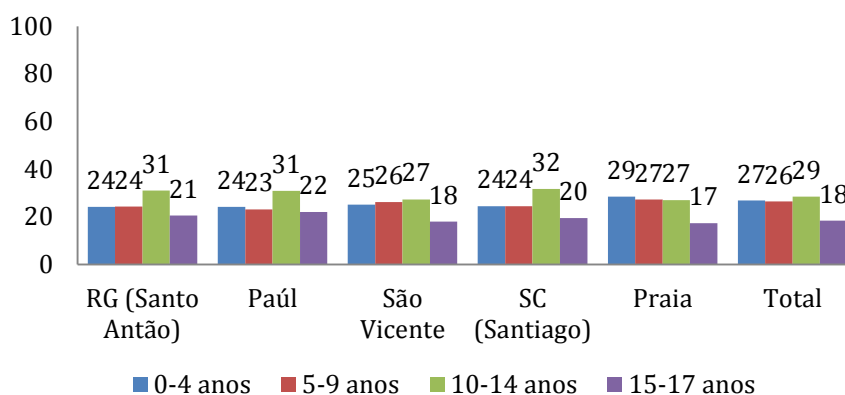
Tabela 1 – População infantil por grupo etário em Cabo Verde

| Grupo etário | Masc | % | Fem | % | Total | % |
|--------------|-------|------|-------|------|--------|------|
| 0-4 anos | 25124 | 26,2 | 25077 | 26,3 | 50201 | 26,2 |
| 5-9 anos | 25167 | 26,2 | 25040 | 26,3 | 50207 | 26,2 |
| 10-14 anos | 27864 | 29,0 | 27362 | 28,7 | 55226 | 28,9 |
| 15-17 anos | 17813 | 18,6 | 17882 | 18,8 | 35695 | 18,7 |
| Total | 95968 | 50,2 | 95361 | 49,8 | 191329 | 100 |

Fonte: Censo, 2010.

Numa análise da população infantil por concelho (onde decorreu a pesquisa), nota-se que a média dessa população está muito próxima, rondando 1/3 da respectiva população.

Gráfico 2 – População infantil por grupo etário e concelho (%)



Fonte: Censo, 2010.

Tabela 2 – População infantil por grupo etário e Concelho

| Grupo etário | | | RG | Paúl | São Vicente | SC | Praia | Total |
|--------------|-------|------|------|-------|-------------|-------|--------|-------|
| 0-4 anos | Sexo | Masc | 840 | 298 | 3270 | 2188 | 7164 | 13760 |
| | | Fem | 835 | 320 | 3250 | 2357 | 7038 | 13800 |
| | Total | 1675 | 618 | 6520 | 4545 | 14202 | 27560 | |
| 5-9 anos | Sexo | Masc | 866 | 300 | 3413 | 2283 | 6691 | 13553 |
| | | Fem | 812 | 294 | 3360 | 2250 | 6860 | 13576 |
| | Total | 1678 | 594 | 6773 | 4533 | 13551 | 27129 | |
| 10-14 anos | Sexo | Masc | 1122 | 421 | 3614 | 2918 | 6782 | 14857 |
| | | Fem | 1020 | 369 | 3460 | 2989 | 6690 | 14528 |
| | Total | 2142 | 790 | 7074 | 5907 | 13472 | 29385 | |
| 15-17 anos | Sexo | Masc | 723 | 320 | 2311 | 1801 | 4199 | 9354 |
| | | Fem | 698 | 246 | 2349 | 1827 | 4406 | 9526 |
| | Total | 1421 | 566 | 4660 | 3628 | 8605 | 18880 | |
| Total | Sexo | Masc | 3551 | 1339 | 12608 | 9190 | 24836 | 51524 |
| | | Fem | 3365 | 1229 | 12419 | 9423 | 24994 | 51430 |
| | Total | 6916 | 2568 | 25927 | 18613 | 49830 | 102954 | |

Fonte: Censo, 2010.

A maioria das crianças, residentes nos concelhos onde decorreu a pesquisa, vive em agregados familiares conjugais compósitos, não conjugais compósitos e casais isolados com filhos, e uma pequena proporção vive em agregados monoparentais.

Entretanto, se se tomar em consideração que nos agregados não conjugais compósitos apenas há a presença de um dos progenitores e outros familiares, conclui-se que a maioria das crianças vive apenas com um dos progenitores e/ou com familiares (avós/ôs, tios/as, etc.).

Tabela 3 – Número de crianças (0 - 17 anos) que vivem nos agregados familiares por tipologia e concelho

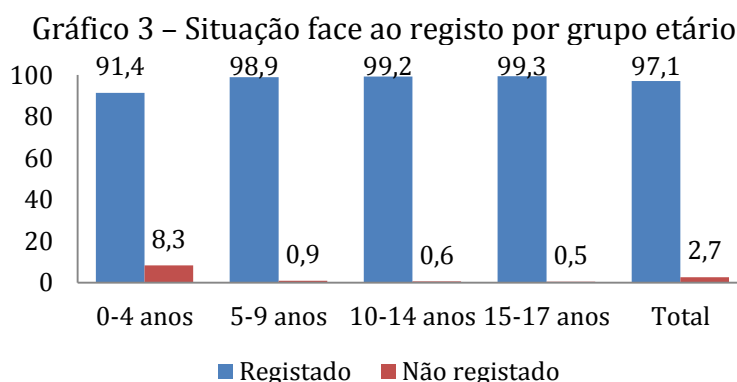
| Tipologia de agregados familiares | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------|----------------------|--------------|--------------------------|---------------------|
| Concelho | Casais isolados com filhos | Conjugais compósitos | Monoparental | Não conjugais compósitos | Outros ⁴ |
| Ribeira Grande | 29,3 | 32,8 | 10,4 | 27,2 | 0,3 |
| Paúl | 29,5 | 33,4 | 9,4 | 27,7 | 0,1 |
| São Vicente | 29,0 | 27,0 | 13,5 | 30,2 | 0,3 |
| Santa Catarina | 17,1 | 28,0 | 13,0 | 41,3 | 0,6 |
| Praia | 31,3 | 26,6 | 15,9 | 26,0 | 0,2 |

Fonte: Censo, 2010.

3.2 Análise sobre a situação dos registos

Em Cabo Verde, a taxa de cobertura da declaração dos nascimentos nos serviços de Registos, Notariado e Identificação é significativa, isto é, segundo os resultados do Censo 2010, 97% das crianças nascidas até esse ano, foram declaradas, ou seja, tinham um registo de nascimento.

Porém, uma pequena, embora importante, percentagem (aproximadamente 3%) de crianças estão por registar e por usufruir de um direito básico e fundamental – o direito ao Nome.



Fonte: Censo, 2010.

⁴ Juntou-se três tipos de agregados: 1. Unipessoal, 2. Casais isolados e 3. Agregados sem relação de parentesco.

Tabela 4 – Situação face ao registo por grupo etário

| Grupo etário | Sim | | Não | | Outros | |
|--------------|----------|------|----------|-----|----------|-----|
| | Efectivo | % | Efectivo | % | Efectivo | % |
| 0-4 anos | 45.876 | 91,4 | 4.176 | 8,3 | 148 | 0,3 |
| 5-9 anos | 49.639 | 98,9 | 430 | 0,9 | 139 | 0,2 |
| 10-14 anos | 54.773 | 99,2 | 335 | 0,6 | 117 | 0,2 |
| 15-17 anos | 35.447 | 99,3 | 176 | 0,5 | 72 | 0,2 |
| Total | 185.735 | 97,1 | 5.117 | 2,7 | 476 | 0,2 |

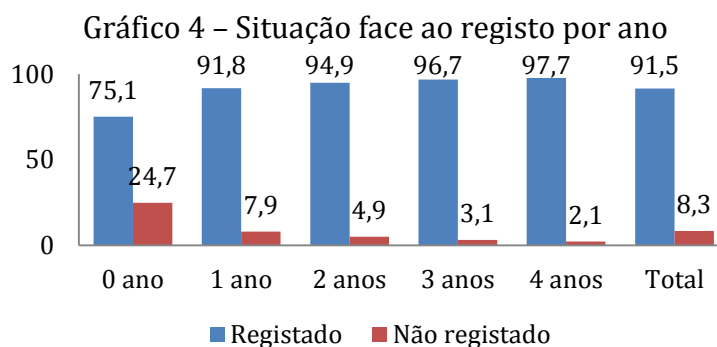
Fonte: Censo, 2010.

Segundo o Censo (2010) 5.117 crianças, dos 0 aos 17 anos, correspondendo a 2,7% do total da população infantil cabo-verdiana, não possui registo de nascimento.

Se se desagregar esses dados por grupo etário, verifica-se que 8,1% das crianças que não foram registadas (totalizando 4.176) encontram-se na faixa etária de 0-4 anos de idade (Censo, 2010).

Desagregando ainda mais os dados, nota-se que o problema e/ou a dificuldade maior encontra-se na declaração de nascimento das crianças com menos de 1 ano. Neste grupo etário a taxa de cobertura dos registos desce para 75%, ou seja, uma em cada quatro crianças abaixo de 1 ano de idade não tinha sido registada.

Esta situação demonstra que muitas crianças são registadas depois do 1 ano de idade, certamente ditadas pela necessidade de se frequentar os jardins infantis e/ou, mais tardiamente, com a sua entrada no ensino formal.



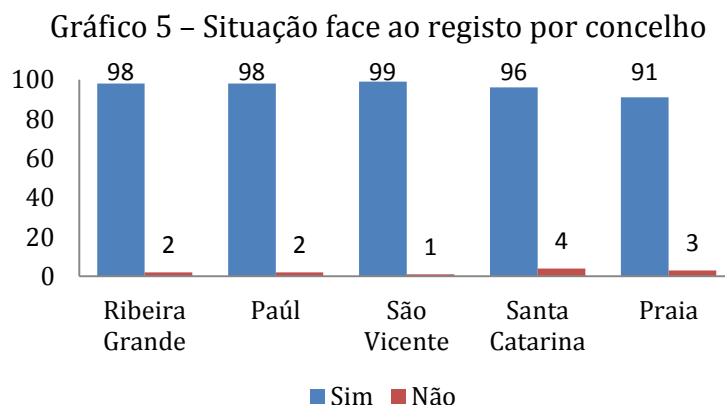
Fonte: Censo, 2010.

Tabela 5 – Situação face ao registo por idade simples (0-4 anos)

| Idade (anos) | Sim | | Não | | Outros | |
|--------------|----------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|
| | Efectivo | Percentagem | Efectivo | Percentagem | Efectivo | Percentagem |
| 0 | 7.205 | 75,1 | 2.373 | 24,7 | 14 | 0,1 |
| 1 | 8.715 | 91,8 | 753 | 7,9 | 26 | 0,3 |
| 2 | 9.720 | 94,9 | 500 | 4,9 | 18 | 0,2 |
| 3 | 10.116 | 96,7 | 328 | 3,1 | 18 | 0,2 |
| 4 | 10.120 | 97,7 | 222 | 2,1 | 13 | 0,1 |
| Total | 45.876 | 91,5 | 4.176 | 8,3 | 89 | 0,2 |

Fonte: Censo, 2010.

Sobre a análise da situação face ao registo, nos concelhos onde decorreu a pesquisa, verifica-se que a cobertura da taxa de registo é mais de 90%. O grupo etário dos 0-4 anos é onde a situação de não-registo é mais elevada, especialmente até 1 ano de idade. Pode-se considerar que essa situação não é alarmante, porém, a mesma pode ser melhorada visto que está-se a falar de um país com aproximadamente meio milhão de habitantes, em que a maioria dos partos (mais de 90%) ocorre nas estruturas de saúde.



Fonte: Censo, 2010.

Tabela 6 – Situação face ao registo por concelho e grupo etário

| Grupo etário | Ribeira Grande | | Paúl | | São Vicente | | Santa Catarina | | Praia | |
|-------------------|----------------|-----|------|-----|-------------|-----|----------------|-----|-------|------|
| | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não |
| 0-4 anos | 1592 | 82 | 578 | 38 | 6313 | 185 | 3986 | 546 | 12880 | 1278 |
| 5-9 anos | 1648 | 26 | 588 | 6 | 6701 | 49 | 4487 | 38 | 13404 | 113 |
| 10-14 anos | 2116 | 22 | 784 | 6 | 7025 | 31 | 5841 | 52 | 13398 | 50 |
| 15-17 anos | 1409 | 12 | 559 | 6 | 4629 | 17 | 3606 | 21 | 8553 | 28 |
| Total | 6765 | 142 | 2509 | 56 | 24668 | 282 | 17920 | 657 | 48235 | 1469 |

Fonte: Censo, 2010.

3.3 Análise do marco jurídico-legal sobre o registo da criança

Em termos legais, o país encontra-se munido de alguns instrumentos importantes que salvaguardam os direitos das crianças nas mais variadas áreas e temáticas, inclusive os relativos ao registo e reconhecimento jurídico e social.

Assim, a implementação do Programa de Registo à Nascimento nas Estruturas de Saúde possui um respaldo legal através do Código de Registo Civil. Este diploma prevê um leque de intervenientes no processo de registo de nascimento.

Um outro documento legal importante, que demonstra a preocupação do país com a situação dos direitos da criança, é a ratificação da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (CDC) onde os estados membros da ONU comprometem-se, entre outras matérias, a assegurar o registo de nascimento nas suas leis nacionais.

Elenca-se, abaixo, alguns instrumentos e documentos e os respectivos conteúdos e aspectos relevantes, estabelecido e ratificado pelo Estado cabo-verdiano:

- **Código de Registo Civil**
 - Está em processo de revisão. O actual é um documento da década de 1960, está desactualizado tendo em atenção os novos desafios sociais e culturais que o país enfrenta.
 - É de salientar que o actual Código de Registo Civil prevê um leque de intervenientes no processo de registo de nascimento como o director do estabelecimento hospitalar, o médico ou a parteira, que tenham assistido ao parto (art.º 147) através da dita "declaração de maternidade qualificada". Esta directiva nunca foi seguida e implementada.
 - O novo código de registo civil propõe diminuir o período de 30 dias para se efectuar o registo da criança, visando facilitar o processo de modo a que toda a criança possa sair registada da estrutura de saúde. Esta medida implica o alargamento do programa para todas as estruturas de saúde do país onde ocorrem nascimentos.
- **Estatutos da Criança e do Adolescente**
 - Está em fase final de aprovação.
 - Este documento trata de um leque de temas relacionados às crianças e adolescentes no país, nomeadamente os direitos fundamentais.
- **Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança**
 - Cabo Verde ratificou a CDC.
 - Este documento defende, no artigo 7º, que a criança deve ser registada imediatamente após o nascimento, tendo o direito ao nome e à nacionalidade.
- **Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança**
 - Cabo Verde ratificou esta Carta.
 - Esta carta defende, no artigo 6º alínea 2, que a criança tem o direito de ser registada imediatamente após o nascimento, assim como o direito a um nome (alínea 1) e a uma nacionalidade (alínea 3).

4. Processo de Avaliação

A avaliação do Programa de Registo à Nascimento nas Estruturas de Saúde foi realizada entre os meses de Abril a Julho de 2013, por uma consultora nacional. A consultoria foi dividida em três etapas. A primeira etapa foi a concepção, apresentação e discussão da nota metodológica detalhada; esta culminou com a organização e realização do trabalho de campo; a segunda etapa foi a apresentação do presente draft do relatório de avaliação, a que se seguiu a realização de um *atelier* de discussão dos resultados; e a terceira etapa é a apresentação do relatório final de avaliação, sendo que este inclui os subsídios recolhidos durante o *atelier* de discussão dos resultados.

4.1 Metodologia

A avaliação do Programa Registo à Nascimento nas Estruturas de Saúde baseia-se numa metodologia que contemple métodos, técnicas e ferramentas diversos, conforme consta do Termo de Referência preparado pela DGRNI. A metodologia incluiu métodos quantitativos e qualitativos, que representem a natureza participativa e transversal desta pesquisa. O recurso a este leque diversificado de metodologias e instrumentos foi fundamental para a recolha de informações abrangentes e o cruzamento de informações importantes entre os diversos parceiros e intervenientes do programa. Permitiu, ainda, compreender diferentes pontos de vista a respeito dos resultados alcançados pelo Programa.

O trabalho de campo foi realizado durante a segunda etapa da avaliação. Esta incluiu contactos directos com entidades envolvidas, bem como colaboradores e utentes do programa registo à nascimento nas estruturas de saúde. Durante o trabalho de campo, foram utilizadas técnicas e ferramentas como entrevistas e grupos focais, a fim de se obter informações a respeito do Programa.

4.1.1 Preparação e revisão documental

A avaliação teve início com a revisão da documentação disponível produzida no âmbito da implementação do programa, incluindo, entre outros, os relatórios originais e os de progresso, além de material relevante produzido pelos parceiros dos programas. Ademais, foram consultados bases de dados e relatórios produzidos no âmbito nacional.

Durante a etapa de preparação, foram identificados os principais marcos do programa, os parceiros envolvidos em sua formulação, implementação e acompanhamento (anexo 1). Foi preparada a análise dos parceiros, identificando como seriam envolvidos no processo de avaliação. A metodologia de avaliação foi finalizada, incluindo o modelo de avaliação com a identificação das perguntas a serem respondidas, os parceiros e outras fontes capazes de oferecer informações e as ferramentas mais adequadas para a

investigação (anexo 2). Durante essa etapa também foram produzidos todos os instrumentos de avaliação (anexo 3).

4.1.2 Quadro de referência da avaliação

O modelo de avaliação do Programa de Registo à Nascimento nas Estruturas de Saúde foi elaborado à partir dos cinco (05) pontos de entrada principais, conforme o Termo de Referência:

- 1) Levantamento exaustivo de todos os nascimentos ocorridos nessas estruturas de saúde e dos registos de nascimento feitos nessas estruturas;
- 2) Coerência entre os instrumentos de política de Registo de Nascimento (RN) e as intervenções implementadas desde 2003, e a articulação entre as instituições;
- 3) As estratégias de intervenção e a qualidade dos serviços de registo à nascença prestados nas estruturas de saúde;
- 4) Envolvimento dos profissionais da saúde na questão do registo à nascença prestados nas estruturas de saúde;
- 5) A percepção dos utentes/públicos-alvo sobre os serviços de registo à nascença prestados nas estruturas de saúde;

Em resposta a esses pontos, o modelo de avaliação (anexo 2) foi elaborado, descrevendo como abordar cada um dos pontos essenciais, bem como as fontes de dados e os respectivos informantes.

4.1.3 Trabalho de campo

O trabalho de campo envolveu o encontro com os diversos parceiros do programa, desde parceiros directamente implicados no programa aos parceiros beneficiários. Durante o trabalho de campo foram realizadas entrevistas e grupos focais, a fim de obter informações acerca de seus pontos de vista e opiniões sobre a implementação do programa e os resultados alcançados.

As entrevistas realizadas tiveram carácter semi-estruturado, ou seja, incluíram algumas questões pré-estabelecidas, sem descorar questões adicionais, dependendo das respostas. Foram realizadas 37 entrevistas individuais, 5 entrevistas telefónicas e 4 entrevistas colectivas. As perguntas foram definidas a partir do modelo de avaliação e considerando o papel específico dos entrevistados, conforme análise de parceiros.

Os grupos focais foram uma oportunidade de reunir numa mesma discussão parceiros beneficiários com características ou papéis semelhantes, com o propósito de gerar uma reflexão colectiva acerca de questões definidas conforme o modelo de avaliação. Foi realizado um grupo focal, no concelho da Praia, com os progenitores que fizeram a declaração de registos na conservatória.

4.2 Limitações e desafios

Três limitações e desafios foram significativos durante o processo de avaliação.

O primeiro deve-se ao atraso na disponibilização dos dados e documentos. Uma situação que pode ser explicada pela mudança que se verificou na coordenação do projecto, tendo em certa medida dificultado o acesso aos documentos produzidos durante a implementação do programa.

A segunda limitação deve-se a não disponibilização de estudos e leis produzidos sobre esta matéria não se encontram disponíveis nas páginas *web* das instituições envolvidas, tornando o processo de colecta moroso.

A terceira limitação deve-se a dificuldades em contactar os parceiros beneficiários por falta de informações de contacto, o que impossibilitou a realização de alguns grupos focais previamente definidos. A estratégia utilizada para reverter a situação foi a realização de entrevistas colectivas e telefónicas com os parceiros beneficiários que declararam o registo nos postos hospitalares. De qualquer forma, foram entrevistados cerca de 90% dos parceiros originalmente planeados, inclusive vários beneficiários. Uma lista completa dos parceiros contactados durante o trabalho de campo encontra-se no anexo do relatório (anexo 4).

5. Resultados da avaliação

Este ponto do relatório descreve as informações recolhidas no processo de avaliação, relatando os resultados atingidos pelo programa, bem como as áreas em que ainda é necessário avançar e aprimorar o trabalho. Este ponto encontra-se dividido em duas partes: a primeira inclui uma avaliação de resultados gerais alcançados e a segunda parte traz uma apreciação dos resultados atingidos em cada Ponto de Entrada (segundo o Termo de Referência).

5.1 Resultados gerais atingidos

As acções realizadas no âmbito do Programa de Registo à Nascença e, particularmente, no Programa Registo à Nascença nas Estruturas de Saúde tem contribuído para a diminuição do número de crianças que são registadas tardiamente, isto é, depois de 30 dias após o nascimento da crianças.

Unanimemente todos os parceiros concordam que a chave para o sucesso deste programa encontra-se na sensibilização comunitária. Mas esta sensibilização deve ser feita durante o período de gestação em que os progenitores vão preparando e aguardando a chegada da criança. Um espaço crucial para a sensibilização deverá ser os serviços de SSR onde as mulheres vão receber os cuidados durante o pré-natal com apoio personalizado. Este espaço é ideal para informar e sensibilizar as mães da existência, importância e facilidade de um posto de registo que garanta um dos primeiros direitos da sua criança.

A coordenação do programa é uma entidade indispensável para o funcionamento do programa. Em 2013 o programa tem funcionado com muita deficiência, visto que está sem coordenadora. Uma técnica da DGRNI tem acumulado a coordenação do programa com outras tarefas, o que não é aconselhável, pois não permite que haja condições para um acompanhamento adequado da continuidade do programa na perspectiva da sua consolidação.

Observou-se uma relação comunicacional deficiente entre os diversos parceiros, especialmente entre os parceiros com autoridade para a implementação do programa. A DGRNI, a coordenação do programa e os hospitais, no caso o pessoal de saúde que trabalha na maternidade, tiveram pouquíssimos encontros de trabalho para reflectirem sobre o andamento do programa, as dificuldades encontradas e as melhorias que poderiam ser implementadas.

Constata-se que ainda existem obstáculos socioculturais e institucionais que fomentam o registo tardio. No que se refere aos obstáculos culturais, identificou-se que os progenitores em situações de conflitos “amorosas/afectivas” adiam o registo da criança; muitas mulheres aguardam a decisão dos homens em registar a criança.

No que toca aos obstáculos institucionais, que tem a ver com as condições de funcionamento do programa, identificou-se o horário de funcionamento dos postos de registos hospitalares e a questão da competência legal dos conservadores (o registo por lei é prerrogativa da Conservatória).

A revisão da legislação é um imperativo para a facilitação dos procedimentos e um garante do sucesso e continuidade do programa, pois esta não terá sucesso se se continuar a não se exigir a responsabilização por parte dos progenitores. Outrossim, a legislação precisa ser revista na parte do prazo para o registo de crianças, que hoje é 30 dias, para um período menor, pois o objectivo do programa é alcançar 100% de crianças registadas antes da sua saída das estruturas de saúde.

Existe uma deficiente rentabilização de alguns recursos alocados para o programa, como é o caso dos equipamentos informáticos adquiridos. A maioria dos que foram instalados nas estruturas de saúde está sem uso desde a sua instalação. Com excepção do HAN e HBS, as estruturas de saúde de Ribeira Grande (Santo Antão), Paúl, São Miguel, Santa Cruz não têm utilizado os equipamentos doados. A não utilização desses equipamentos deve-se a diversas razões, entre as quais a não instalação da plataforma informática dos registos, a não disponibilização de uma linha telefónica e de internet.

5.2 Resultados atingidos por pontos de entrada

Passa-se a descrever os resultados atingidos por pontos de entrada e os objectivos específicos indicados no Termo de Referência, indicando os nascimentos e os registos ocorridos nos postos hospitalares, apontando o processo de coordenação entre os parceiros, examinando a intervenção e a qualidade dos serviços, mostrando o envolvimento dos profissionais de saúde, compreendendo a percepção dos parceiros beneficiários e analisando o financiamento do programa.

5.2.1 Nascimentos e registos nas estruturas de saúde

O Estado de Cabo Verde para responder às recomendações da Unicef no que toca ao combate ao registo tardio, apresentou, através da DGRNI e do Ministério da Justiça, uma proposta para a criação do Programa de Registo à Nascença (PRN) com o objectivo de identificar os casos de crianças sem registo e actuar para a sua resolução. Ainda, nesta linha, o Ministério da Justiça assinou um protocolo com algumas câmaras municipais, São Nicolau e Santo Antão, para a criação dos postos de registos rurais.

Numa outra frente, e um pouco mais tarde, o Ministério da Justiça assinou com o Ministério da Saúde um protocolo para a implementação do subprograma “Programa de Registo à Nascença nas Estruturas de Saúde” (PRNES). Foram seleccionadas algumas estruturas de saúde para implementar o programa uma vez que a DGRNI não tinha condições logísticas e recursos humanos para responder à demanda nas diversas

estruturas de saúde. A selecção das estruturas de saúde onde foi implementado o projecto foi uma escolha conjunta entre o MJ e o MS.

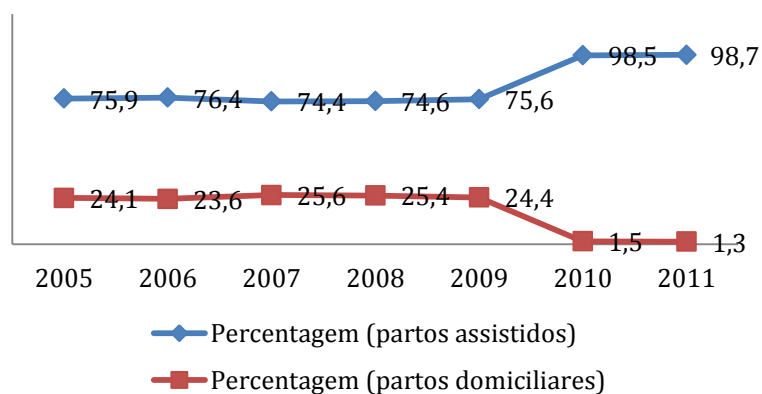
Em 2003, foi implementado o programa nas estruturas de saúde na Praia – HAN, em seguida em São Vicente – HBS, depois seguiram o CS-Paúl, o HRG, o HRSN, o CS-ASA, e no último ano de 2012, as estruturas de saúde na ilha do Fogo. Para facilitar o trabalho burocrático e evitar a acumulação de papéis e no âmbito do reforço dos postos hospitalares iniciou-se a informatização do processo e o programa passa a ser conhecido também como “Cidadão Online”.

No primeiro trimestre de 2010 no âmbito do Programa Alargado de Vacinação do Ministério da Saúde foi o mote para lançar um inquérito integrado e conjunto, entre o Ministério da Justiça, o INE, o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, para com o objectivo principal vacinar crianças, mas também identificar as crianças sem registo e aproveitar a oportunidade para registá-las mas, por outro lado, sensibilizar os progenitores para a situação do registo tardio. Esta campanha foi um momento que permitiu alavancar o programa uma vez que se registou milhares de crianças sem registo – aproximadamente 2500 crianças dos 0-17 anos.

Esses passos contribuíram para um seguimento mais estreito dos nascimentos, dos registos efectuados e da taxa dos registos tardios.

Nesse cômputo, no que toca a taxa de natalidade, nota-se que esta está oscilando desde 2005 entre aumentos e diminuições, embora, a partir de 2009, a taxa diminuiu, segundo o MS, em quase dois mil nascimentos. Por outro lado, a par disso, os partos ocorridos nas estruturas de saúde vem aumentando para mais de 98% a nível nacional e, conseqüentemente, diminuindo os partos domiciliares. Em 2005, ocorreram aproximadamente, 2.781 partos domiciliares, mas em 2011 este número cai vertiginosamente, para 139 partos domiciliares, ou seja, 5 anos depois a taxa é para menos de 2%.

Gráfico 6 – Tipos de partos



Fonte: GEPC, MS, 2013.

Tabela 7 – Nascimentos e partos por ano

| Ano | Nascimentos | Partos assistidos | Partos domiciliare |
|------|-------------|-------------------|--------------------|
| 2005 | 11.554 | 8.773 | 2.781 |
| 2006 | 11.925 | 9.116 | 2.809 |
| 2007 | 12.335 | 9.172 | 3.163 |
| 2008 | 12.697 | 9.475 | 3.222 |
| 2009 | 13.044 | 9.861 | 3.183 |
| 2010 | 10.184 | 10.033 | 151 |
| 2011 | 10.339 | 10.200 | 139 |

Fonte: GEPC, MS, 2013.

Quando fala-se dos partos e/ou nascimentos ocorridos nas estruturas de saúde onde encontram-se instalados os postos de registo, pode-se verificar que no concelho de Ribeira Grande nascem anualmente em torno de 350 crianças (com excepção dos anos de 2009 e 2012 que nasceram menos crianças); no concelho do Paúl nascem, por ano, aproximadamente 40/50 crianças (com excepção dos de 2009 e 2010 que nasceram mais crianças); em São Vicente nascem à volta de 1.700/1.800 crianças (exceptuando os anos de 2007 e 2011 que nasceram menos crianças); na cidade da Praia nascem em torno de 4.000 crianças por ano e no concelho de Santa Catarina o número de nascimentos vem aumentando, todos os anos, para acima dos 1.000 nascimentos por ano.

Tabela 8 – partos assistidos por ano e concelho

| Ano | Ribeira Grande | Paúl | São Vicente | Praia | Santa Catarina |
|------|----------------|------|-------------|-------|----------------|
| 2005 | 342 | 43 | 1.868 | 4.246 | 669 |
| 2006 | 371 | 41 | 1.851 | 3.950 | 820 |
| 2007 | 358 | 55 | 1.625 | 4.268 | 771 |
| 2008 | 326 | 53 | 1.737 | 4.205 | 833 |
| 2009 | 279 | 66 | 1.797 | 4.387 | 981 |
| 2010 | 268 | 72 | 1.783 | 4.234 | 1.272 |
| 2011 | 391 | 39 | 1.647 | 4.190 | 1.406 |

Fonte: GEP, MS, 2013.

Estes dados indicam que a esmagadora maioria dos partos ocorrem nas estruturas de saúde e somente uma pequena proporção de crianças nascem nos domicílios. Cruzando este facto com a situação dos registos efectuados, pode-se observar que não há uma correlação positiva entre estas duas variáveis, ou seja, teoricamente, pelo menos nos concelhos onde existem postos de registos hospitalares, 70%⁵ dessas crianças não estão sendo registadas no momento da alta hospitalar. Os registos nas estruturas de saúde são, em média, de 6 e 4 por dia nos HAN e HBS, enquanto os nascimentos são de 12 e 7 diários, respectivamente. Nas estruturas pequenas, como os Centros de Saúde (onde ocorrem partos), a média de registos é bem menor, de 1 a 2 por cada semana.

⁵ Exceptuando o Paúl, apresentar-se-á mais adiante desses dados.

A grande questão que se coloca é que, apesar de 98% de crianças nascerem nas estruturas de saúde, a taxa de registo hospitalar tem sido muito baixa. Na verdade, a grande maioria das crianças, aproximadamente 2/3, é registada nas conservatórias.

Tabela 9 – Registos por ano e concelho

| Ano | Ribeira Grande ⁶ | | Paúl ⁷ | | São Vicente ⁸ | | Praia ⁹ | | Santa Catarina ¹⁰ | |
|--------------|-----------------------------|-----|-------------------|-----|--------------------------|-------|--------------------|-------------------|------------------------------|-----|
| | RC | RES | RC | RES | RC | RES | RC | RES ¹¹ | RC | RES |
| 2003 | | | | | 1.741 | 81 | 3.930 | | | |
| 2004 | | | | | 1.927 | 260 | 4.074 | 427 | | |
| 2005 | | | | | 1.698 | 166 | 4.184 | | | |
| 2006 | | | | | 1.718 | 233 | 4.077 | | | |
| 2007 | | | 90 | 34 | 1.685 | 326 | 4.279 | | | |
| 2008 | 204 | 59 | 59 | 31 | 2.009 | 562 | 4.141 | | | |
| 2009 | 280 | 23 | 49 | 34 | 1.802 | 106 | 3.757 | | 794 | 513 |
| 2010 | 373 | 15 | 50 | 39 | 1.884 | 18 | 4.881 | 74 | 1.219 | 111 |
| 2011 | 281 | 68 | 22 | 29 | 1.899 | 327 | 4.311 | 130 | 1.354 | 102 |
| 2012 | 333 | 46 | 26 | 8 | 1.691 | 273 | 4.636 | 169 | 1.459 | 140 |
| Total | 1.471 | 211 | 296 | 175 | 18.054 | 2.352 | 39.689 | | 4.826 | 866 |

Fonte: adaptado DGRNI e MS, 2013.

No concelho da Praia¹² são registadas, anualmente, mais de quatro mil crianças. Em 2004 no HAN foi registado 427 crianças, em 2010 foi registado 74 crianças no Centro de Saúde de Achada Santo António, em 2001 foram registadas 130 crianças e em 2012 foram registadas 169 crianças.

No HBS foram efectuados 2.352 registos desde a sua abertura, em 2003 até 2012, e na Conservatória de São Vicente foram registadas 18.054 crianças. No mesmo período registaram-se 12.308 partos assistidos no hospital. Em termos percentuais, de 2005 a 2011, das crianças nascidas na estrutura de saúde da ilha, somente 19,1% foram registadas no posto hospitalar do HBS. Pode-se considerar que esta taxa é baixa tendo em atenção o número de crianças que nascem nessa estrutura de saúde. O registo de crianças no HBS espelha três momentos específicos na vida deste posto; primeiramente, durante o primeiro ano de funcionamento, registou-se pouca afluência; depois foi aumentando até atingir a sua maior taxa, em 2008, com 562 registos; depois em 2009 e 2010 a taxa diminuiu consideravelmente.

⁶ Início da implementação do programa em 2008.

⁷ Início da implementação do programa em 2007.

⁸ Início da implementação do programa em 2003.

⁹ Início da implementação do programa em 2003.

¹⁰ Início da implementação do programa em 2009.

¹¹ Não foram disponibilizados (ou incompletos) os dados relativos aos registos efectuados no HAN e CS-ASA.

¹² Os dados estão incompletos, faltando os dados de outros anos.

No Paúl, o posto hospitalar funciona por regime de chamada (não precisando de um espaço físico permanente para o efeito do registo). Quando ocorrem os nascimentos¹³ o Centro de Saúde informa a Conservatória e o agente de registo desloca ao CS para efectuar o registo. A média de nascimento é 1 ou 2 por semana. Desde a abertura do posto de registo hospitalar, em 2007, nasceram 369 crianças; foram registadas 175 crianças no posto hospitalar e 296 crianças na Conservatória. Em termos percentuais, de 2007 até 2011, 61,4% das crianças nascidas no Centro de Saúde do Paúl foram registadas no posto de registo ali instalado. Deve-se realçar que, no Paúl, a maioria das grávidas desloca-se ao Hospital de Ribeira Grande para dar à luz. Entretanto, uma parte significativa (quase 38,6%) das crianças nascidas no Centro de Saúde não é registada antes da alta hospitalar. O Paúl registou, durante quatro anos seguidos, a mesma tendência em termos de números anuais de registo, porém, nos últimos dois anos (2011 e 2012), houve uma descida considerável no número de crianças registadas no posto de registo hospitalar. Em 2007 (ano da abertura do posto de registo hospitalar) 34 crianças foram ali registadas; no ano seguinte, 31 crianças; em 2009 foram registadas, também, 34 crianças; em 2010 foram registadas 39 crianças; em 2011 o número desceu para 29 crianças e em 2012 o número de crianças registadas teve uma quebra acentuada, comparativamente com os anos anteriores, ou seja, foram registadas apenas 8 crianças no posto de registo hospitalar.

No HRG foram registadas 211 crianças desde a sua abertura em 2008. No mesmo período, na Conservatória dos Registos do concelho de Ribeira Grande foram registadas 1.471 crianças. Na verdade, de 2008 a 2011 nasceram 1.264 crianças no HRG mas foram registadas no posto de registo hospitalar apenas 165 crianças; a esmagadora maioria (1.138) foram registadas na Conservatória local. Em termos percentuais, de 2008 a 2011, somente 16,7% de crianças nascidas no HRG foram registadas no posto de registo hospitalar.

De referir que uma grande parte das parturientes é oriunda dos concelhos vizinhos (Paúl e Porto Novo) e se deslocam a esta estrutura de saúde para dar à luz, pois existem melhores condições sanitárias e, como explicar-se-á mais adiante, há muita resistência das parturientes¹⁴ em efectuar o registo das suas crianças nessa estrutura, dizendo que irão registar nos seus concelhos de origem. O posto de registo do HRG regista a menor taxa – 16,7% – de registo de crianças nas estruturas de saúde. Em 2008 (ano da abertura do posto de registo hospitalar) foram registadas 59 crianças; no ano seguinte, 23 crianças; em 2010 foram registadas, também, 15 crianças; em 2011 foram registadas 68 crianças; em 2012 o número desceu para 46.

¹³ Verificam-se poucos partos neste Centro de Saúde, a maioria dos partos são encaminhados para o Hospital de Ribeira Grande pois existem mais condições para que o parto ocorra com segurança. Verificam-se uma média de 1 parto por semana ou muitas vezes nenhum parto por semana.

¹⁴ Conforme informações do agente de registo.

O posto de registo do HRSN realizou o registo de aproximadamente 866 crianças desde a sua abertura em 2009. Em termos percentuais, de 2009 a 2011, foram registadas 23,7% das crianças nascidas na estrutura de saúde do Hospital Regional de Santiago Norte. O primeiro ano de funcionamento teve um número considerável de registo, alcançando os 513 crianças. Nos anos seguintes, o número foi diminuindo e fixando em aproximadamente 100 crianças anuais. Em 2009 (ano da abertura do posto de registo hospitalar) foram registadas 513 crianças; no ano seguinte 111 crianças; em 2011 foram registadas 102 crianças; e em 2012, 140 crianças.

Pode-se verificar que o registo, por ano, nas estruturas de saúde tem oscilado bastante, verificando anos onde a afluência é significativa e outros anos em que essa afluência é menor, tendo em consideração o número de crianças que nascem nessas estruturas de saúde e que são registadas, posteriormente, nas conservatórias locais. Conclui-se que a meta do programa está longe de ser alcançada. Em todas as estruturas de saúde onde existe um posto de registo hospitalar, a taxa de registo, com excepção do Paúl, não chega aos 25%, ou seja, nem 75% das crianças nascidas nessas estruturas de saúde são ali registadas. Com efeito, os números apontam que, dos nascimentos ocorridos nas estruturas de saúde, desde a abertura dos respectivos postos de registo hospitalares, no HRG foram registadas apenas 16,7% dessas crianças; no HBS foram registadas apenas 19,1% dessas crianças, o posto de registo do HRSN registou 23,7% dessas crianças e no Paúl foram registadas 61,4% dessas crianças.

Tabela 10 – Percentagem de crianças registadas nos postos hospitalares

| Ano | HAN ¹⁵ | HBS | CS/Paúl | HRG | HRSN |
|--------------|-------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 2005 | | 8,9 | | | |
| 2006 | | 12,6 | | | |
| 2007 | | 20,1 | 61,8% | | |
| 2008 | | 32,4 | 58,5 | 18,1% | |
| 2009 | | 5,9 | 51,5 | 8,2% | 52,3 |
| 2010 | 1,7 | 1,0 | 54,2 | 5,6% | 8,7 |
| 2011 | 3,1 | 19,9 | 74,4 | 17,4% | 7,3 |
| Total | | 19,1% | 61,4% | 16,7% | 23,7% |

No concelho de Porto Novo, à semelhança do Paúl, funciona o sistema de regime de chamada. Existe uma relação de proximidade, isto é, quando ocorre um nascimento, o pessoal de saúde contacta a Conservatória de Registos, e o agente de registo desloca-se ao Centro de Saúde para recolher as declarações de nascimento.

O posto de HRSN esteve suspenso¹⁶ nos primeiros meses de 2013 devido a falta de recursos humanos. De referir ainda que a substituição da agente de registo ali verificada

¹⁵ Os dados (poucos ou incompletos) disponibilizados não permitem efectuar os cálculos necessários para a análise da situação.

¹⁶ O posto de registo foi reaberto.

quebrou a dinâmica de registos, provocando conseqüentemente uma diminuição nos registos diários.

O posto de registo no Centro de Achada Santo António está encerrado desde Março de 2012, sendo verdade que este posto só funcionou durante 10 meses. Foram registadas 130 e 18 crianças em 2011 e 2012 respectivamente. A Conservatória alegou falta de recursos humanos na sede central para permitir que uma funcionária se desloque, diariamente, ao referido Centro de Saúde¹⁷. E, aliada a esta justificação, perfila também o facto de a média diária de registo efectuado nesse posto hospitalar ser manifestamente insignificante, variando entre 1 (um) e 0 (zero) por dia.

No que toca ao tempo médio de registo da criança, pode-se constatar que este varia. O tempo médio para o registo da criança vai de 1 (um) a 3 (três) meses. Geralmente, quando houver algum conflito entre os progenitores, sobretudo no concernente ao registo da paternidade, este período tende a ultrapassar 12 meses.

A taxa dos registos de 2003, ano do arranque do PRN e PRNES, até 2009¹⁸ aumentou, diminuindo conseqüentemente a taxa de crianças não registadas. Em 2003 foram registadas 79% de crianças nascidas nesse ano, ficando 21% por registar. Já em 2009 a taxa de crianças não registadas ficou em 17,7%.

Tabela 11 – situação dos registos entre 2003 e 2009

| Ano | Nascimentos | Nº de registos | | Não declaradas | |
|------|-------------|----------------|-------|----------------|-------|
| 2003 | 12.120 | 9.596 | 79,2% | 2.524 | 20,8% |
| 2004 | 11.862 | 9.350 | 78,8% | 2.512 | 21,2% |
| 2005 | 11.554 | 9.126 | 79,0% | 2.428 | 21,0% |
| 2006 | 11.925 | 8.492 | 71,2% | 3.433 | 28,8% |
| 2007 | 12.335 | 7.732 | 62,7% | 4.603 | 37,3% |
| 2008 | 12.697 | 9.893 | 77,0% | 2.804 | 23,0% |
| 2009 | 13.044 | 10.731 | 82,3% | 2.313 | 17,7% |

Fonte: PRN/DGRNI, 2010.

O Censo de 2010 – numa pesquisa mais alargada – actualizou os dados e concluiu que 97% de crianças estavam registadas e somente 3% ficaram por registar.

5.2.2 Coordenação entre os parceiros

A implementação do programa iniciou com a assinatura de protocolos com vários parceiros e com formações para agentes de registo e profissionais da saúde.

Relativamente à coordenação entre os parceiros constata-se que ela é deficiente, particularmente entre os parceiros com responsabilidade na implementação do

¹⁷ Duas técnicas da conservatória foram destacadas, uma para o HAN e a outra para o CS-ASA.

¹⁸ Analisou-se este período (2003-2009) porque em 2003 dá-se início a implementação do programa, e em 2010, os dados do CENSO que vem trazer uma visão geral sobre a situação dos registos a nível nacional.

programa. No início da implementação do programa nas estruturas de saúde havia uma confluência de entendimentos entre as partes, mas passado algum tempo o diálogo começa a escassear-se, cortando-se assim um canal importante na implementação do programa.

Por outro lado, muitas vezes, os diversos serviços da DGRNI não estão em sintonia. Por exemplo, muitas vezes falta sintonia entre a coordenação do programa e os conservadores e outros agentes de registo, sobretudo porque a coordenação só contacta os conservadores e agentes através da directora do RNI. Esta prática dificulta o conhecimento de problemas e dificuldades nos postos de registo nas estruturas de saúde e adia a sua resolução.

A comunicação entre alguns parceiros é quase inexistente em algumas estruturas de saúde – por exemplo, entre a DGRNI (Conservatória) e os profissionais de saúde – porém, com as outras estruturas ela é mais fluída. Isto influencia os resultados alcançados e nos mostra que o engajamento na causa depende da sensibilidade e da sensibilização dos parceiros. Ademais, constata-se que a comunicação é inexistente entre os responsáveis directos na implementação do programa e o pessoal de nível intermédio (chefes de serviços).

Quando há mudança dos funcionários que trabalham directamente com o programa verifica-se uma quebra no normal funcionamento do programa, e isto verifica-se ao nível da coordenação, dos responsáveis de saúde e dos agentes de registo.

Muitas vezes os agentes de registo não vão trabalhar, por vários dias, sem qualquer aviso prévio às estruturas de saúde, e sem que esses funcionários sejam substituídos. Aliás, os agentes de registo quando estão de férias e/ou de baixa médica não são substituídos e o serviço fica descoberto. Verifica-se uma falta de compromisso entre alguns parceiros, principalmente entre o MS e o MJ.

Por vezes as necessidades e os objectivos dos parceiros não são, de todo, tidos em conta, pois, a DGRNI, através das conservatórias, disponibiliza seus funcionários para se deslocarem às estruturas de saúde, mas pouco tempo depois estes voltam ao posto de origem ficando as estruturas de saúde desprovido de um agente de registo. Nesta linha, um outro caso de realce, é que os parceiros (MS e MJ) acordaram em formar funcionários do MS para exercerem a actividade de agente de registo, mas as conservatórias opuseram a esta iniciativa justificando que este papel cabe, segundo reza a lei, à conservatória e ao conservador¹⁹. Esta situação criou dificuldades e desmotivação

¹⁹ Entretanto os funcionários das Conservatórias que realizam este trabalho não possuem uma escolaridade de nível superior mas sim técnico-profissional, com sessões de formação e treinamento e a prática profissional. Ademais ao realizarem este trabalho de todo o modo o conservador terá que verificar e qualificar o registo.

por parte dos implicados que, inclusive, eram um canal importante nas estruturas de saúde na sensibilização das parturientes.

A Curadoria de Menores e o Ministério Público são parceiros do programa, mas pode-se verificar que a morosidade na resposta aos casos de recusa de assunção da paternidade vem espelhando o sentimento de impunidade na recusa do registo da criança. Uma resposta célere para os casos de recusa de reconhecimento da paternidade é, com certeza, uma forma de os progenitores se sentirem responsabilizados pela obrigação e dever de reconhecerem um dos direitos fundamentais da criança.

Foi criada a plataforma única para a declaração de nascimento desenvolvida pelo NOSI. Este concebeu um sistema de registo civil que ultrapassa o conceito de base territorial, permitindo que se faça o registo em qualquer espaço físico, desde que se tenha um computador com instalação da plataforma digital de registo e com acesso à internet, criando assim uma infra-estrutura de comunicação digital que descentraliza o registo civil e desafia o conceito de competência territorial do registo. Este procedimento foi importante para a simplificação administrativa dos registos. Entretanto, na ausência de alteração da legislação e sem a sua instalação, pelo menos, em todas as estruturas de saúde onde existem um posto de registo hospitalar, não tem sido possível aproveitar-se da sua capacidade de inovação e de facilitação dos procedimentos administrativos.

5.2.3 Intervenção e a qualidade dos serviços

Os ganhos com o registo à nascença nas estruturas de saúde são visíveis, designadamente ganha-se tempo (não se vai enfrentar longas filas de espera), poupa-se dinheiro (aqueles que residem longe dos centros urbanos e/ou em comunidades de difícil acesso) e o mais importante de todos, passa-se a reconhecer, quase que instantaneamente, um direito primordial da criança – o direito ao registo, ao nome e ao reconhecimento jurídico. Ademais, para o Estado, o programa contribui para se conhecer o número da sua população, que é imprescindível para as estatísticas e as políticas públicas de desenvolvimento.

Porém, depara-se com a não existência de um documento legal que cria o Programa de Registo à Nascença nas Estruturas de Saúde, dando-lhe uma legitimidade e autoridade como condição para exigir o garante constitucional que é o direito ao registo. Este dispositivo pode, inclusive, ser introduzido no Código de Registo Civil, no momento da sua alteração. Creio que o legislador deve introduzir um preceito legal que legitime a declaração do nascimento nas estruturas de saúde.

No que toca ao funcionamento de alguns postos, verifica-se que um foi encerrado logo após a sua abertura (no Centro de Saúde de Achada Santo António) e um outro funcionando a “meio gás” (HRSN), ou seja, encontrava-se suspenso porque o número de

funcionários existentes nas conservatórias não permite que estes se desloquem aos postos hospitalares.

Para prevenir e evitar situações do tipo, a DGRNI propôs como solução para mudar esta situação – dar formação a alguns funcionários da saúde dotando-os de competências para efectuar declarações de nascimento, mas houve resistência das Conservatórias alegando que esta tarefa é prerrogativa legal das mesmas, pelo que a proposta não venceu. Porém, esta solução poderia ser uma “saída ideal”, na medida em que a qualificação do registo, ou seja, a legalização do acto será sempre da competência dos conservadores, ou seja, eles é que validariam o acto. Mais uma vez verifica-se que a coordenação entre os principais parceiros na implementação do programa não estiveram em sintonia, pois os objectivos e as competências legais de cada um não foram levados em consideração e os recursos disponibilizados para a formação dos funcionários da saúde ficou sem um retorno “positivo e ganhador” para o programa.

É opinião unânime, entre os vários parceiros contactados, que faz mais sentido e necessidade a existência de postos de registo nas estruturas de saúde onde ocorrem partos e não nos centros de saúde (pelo menos nos concelhos onde existem hospitais). Pois, quando se abre mais um posto de registo num mesmo concelho (com um único ES onde ocorrem partos) dispersa-se a insuficiente disponibilidade de recursos humanos existentes.

Nos Centros de Saúde, nas Delegacias de Saúde, nas Pediatrias e nos Programas de Saúde Reprodutiva justifica-se um comprometimento e um serviço de sensibilização constante do Programa de Registo à Nascença, e, particularmente, do Programa de Registo à Nascença nas Estruturas de Saúde durante o pré-natal. Inclusive, parece ser necessário uma “Ordem de Serviço” e/ou um despacho ministerial que “obrigue” os progenitores a apresentarem os documentos de identificação da criança em vez do pessoal de saúde ficar a chamar as crianças de filha/o de fulana/o.

Verifica-se que há falta de engajamento e pró-activismo por parte dos agentes de registos onde se ocorrem menos registos. Estes devem ser alvos de “reciclagem” periódica, com acções de formação sobre o assunto e sessões de motivação e comunicação.

A revisão da legislação é indispensável, uma vez que alguns postos hospitalares não funcionam porque a maioria dos partos acontece nos grandes hospitais (com mais recursos e condições), e, por lei, a criança deve ser registada no local de nascimento (independentemente da ligação dos progenitores e residência ao concelho de origem)²⁰. Verifica-se que esta situação tem criado dois constrangimentos; primeiro, os pais

²⁰ Porquê não ter a possibilidade escolher a naturalidade como acontece em outros países? É necessário mudar a lei, e a alteração requer vontade política, ou seja, chegar-se a entendimentos entre os vários parceiros responsáveis envolvidos neste processo.

recusam-se a registar a criança no hospital, alegando que a vão registar no seu concelho de origem, e, conseqüentemente leva os progenitores a omitirem a naturalidade da criança; e segundo, pode-se, quiçá, chegar a uma situação de um concelho ter um “boom” de naturalidades fictícias em função dos nascimentos ali ocorridos, e outros concelhos terão uma diminuição drástica dos naturais. Este é, por exemplo, o caso do Paúl. É necessário repensar este conceito e mudar a legislação, permitindo que o programa adeque a esta nova situação. Ademais, esta situação vem mexendo com a cultura das pessoas.

Em 2009 a legislação²¹ foi modificada, tornando o registo e a perfilhação²² um acto gratuito. O objectivo era incentivar, cada vez mais cedo, o registo, mas a situação não melhorou. Pode-se concluir que a ideia original era facilitar o cumprimento do prazo de registo, mas depara-se claramente com um sentimento de impunidade, “posso registar a minha criança até aos 14 anos sem nenhuma sanção e/ou punição”. Embora a lei dê um prazo de 30 dias para o registo, ela não criou mecanismos de controlo e punição para os casos de não cumprimento deste prazo. No fundo, só sensibilização sem sanção, sem responsabilização e nem obrigação os resultados serão conseguidos muito lentamente, pois a mudança de mentalidade é demorada, e muito mais lenta ainda quando esta ocorre somente pela sensibilização.

Sobre os procedimentos administrativos de registo, verifica-se que o *interface* da plataforma informática de registo (figura 2) utilizado pela conservatória para efeitos de registos e o *template* do guia de nascimento²³ (figura 1), utilizados pelos profissionais de saúde têm uma lógica comum, isto é, informar e/ou declarar o nascimento de uma criança, indicando o nome dos progenitores (geralmente o nome da mãe), o local, data e horário do nascimento e algumas menções e/ou observações especiais. O que difere estes dois instrumentos é que o primeiro (figura 2) inclui o nome do pai, os avós e avôs maternos e paternos, naturalidade e estado civil dos progenitores, enquanto o segundo (figura 1) informa apenas sobre os dados médicos e de saúde da criança. Ademais, o segundo serve como base de prova para o primeiro em relação a todas as crianças nascidas nas estruturas de saúde.

²¹ Decreto-lei nº 70/2009, 30 de Dezembro de 2009, B.O. nº 49, 1ª série.

²² Este termo aparece nas falas das pessoas entrevistadas significando um conceito com uma carga ideológica forte que é interpretada, normalmente, como uma recusa de um dos progenitores, geralmente o pai em registar a criança tendo sido obrigado pelas autoridades a registar a criança.

²³ Há aproximadamente 20 anos que o MS implementou este instrumento nas estruturas de saúde.

Ilustração 1 – Template do guia de nascimento do MS. Tamanho original no Anexo 6.

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE
GUIA DE NASCIMENTO Nº 052673

Declaro o nascimento dum(a) criança, do sexo _____
filho de _____
esposado em _____ Progênie de _____
Concelho _____ em _____ de _____
pelas _____ horas e _____ minutos em _____ de _____

INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA

(1) Sexo: masculino feminino indeterminado

(2) Data de nascimento: _____

(3) Peso à nascença (em gramas) _____

(4) Tipo de parto: simples ou gêmeos, Nº de gêmeos _____

(5) De gemelar indicar: Nº de cada vivão _____

(6) O parto foi normal (ou cesáreo) de emergência natural desobstruído

(7) Local de nascimento: casa doméstica em estabelecimento hospitalar, (indicar) _____
outra parturiente de saúde _____ ou local _____

(8) Assistência ao parto: médica enfermeira-parteira antenatal não parteira-parteira ou parteira leiga sem assistência assistência espontânea

(9) Duração da gravidez (Nº de semanas completas) _____ semanas completas _____

(10) Vigilância pré-natal com duas ou mais consultas em _____ semanas _____

(11) Data de nascimento da mãe _____

(12) Nº de partos anteriores da mãe _____

(13) Nº de vida-vivos nos partos anteriores _____

(14) Nº de morte-mortos nos partos anteriores _____

(15) Gravidez imediatamente anterior da mãe: Nº de vida-vivos _____ Nº de fato-mortos _____

(16) Residência habitual da mãe _____
Pregueira _____ Concelho _____

de _____ de _____

Nome e assinatura do responsável da informação _____

Ilustração 2 – Interface da plataforma informática de registo de nascimento. Tamanho original no Anexo 7.

RNI NASCIMENTO Page 1 of 1

Consentida de Pagos Cui da Pais NASCIMENTO - INSERIR

1-Identificação

Nome* _____ Sexo* - Sim - Não -

Naturalidade* PR-NOSSA SENHORA DA GRAÇA Data Factor* _____ Hora* _____

País _____

Nome _____

Data Nascimento _____ Idade _____

Identificação -DOCUMENTO- _____ Nomes _____

Data Emissão _____ Emissor _____

Estado Civil -ESTADO CIVIL- País _____

Estado Civil -ESTADO CIVIL- País _____

Pregueira _____

Morada _____

Av1 (rua) _____

Av2 (lote) _____

Melhores Especificar _____

Declara* -Declara- _____

Telefone _____ De -CONTACTO- _____

Tipos Telex* -Telex- _____

Confirmar Fechar

Muitos dos postos de registo hospitalar não se encontram instalados num espaço adequado e estratégico.

No HAN, posto de registo funciona no balcão de informação²⁴, os progenitores ficam de pé para declarem o nascimento do filho, há barulho que dificulta a comunicação. De realçar que no HAN o programa esteve suspenso durante muito tempo devido a falta de condições das instalações.

No HBS o posto de registo encontra-se numa sala mais confortável (espaçosa, silenciosa) mas está afastado da maternidade, os progenitores têm que andar pelo menos 5 minutos para chegarem a este espaço. Embora normalmente os funcionários do referido hospital acompanham os progenitores para declarem o nascimento do filho, a sua localização não é estratégica para os propósitos para que foi criado. De referir que este posto já esteve num espaço confortável, localizado junto à maternidade, porém, a dado momento, o hospital teve necessidade desse espaço e mandou o posto de registo para o refeitório, mas as pessoas recusaram registar a sua criança no novo local – o refeitório, sob a alegação de que o espaço não possui a dignidade necessária para registarem as suas crianças.

No HRSN o programa possui uma sala apetrechada, perto da maternidade.

Em Ribeira Grande o espaço fica junto à porta de entrada da maternidade (pela porta da visita), no corredor. Foi instalado um computador e uma impressora na sala dos enfermeiros, mas nunca funcionou.

²⁴ Muitas pessoas contactam esta funcionária para solicitar informações sobre o funcionamento hospitalar.

No Centro de Saúde de ASA, ora encerrado, as condições não eram adequadas, o espaço do registo ficava debaixo de uma escada.

O posto do Paúl funciona em regime de chamada, foi instalado um computador mas nunca foi utilizado.

Os materiais de IEC são insuficientes para a divulgação do programa. Algumas estruturas de saúde não possuem nenhum material de informação e propaganda, nem para indicar a localização do posto hospitalar. A comunicação e os materiais de IEC não alcançam todas as camadas populacionais.

Alguns exemplos de boas práticas seguidas por algumas estruturas de saúde mostra como procuram debelar as dificuldades e os constrangimentos encontrados na resistência ao registo.

Uma prática que tem sido adoptada em algumas estruturas de saúde para aumentar o número de registos hospitalares, e, conseqüentemente diminuir a taxa de crianças nascidas e que deixam o hospital sem registo, tem sido a retenção dos cartões do recém-nascido (cartões do ex-PMI da criança), “retenção” da mãe no momento da alta hospitalar. São práticas “não lícitas” mas que tem surtido algum efeito.

Uma outra prática seguida pela Conservatória de SC é a sensibilização das grávidas durante o pré-natal, nos serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva e Delegacias de Saúde, através de acções de informação periódicas.

No Centro de Saúde de ASA, quando posto de registo funcionava, realizava-se um trabalho de sensibilização junto das grávidas, informando que existe um serviço de registo de criança naquela estrutura e no HAN. Neste centro funciona o serviço de pré e pós-natal, no fundo um trabalho integrado e uma experiência que poderia trazer resultados interessantes a longo prazo²⁵. Nota-se que quando chegava a este centro uma criança sem registo, a mãe é aconselhada a registar a sua criança e só depois fazer a consulta.

Uma outra prática de sucesso – integrar o pessoal de saúde para fazer os registos – é o caso de uma funcionária do HRSN, após receber a formação, começou a fazer os registos,



Ilustração 3 – Folheto da campanha de promoção do PRN.

²⁵ Foi encerrada pois não ocorrem partos neste centro e as crianças eram registadas, uma média de 2 por dia, quando eram levadas para as consultadas pediátricas.

que eram posteriormente validados pela conservadora. Esta prática já não se verifica, mas enquanto durou, houve um aumento significativo da taxa de crianças registadas.

5.2.4 Envolvimento dos profissionais da saúde

O pessoal de saúde, preocupado com as questões médicas, dedica pouca atenção ao programa. Na verdade, pode-se afirmar que ainda o programa não foi assumido como um serviço prestado também pelas estruturas de saúde. É um serviço “de fora” que se encontra nas estruturas de saúde, embora reconheçam que o registo é um dos direitos básicos da criança, como a vida, a saúde e a família.

Com o início do programa houve alguma resistência do pessoal da saúde, particularmente os médicos para o engajamento no programa, mas com a sensibilização os profissionais da saúde começaram a ficar mais receptivos ao programa. Aliás, os profissionais da saúde aparecem entre os parceiros a serem conquistados e cooptados para o sucesso este programa.

O envolvimento do pessoal da saúde no âmbito deste programa tem sido essencialmente na sensibilização das mães parturientes. Nas estruturas de saúde onde existem postos hospitalares de registo de crianças o pessoal de saúde informa que este procedimento facilita a recuperação no pós-parto uma vez que não precisarão deslocar-se aos serviços de registos, para aguardarem nas filas, podendo resolver o problema definitivamente no próprio local do nascimento da criança.

Ademais, é de realçar que ainda os profissionais de saúde, especialmente os médicos e enfermeiros, não apropriaram-se de um dispositivo legal existente que os transforma em declarantes do nascimento de uma criança. Porém, estes preenchem o guia de nascimento²⁶, instrumento fornecido pela Direcção Geral da Saúde, que consideram como uma declaração de nascimento. Vê-se que não foi feito um trabalho de socialização do significado dos conceitos e das práticas. Portanto, o profissional de saúde não pode ser acusado de alegadamente não estar a realizar um trabalho, que teoricamente é dele, porque nunca lhe foi facultado os instrumentos e mecanismos para o realizar.

Nas estruturas de saúde nota-se que o agente de registo e as enfermeiras desenvolvem uma relação de proximidade. Estas informam os agentes, que podem deslocar-se pelas enfermarias e pelos quartos (especialmente os quartos do pós-parto) para passarem informações, e assim, sensibilizarem as mães sobre a existência e a importância do serviço de registo ali existente. Na verdade, o agente de registo tem uma relação de proximidade com o enfermeiro, particularmente com o enfermeiro-chefe, e poucas vezes interage com o médico. Realça-se que a presença dos agentes de registo não interfere no trabalho do profissional da saúde.

²⁶ Colocam a questão da fiabilidade do documento pois poderá ser acessível a um leque diversificado de pessoas.

É unânime entre os profissionais da saúde no sentido de se fazer um trabalho de casa, ou seja, já que o trabalho do profissional da saúde é essencialmente a sensibilização, este deveria iniciar nos Programas de Saúde Sexual e Reprodutiva (ex-PMI-PF) que é o local onde o profissional da saúde acompanha as mulheres grávidas, durante o pré-natal. O trabalho iniciado nessas estruturas teria maior impacto no momento do registo hospitalar, pois quando as grávidas chegam a maternidade para darem a luz, estarão já melhor informadas e sensibilizadas sobre a questão. Sobretudo porque, na maternidade, estão mais preocupadas com o parto em si e com a saúde e bem-estar das suas crianças e delas próprias. É um momento de relativo *stress* em que preocupações com o registo é o menor das questões.

Com o nascimento da criança, o profissional da saúde preenche uma guia de nascimento (Anexo 6). Este é normalmente preenchido pelo enfermeiro que esteve envolvido no serviço de parto. Trata-se de um documento que serve de base para o registo de todas as crianças que nascem numa estrutura de saúde. Aliás, os profissionais de saúde, particularmente os médicos, justificam que com o preenchimento desse guia, acabam cumprindo o que a lei estabelece, ou seja, declaram o nascimento de uma criança. O registo não é “legalmente” o papel do profissional de saúde, porém ele entrega a prova do nascimento ao profissional do registo²⁷, que é quem possui competência legal para efectuar o registo de qualquer pessoa.

Uma prática que surtiu algum efeito positivo no HRSN foi o médico (director da maternidade) ter tomado a iniciativa de informar às mães que só teriam alta quando a criança estivesse registada. Nesta altura houve uma grande afluência de registo das crianças realizadas pelos respectivos progenitores. Esta iniciativa suscita duas reflexões: primeiro, que a atitude, a entrega, pró-activismo e a sensibilidade de cada profissional pode acelerar e ajudar no processo de se alcançar os objectivos preconizados; segundo, não sendo uma prática “lícita”, senão mesmo “intimidatória”. Embora com resultados positivos, as condições logísticas não permitem no entanto reter as parturientes nos hospitais, uma vez que há carências de camas, logo, quando mais cedo as mães tiverem alta melhor para o hospital e seus utentes.

Uma outra prática que tem surtido algum efeito positivo é o caso do Paúl onde o Centro de Saúde tem feito sensibilização no último trimestre da gestação. Com esta prática as mães, os pais e a própria família têm mostrado abertura no registo da criança no posto hospitalar.

Segundo informações dos profissionais da saúde as parturientes apresentam várias justificativas para resistirem e mesmo recusarem registar as suas crianças nascidas nas

²⁷ O guia de nascimento é enviado à Conservatória, e é o documento de base para fazer o registo de todas as crianças que nascem numa estrutura de saúde.

estruturas de saúde, e citam desde a falta de documentação²⁸ (este não é exigido em todas as estruturas de saúde), a ausência do pai da criança, a não escolha e negociação sobre o nome da criança, o não querer um averbamento posterior no documento da criança informando que a mesma foi perfilhada.

5.2.5 A percepção dos parceiros beneficiários

A maioria dos progenitores entrevistados afirma que conheciam o programa, ainda antes do nascimento da criança. As mães primigestas tiveram esta informação nos serviços de SSR, nas aulas de preparação para o parto²⁹, onde, entre as várias informações transmitidas, a existência de um serviço de registo no hospital aparece em primeira linha. Entretanto, para as mães que já tiveram outros filhos, que não frequentam as sessões para as primigestas, esta informação não lhes é transmitida neste serviço.

Das razões pelo não registo da criança nas estruturas de saúde, por ordem de relevância, as mães que conheciam o programa apontaram a ausência do pai da criança (trabalho, emigração); o facto de o horário da alta hospitalar³⁰ não coincidir com o horário de funcionamento do serviço; o serviço do posto hospitalar não funcionar de forma regular, em que, muitas vezes, os agentes não vão trabalhar, ficando a estrutura sem condições para fazer o registo; o facto de o funcionamento do programa ser descontinuado (são muitas suspensos temporariamente); o tempo de espera ser longo (+/- 20 minutos).

No início da implementação do programa, os progenitores tiveram alguma resistência em aceitar o serviço, pois parecia que não oferecia confiança e credibilidade (o registo era feito à mão e depois transcrito na conservatória, não havia recibo de comprovação).

Os progenitores que usufruem da segurança social geralmente registam a criança nos primeiros 15 dias; os demais quando precisam do documento da criança. Não existe da parte de muitos progenitores uma percepção de que o registo é um direito básico e fundamental da criança. Para muitos, o mais importante é a vida, saúde e alimentação. Os outros direitos, entre os quais o registo, são secundários.

É unânime entre os progenitores que se deva fazer mais divulgação do programa, mas uma divulgação com uma linguagem acessível aos diversos públicos; devem alargar os espaços e meios de transmissão das informações sobre o programa; deve haver maior engajamento do pessoal de saúde na divulgação deste programa (muitas entrevistadas

²⁸ O documento de identificação não é obrigatório aquando da entrada da mulher para dar a luz, é exigido somente o caderno de acompanhamento médico da gravidez.

²⁹ São sessões de esclarecimento e informação sobre os cuidados a ter durante o parto, no pós-parto e com o bebé, são frequentadas só pelas mães grávidas pela primeira vez.

³⁰ A alta hospitalar nos serviços de maternidade, geralmente são durante a semana das 9 às 11 horas, porém, as estruturas de saúde tem deparado com muita demanda – especialmente os hospitais centrais e regionais, que tem mudado o horário das altas; esta já não é fixa, mas depende das camas disponíveis.

passaram mais de 5 dias internadas na maternidade e não tiveram nenhuma informação sobre o programa).

Relativamente aos progenitores que registaram a criança no posto de registo hospitalar, a maioria já sabia (amigos, conhecidos, meios de comunicação social) que se efectuava o registo das crianças nas estruturas de saúde, já tinha sido negociado no seio da família que seria mais prático registar a criança nas ES. Outros só foram informados na ES, e decidiram registar a sua criança, sobretudo porque encontravam-se munidos dos documentos de identificação e não havia nenhum conflito entre os progenitores.

Para os progenitores que fizeram o registo no posto hospitalar, e que já tinham outras crianças que foram registadas na conservatória, confirmam que na ES foi mais prático e eficaz, uma vez que demoraram menos tempo de espera, enfrentaram menos fila, não tiveram de fazer outras deslocações para registar a criança.

Uma das deficiências apontadas por esses progenitores é a demora na entrega da cédula da criança, uma semana ou mais; uma outra tem a ver com o espaço onde decorre o registo, quase sempre sem muitas condições, as pessoas ficam em pé aguardando a sua vez. Tirando estes reparos, os progenitores mostram-se satisfeitos com o serviço e afirmam que passaram a repassar informações aos seus conhecidos e amigos sobre o programa de registo crianças nas ES.

O Programa de Registo à Nascença nas Estruturas de Saúde, em funcionamento, nos Hospitais Centrais, desde 2003, é conhecido entre a população, porém o seu papel e o seu funcionamento é pouco conhecido e divulgado entre os utentes desses serviços.

No entanto, factores de várias ordens, tais como as frequentes mudanças na gestão hospitalar, as constantes mudanças nos espaços onde ficam instalados os postos de registos, a suspensão temporária dos postos, aparecem a explicar a baixa taxa de registo de crianças nas estruturas de saúde.

Os dias de funcionamento dos postos hospitalares não ajuda no aumento da taxa de registo, pois funcionam somente nos dias úteis (segunda-feira a sexta-feira) e durante 4 horas por dia. Assim, os postos de registos hospitalares não conseguem cobrir as crianças que nascem nos finais de semana, e durante muito tempo não cobriram as crianças que nasceram de parto cesariana, designadamente no HAN³¹.

Ademais, é notório que alguns beneficiários, especialmente dos concelhos onde ocorre uma baixa taxa de nascimento, estão informados dos procedimentos e das práticas quanto ao registo nas estruturas de saúde mas ainda resistem em registar as suas

³¹ O HAN, devido ao aumento da demanda de partos, dividiu a maternidade em dois blocos: as crianças que nasciam de parto normal (onde encontrava-se o posto de registo) e as crianças que nasciam de cesariana num outro espaço distante do posto de registo.

crianças nos postos hospitalares. A primeira causa da resistência dos progenitores deve-se a conflitos na negociação e escolha dos nomes³².

Pode-se afirmar que um número considerável de progenitores sabe da existência do programa através de campanhas televisivas, dos amigos e familiares. Outros tiveram conhecimento da existência de um posto de registo hospitalar na maternidade após o nascimento da criança. Outros, ainda, tiveram conhecimento do programa através dos cartazes e folhetos de IEC sobre o programa.

As grávidas que se deslocam de outros concelhos, especialmente aquelas oriundas dos concelhos onde não existem este programa, não estão informadas desse serviço.

De realçar que uma grande parte dos nascimentos decorrem nos grandes hospitais (centrais e regionais) e os progenitores recusam a registar a sua criança fora do seu território de residência. Na verdade, foi possível notar-se que, quase sempre, os progenitores cujas crianças nascem fora do seu concelho de origem (nos hospitais centrais e regionais) resistem em registá-las nos postos instalados, alegando que as vão registar nos seus concelhos de origem.

5.2.6 Análise do financiamento do programa

A DGRNI possui uma técnica que desempenha as funções de financeiro e contábil e trata de toda a parte comercial. Esta mesma técnica apoia na execução do programa de registo à nascença nas estruturas de saúde e faz a ponte entre a coordenação do programa e o Tesouro.

Este programa é financiado pelo orçamento do Estado, através do Tesouro, e pela Unicef, que tem dado todo o apoio técnico e financeiro. Existem outros parceiros do programa que não contribuem com valores monetários, mas entram com outros recursos técnicos, nomeadamente a CVTelecom, que apoia com a conexão de linhas de internet, a NOSI, que desenvolveu a plataforma informática de registo, o ICCA e a Acrides, que apoiam com recursos humanos na realização de actividades, como feiras de registo e outras acções de sensibilização.

Anualmente há um montante que é distribuído ao programa, e destina-se essencialmente ao pagamento da coordenação do programa, a aquisição de materiais de escritórios e outros equipamentos (computadores), ao pagamento de passes de transporte para os agentes de registo, as viagens do pessoal ligado ao programa e ao pagamento dos fornecedores.

³² Deve-se começar a repensar na onomástica para padronizar os nomes e os pais terem mais informações sobre os nomes disponíveis.

O montante disponibilizado anualmente tem permitido a implementação dos gastos orçamentados e tem sido executado, quase na sua totalidade, porém, no ano passado, toda a verba disponibilizada não foi executada. Inclusive, um dos grandes objectivos do programa é colocar em funcionamento os equipamentos em todas as estruturas de saúde não foi cumprido.

Os equipamentos adquiridos e instalados nas estruturas de saúde aguardam a abertura dos postos para a sua instalação e funcionamento. Entretanto, apura-se que alguns desses equipamentos estragaram, antes da sua utilização, devido a uma conservação deficiente – maresia, água da chuva –, alguns foram instalados mas aguardam a abertura do posto de registo para o seu funcionamento. Tais são os casos de Santa Cruz, São Miguel, Paúl, Ribeira Grande.

Este programa não é financeiramente sustentável mas, também, não é esse o objectivo. Se os parceiros retirarem o financiamento o projecto não atingirá a sua meta. O Tesouro pode retirar-se do projecto, ou seja, deixar de alocar financiamento para o programa, se não houver o cumprimento das metas estabelecidas (aqui refere-se à execução do montante disponibilizado).

6. Conclusões e recomendações gerais

Seguem quatro conclusões gerais e respectivas recomendações que são cruciais para alcançar a meta definida, “100% de crianças nascidas nas estruturas de saúde registadas”:

1. A mudança da legislação. É imprescindível e urgente que haja mudança na legislação (tornar o registo obrigatório, pelo menos para aqueles que nascem nas estruturas de saúde), para se atingir a meta de 100% de crianças registadas.
2. Uma coordenação mais eficaz. Entre os parceiros com responsabilidade directa na implementação do programa é necessária uma relação de proximidade, só assim os constrangimentos serão ultrapassados e resolvidos satisfatoriamente.
3. O engajamento dos profissionais da saúde. Estes parceiros são fundamentais e imprescindíveis para o sucesso do programa, pois a população confia nesses profissionais, especialmente os médicos, portanto, tê-los como aliado é estratégico.
4. Mais e melhor divulgação. A divulgação do programa é importante, mas é necessário diversificar os meios utilizados e adequar o conteúdo para públicos específicos tendo em conta o seu nível de escolaridade, sexo, grupo etário e meio de residência.

Ainda, realça-se que 1) o atraso na disponibilização dos dados, 2) a ausência de dados relativos ao concelho da Praia e 3) os dados contraditórios entre a base de dados do programa, dos relatórios escritos da conservatória/PRN e a base de dados digital (sistema informático) da conservatória/DGRNI foram situações que contribuíram para o prolongamento do período da consultoria, concorreram para que as análises relativas ao concelho da Praia ficassem incompletas e dificultaram uma comparação entre os concelhos. Por causa dessas situações, recomenda-se a criação de uma base de dados, preferencialmente digital, com todas as informações relativas ao programa, particularmente com os dados estatísticos sobre os registos nas estruturas de saúde, permitindo a criação de um sistema de análise desagregada dos dados e de seguimento de resultados.

7. Recomendações específicas

Antes da apresentação das recomendações, convém realçar que algumas delas serão solucionadas com a entrada em vigor do novo Código de Registo Civil que contempla um conjunto de alterações legislativas, entre as quais prevê a definição clara dos papéis de todos os intervenientes no processo de registo (desde o profissional da saúde, os profissionais dos registos e da conservatória).

Em seguida, apresentar-se-á as recomendações por pontos de entrada (conforme o Termo de Referência).

· Registos nas estruturas de saúde

A meta de registar 100% de crianças nascidas nas estruturas de saúde ainda não foi alcançada. Aliás, está longe de ser alcançada, pois, a grande maioria das crianças nascidas nas estruturas de saúde, onde existem um posto de registo, não são ali registadas.

É unânime entre todos os parceiros que os postos de registo hospitalar devem continuar, pois fazem um trabalho meritório que permite a diminuição da taxa do registo tardio de crianças, especialmente na faixa etária dos 0-1 ano onde se verifica um maior número de crianças sem registo.

Entretanto, para alcançar esta meta é necessário mudar o horário de funcionamento dos postos de registo para permitir a cobertura de um maior número de crianças, especialmente nos horários de visitas onde normalmente se regista uma presença massiva dos pais. Ademais, para combater e diminuir a taxa do registo tardio, a aposta nos postos de registo hospitalar deve-se associar as campanhas e feiras de registo para sensibilizar as pessoas e assim conseguir “zerar” a taxa de crianças sem registo, que neste momento atinge aproximadamente cinco mil crianças (0-17 anos).

As recomendações abaixo relativas à coordenação entre os parceiros, a intervenção e qualidade dos serviços, o envolvimento dos profissionais da saúde, a percepção dos parceiros beneficiários contribuem para aumentar os registos nas estruturas de saúde.

· Coordenação entre os parceiros

O planeamento dos próximos passos do programa deve levar em conta as necessidades e os constrangimentos dos parceiros, evitando assim iniciar um processo que não vá até ao fim. Por exemplo: abrir um posto de registo hospitalar que é quase de imediato encerrado (posto de registo do Centro de Saúde de Achada Santo António); dar formações e não enquadrar esses funcionários; criar um conjunto de expectativas junto de funcionários que não são cumpridas.

A coordenação entre os diversos parceiros é deficiente. Não se verifica encontros regulares entre os parceiros responsáveis pela implementação do programa, especialmente entre os maiores interessados – DGRNI e estruturas de Saúde e os responsáveis do Ministério da Saúde. Entretanto, a nível dos parceiros com responsabilidade para tomada de decisão (DGRNI e Unicef) os encontros são regulares. Para se ultrapassar esta situação aconselha-se que a DGRNI assuma no futuro um papel mais interveniente no processo nomeadamente criando um programa calendarizado de encontros com os demais parceiros, sobretudo com os profissionais de saúde, enquanto um dos protagonistas importantes para o sucesso deste programa.

Ainda, propõe-se um estímulo a uma cultura institucional que fomente à importância das parcerias para um melhor funcionamento do programa e alcançar a sua meta e seus objectivos.

Até porque uma coordenação deficiente acaba por reflectir na conduta dos beneficiários, (pouca ou nenhuma sensibilização nas estruturas de saúde em relação ao programa) que actuam à margem dos benefícios do programa.

É um imperativo que se proceda, com a maior brevidade possível, à mudança da legislação (Código de Registo Civil), para que todos os parceiros assumam as suas responsabilidades sobre o programa. Porém, é de realçar que se a mudança da legislação não se acompanhar de uma “vontade política”³³ a situação do programa não mudará.

A comunicação a nível dos parceiros com responsabilidade na tomada de decisão sobre o programa é fluída, e inclusive, entre esses e os outros parceiros relevantes, mas o mesmo não acontece com os parceiros que implementam o programa. A este nível, é crucial que a comunicação flua para identificar rapidamente as dificuldades e melhorar continuamente os desafios encontrados.

É necessário simplificar o fluxo comunicacional entre os parceiros; os encontros de coordenação devem ser periódicos (conforme as disponibilidades); os parceiros com responsabilidade de implementação devem ter uma relação mais intimista e de maior proximidade; deve haver mais diálogo e comunicação sobre o programa.

Com o intuito de melhorar a coordenação e a comunicação entre os parceiros, especialmente entre os parceiros com responsabilidade na tomada de decisão sobre o programa propõe-se um estreitamento do relacionamento entre DGRNI, DGS e Direcção das Estruturas de Saúde. Sobre os parceiros com responsabilidade na implementação do programa propõe-se a promoção e o estreitamento da relação de trabalho através de contactos trimestrais entre a conservatória (na pessoa do conservador/a) e a direcção

³³ Refere-se a uma maior sensibilidade e engajamento dos parceiros com responsabilidade directa na implementação do programa.

da estrutura de saúde (na pessoa da directora clínica da maternidade e/ou da estrutura de saúde).

É importante para a consecução dos objectivos do programa que os parceiros com responsabilidade na implementação do programa determinem, conjuntamente, a operacionalização do posto de registo na estrutura de saúde designadamente a calendarização dos contactos e das actividades, a definição dos horários e dos procedimentos internos, a informação das substituições e faltas.

· **Intervenção e a qualidade dos serviços**

O trabalho realizado pelo programa de registo à nascença nas estruturas de saúde é um processo que requer mudança de mentalidades, por isso é indispensável associar-se ao Ministério da Educação e introduzir um módulo relacionado ao “registo das crianças” no ensino pré-primário (EPE), ensino primário (EBI) e ensino secundário (ES).

É necessário que o programa se associe a outros parceiros, nomeadamente os jardins-de-infância, as pediatrias, e a todas as delegacias e centros de saúde – estes possuem serviços voltados para a infância. Uma das medidas que esses futuros parceiros podem tomar para ajudar o processo de implementação do programa seria exigir um documento da criança, onde conste que a mesma é registada, para qualquer acto necessário nestas instituições.

Para reforçar o ponto anterior, é necessário que o departamento governamental com responsabilidades nesta matéria emita um despacho normativo impondo a esses serviços e instituições o cumprimento das exigências relacionados com o registo em todos os actos que praticam no exercício das suas funções³⁴. Assim, a criação de uma portaria interministerial para a implementação do programa seria uma solução até a aprovação e entrada em vigor do novo código de registo civil.

As igrejas podem ser parceiros importantes, particularmente a igreja católica com os seus habituais processos de baptismo das crianças, onde haverá sempre uma grande procura pelos serviços de registo.

É necessário legislar e legitimar o programa junto das entidades que lidam com essa problemática, elevando-o à categoria de Coordenação e/ou Unidade.

A rede dos parceiros tem realizado feiras de registo. Os resultados dessas feiras são satisfatórios. Entretanto, é necessário que essa prática seja transformada em actividades periódicas e sistematizadas (não apenas no mês de Junho – mês da Criança). Assim, poderá ser possível “zerar” os casos de crianças sem registo.

³⁴ A prática de chamar as crianças por filho/a de fulana deve ser combatida.

É necessário melhorar as condições físicas de trabalho nas estruturas de saúde. Neste particular, é preciso rever os horários de alguns agentes dos postos de registo (HAN, HBS e HRSN), pois estes deslocam-se ao serviço (Conservatória), 30 minutos depois vão aos postos de registos hospitalares (das 9-13 horas), têm 30 minutos de horário de almoço e regressam ao serviço (Conservatória) para trabalharem mais 1h30 min. É uma situação desgastante e que influencia directamente na motivação e no engajamento destes profissionais.

Nesta linha, é urgente mudar o horário de funcionamento dos postos de registo, alargar o serviço para os finais de semana e feriados e iniciar um novo turno – no horário da visita, onde, geralmente os pais estão presentes, pois, as mães, bastas vezes, justificam que com o pai ausente não registam as crianças.

A comunicação é um instrumento importante na mudança de atitude, por isso deve-se apostar em outras formas e outros meios de sensibilização, e que sejam feitas de uma forma continuada através de meios publicitários (posters, cartazes, desdobráveis, outdoors, etc.).

A legislação precisa ser revista. Neste momento está em curso a revisão do Código de Registo Civil, sendo o tempo ideal para se mudar o rosto da problemática do registo no país e dar uma nova dinâmica ao Programa de Registo à Nascimento nas Estruturas de Saúde, visando atingir a meta já definida – 100% de crianças registadas antes da alta hospitalar.

O programa deve passar a funcionar em regime de chamada para os Centros de Saúde, nos concelhos pequenos e/ou onde ocorrem poucos partos e nascimentos. Para os Hospitais Centrais e Regionais o horário e os dias de funcionamento devem ser alargados.

A celeridade de alguns procedimentos é necessário para a satisfação da demanda dos progenitores, designadamente a diminuição do prazo para a entrega do comprovativo de registo de nascimento (certidão de nascimento).

Por fim, é imprescindível a organização dos dados e informações no âmbito do programa para se ter acesso e disponibilizar os relatórios mensais das estatísticas dos registos e outras informações relevantes.

· **Envolvimento dos profissionais da saúde**

É necessário envolver outros profissionais de saúde, não somente os que trabalham nas maternidades, mas também os profissionais dos programas de Saúde Sexual e Reprodutiva e outras entidades de saúde como as Delegacias de Saúde, os Centros de

Saúde, a pediatria e os profissionais dos SSR que trabalham com as grávidas durante o pré-natal.

Nesta linha, propõe-se como estratégia de sensibilização que nos serviços de pré-natal se anexe ao Caderno de Atenção à Mulher a cópia do BI dos progenitores e incentive os progenitores a escolherem o nome da criança (um nome de menino e um outro de menina) a partir do sétimo mês da gestação.

Outrossim, para se alcançar a meta preconizada é necessário sensibilizar os profissionais de saúde. A sensibilidade e a entrega desses profissionais à causa da criança contribui para o seu bom e/ou mau engajamento no programa. Por isso a organização periódica de acções de formação e sensibilização com os profissionais da saúde (da maternidade, da obstetrícia e da pediatria) sobre o registo é uma necessidade.

A divulgação do programa nas estruturas de saúde é descontínuo, porém, deve passar a ser uma acção continuada. Todos os dias, num horário fixo, o pessoal de saúde, apoiado pelo agente de registo, deve passar pelos quartos das parturientes para informar e explicar os contornos do programa de registo.

Ainda, sugere-se, com o foco na melhoria do diálogo, o reforço da parceria entre a Estrutura de Saúde e a DGRNI que poderá reflectir na indigitação de um ponto focal na estrutura de saúde (p.e. a enfermeira-chefe da maternidade) com a responsabilidade de distribuir tarefas e fazer cumprir as orientações do programa.

· **A percepção dos parceiros beneficiários**

A mudança na percepção dos parceiros beneficiários do programa deve ser um processo continuado, ou seja, as campanhas de sensibilização via meios de comunicação social e outros meios comunitários (anúncios nas igrejas, rádios comunitários, lideranças comunitárias) deverão continuar para melhorar e aumentar o conhecimento e o funcionamento do programa assim como reconhecer a importância e obrigatoriedade do registo à nascença.

É necessário recorrer a outros meios de sensibilização. Os cartazes, folhetos e os *spots* televisivos e radiofónicos são insuficientes. É preciso diversificar os meios de sensibilização diferenciando-os por meio rural e urbano. Para as zonas rurais propõem-se ainda o recurso a outros meios como as lideranças comunitárias, associações comunitárias de base e igrejas.

É urgente iniciar a sensibilização em outros espaços de “pertença” às grávidas, futuras parturientes e aos progenitores, de uma forma geral, nomeadamente todos os serviços dos programas de SSR, as pediatrias dos hospitais, dos centros e das delegacias de saúde, pois a sensibilização no pré-natal é importante, sendo que durante este período

as futuras mães e pais terão acesso a informações que poderão, seis meses depois, transformar-se numa prática comportamental – o de registar a sua criança nos primeiros dias de vida, reconhecendo-lhe um direito básico.

É necessário, conhecer e talvez associar-se à experiência da CNDHC “Ami é pai”, e buscar sensibilizar os homens/progenitores sobre a responsabilidade paterna e a importância do registo.

· **Análise do financiamento do programa**

Alguns equipamentos adquiridos pelo programa não têm sido utilizados da melhor forma – muitos ainda nem sequer foram usados, outros encontram-se abandonados pelos cantos de algumas estruturas de saúde – Ribeira Grande (Santo Antão), Paúl, São Miguel, Santa Cruz – acabando por estragar. A não utilização desses equipamentos deve-se a diversas razões, entre as quais a não instalação da plataforma informática dos registos, a não disponibilização de uma linha telefónica e de internet. É preciso uma concertação prévia entre os parceiros antes da aquisição e instalação dos equipamentos, evitando assim desperdício de recursos.

A concepção e o financiamento dos materiais de IEC devem ser vistos numa óptica de diversificação e distribuição com regularidade aos postos hospitalares e outros serviços importantes que trabalham com crianças.

Para a análise do financiamento do programa propõe-se um encontro de reflexão entre os parceiros com responsabilidade na tomada de decisão sobre o programa (MJ/DGRNI e ONU/UNICEF) para análise e decisão sobre as finanças do programa para uma melhor articulação dos próximos passos.

8. Notas finais

A avaliação do Programa de Registo à Nascença nas Estruturas de Saúde foi um processo de recolha e interpretação das informações que envolveu um conjunto diversificado de parceiros. Foi um exercício que colocou tónica nos resultados alcançados e na indicação de propostas úteis para os próximos passos do programa. Entretanto, apesar dos desafios e das limitações enfrentadas na implementação do programa, e, tendo em consideração que o programa não alcançou todas as estruturas de saúde onde ocorrem nascimentos e nem atingiu a meta preconizada nas estruturas implementadas, considera-se que o programa é uma experiência de sucesso a ser continuado e disseminado, levando em consideração as recomendações propostas.

O Programa de Registo à Nascença e o Programa de Registo à Nascença nas Estruturas de Saúde, em particular, contribuem para combater o registo tardio das crianças; garantem o direito básico de todas as crianças – direito ao registo; concorrem para diminuir o número de crianças não registadas; trazem à discussão a problemática dos registos na legislação cabo-verdiana, acelerando o debate e conseqüentemente a revisão da legislação.

Apesar dos ganhos, ainda há muito por fazer para melhorar os resultados do programa, pois o registo implica a mudança de mentalidade e de cultura, requerendo tempo e perseverança.

Espera-se que a avaliação tenha sido um exercício útil para os parceiros do programa, e que possa contribuir para orientar actuações futuras. Este trabalho contou com a colaboração de muitas pessoas e organizações. Nossos agradecimentos especiais vão para as equipas do DGRNI, ONU e outros parceiros, bem como a todos os beneficiários que se dispuseram a conversar connosco. Sem esta participação, as conclusões incluídas neste relatório não teriam sido possíveis.

9. Anexos

Anexo 1: Documentos consultados

Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança.

CARVALHO, Márcio, (2011), *Análise de Situação da Criança e Adolescente em Cabo Verde*, ICCA & Unicef, Praia.

Código de Registo Civil.

Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança.

GEPC, *Relatório Estatístico – ano 2005, 2006*, MS, Praia.

GEPC, *Relatório Estatístico – ano 2006, 2007*, MS, Praia.

GEPC, *Relatório Estatístico – ano 2007, 2008*, MS, Praia.

GEPC, *Relatório Estatístico – ano 2008, 2009*, MS, Praia.

GEPC, *Relatório Estatístico – ano 2009, 2010*, MS, Praia.

GEPC, *Relatório Estatístico – ano 2010, 2011*, MS, Praia.

INE, *CENSO 2010*, Praia.

Anexo 2: Análise dos parceiros

Parceiros do programa de registo à nascença nas estruturas de saúde

- Grupo 1: Parceiros com autoridade na tomada de decisão sobre o Programa
 - Ministério da Justiça
 - Ministério da Saúde
 - ONU

- Grupo 2: Parceiros com responsabilidade directa na implementação do Programa
 - DGRNI
 - Conservatórias de Registo
 - Hospital Agostinho Neto
 - Centro de Saúde de Achada Santo António
 - Hospital Regional Santiago Norte
 - Hospital Baptista de Sousa
 - Hospital de Ribeira Grande
 - Centro de Saúde do Paúl

- Grupo 3: Parceiros relevantes na implementação do Programa
 - ICCA
 - INE
 - CNDHC
 - NOSI
 - CV Telecom

- Grupo 4: Parceiros beneficiários do Programa
 - Mães e pais das crianças

Anexo 3: Modelo de avaliação

| Pontos de entrada | Questões a Apurar | Fontes de dados | Informantes | Técnicas de recolha de dados |
|---|--|--|---|---|
| 1. Levantamento de todos os nascimentos ocorridos nessas estruturas de saúde e dos registos de nascimento feitos nessas estruturas. | <ul style="list-style-type: none"> - Quantos nascimentos ocorreram nas estruturas de saúde? - Quantos registos de crianças foram efectuados nas estruturas de saúde? | <ul style="list-style-type: none"> - Declarações de nascimento - Relatórios existentes | - Grupo 2 | - Análise documental |
| 2. Coerência entre os instrumentos de política de Registo de Nascimento (RN) e as intervenções implementadas desde 2003, e a articulação entre as instituições. | <ul style="list-style-type: none"> - O Programa considera as necessidades e objectivos dos seus parceiros? - O Programa foi apropriado pelos diversos parceiros? - Que medidas foram tomadas durante a implementação para assegurar que os recursos fossem utilizados eficientemente? - As acções executadas no âmbito do Programa foram implementadas em tempo útil? - Que resultados foram alcançados? - Qual a probabilidade dos benefícios do Programa se manterem por um período longo? | <ul style="list-style-type: none"> - Relatórios existentes - Opinião dos parceiros | <ul style="list-style-type: none"> - Grupo 1 - Grupo 2 - Grupo 3 | <ul style="list-style-type: none"> - Análise documental - Entrevistas |
| As estratégias de intervenção e a qualidade dos serviços de registo à nascença prestados nas estruturas de saúde. | <ul style="list-style-type: none"> - Os objectivos e estratégias do Programa estão claramente estruturados? - Que progressos existem no cumprimento dos objectivos? - Que lições podem ser tiradas da implementação do Programa? - Como pode o Programa obter melhores resultados no futuro? | <ul style="list-style-type: none"> - Relatórios existentes - Opinião dos parceiros | <ul style="list-style-type: none"> - Grupo 1 - Grupo 2 - Grupo 3 | <ul style="list-style-type: none"> - Análise documental - Entrevistas |

Programa Registo à Nascimento nas Estruturas de Saúde: Relatório de Avaliação

| | | | | |
|---|---|--|--------------------------------|---|
| <p>Envolvimento dos profissionais da saúde na questão do registo à nascença prestados nas estruturas de saúde.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Que dificuldades e desafios tiverem no processo de registo das crianças? - O Programa foi apropriado pelos parceiros beneficiários? | <ul style="list-style-type: none"> - Relatórios existentes - Opinião dos parceiros | <p>- Grupo 2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Análise documental - Entrevistas |
| <p>A percepção dos utentes/públicos-alvo sobre os serviços de registo à nascença prestados nas estruturas de saúde.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Como foi o processo de registo da criança? - Quais as dificuldades encontradas no processo de registo das crianças? - Como pode o programa obter melhores resultados no futuro? | <ul style="list-style-type: none"> - Opinião dos parceiros | <p>- Grupo 4</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas - Grupos focais |
| <p>A análise do financiamento será baseada em dados disponíveis das situações de execução do orçamento e dos dados dos projectos.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - O montante do financiamento mobilizado permitiu a implementação do programa? - Que dificuldades e desafios financeiros depararam durante a implementação do programa? | <ul style="list-style-type: none"> - Relatórios existentes - Opinião dos parceiros | <p>- Grupo 1 - Grupo 2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Análise documental - Entrevistas |

Anexo 4: Guião de entrevistas e grupos focais

Guião de Entrevista para parceiros com autoridade na tomada de decisão

Questões

1. Participou no processo de elaboração do Programa? Como?
2. Quando se tornou parceiro de implementação do Programa?
3. Como é que o Programa considera as necessidades e objectivos dos seus parceiros? E dos parceiros de implementação do Programa?
4. Como é que os objectivos do Programa se alinham com os objectivos da sua organização?
5. Os objectivos e estratégias do Programa estão claramente estruturados?
6. Que resultados foram alcançados?
7. Na sua opinião, quais são os principais sucessos e fracassos do Programa, e o que contribuiu para isso?
8. Os recursos disponíveis para a implementação do Programa (financeiros, humanos, operacionais) foram utilizados de forma eficiente para o alcance de resultados? Porquê?
9. Considera os resultados alcançados, pelo Programa, são sustentáveis no longo prazo? Porquê?
10. O Programa foi apropriado pelos diversos parceiros?
11. As acções executadas no âmbito do Programa foram implementadas em tempo útil?
12. Que dificuldades e desafios depararam durante a implementação do Programa?
13. Quais são as principais lições aprendidas com a implementação do Programa?
14. O que pode ser feito ou que acções devem ter continuidade para que o Programa tenha melhores resultados no futuro?
15. O montante do financiamento mobilizado permitiu a implementação do Programa?
16. As parcerias estabelecidas apoiaram eficazmente a implementação do Programa?

Guião de entrevista para parceiros com responsabilidade directa na implementação

Questões

1. Conhece o Programa de registo de crianças nas estruturas de saúde? Qual o seu papel e o seu grau de envolvimento no Programa?
2. Quando se tornou parceiro de implementação do Programa?
3. Como é que o Programa considera as necessidades e objectivos dos seus parceiros?
4. Como é que os objectivos do Programa se alinham com os objectivos da sua organização?
5. Os objectivos e estratégias do Programa estão claramente estruturados?
6. Como começa o processo de registo na estrutura de saúde?
7. Como foi a relação de trabalho com o pessoal de saúde? Considera que têm uma postura de apoio para com o seu trabalho?
8. Como avalia o teu trabalho (agente do registo)? Gosta? Sente-se motivado e engajado?
9. Frequentou algum tipo de formação para poder desempenhar essa tarefa?
10. Quantos nascimentos ocorreram nessa estrutura de saúde?
11. Quantos registos de crianças foram efectuados nessa estrutura de saúde?
12. Quais são os principais sucessos e fracassos do Programa? Porquê?
13. Quais os recursos foram disponibilizados para a implementação do Programa (financeiros, humanos, operacionais)?
14. Os recursos disponíveis para a implementação do Programa (financeiros, humanos, operacionais) foram utilizados de forma eficiente para o alcance de resultados? Porquê?
15. Considera os resultados alcançados, pelo Programa, são sustentáveis no longo prazo? Porquê?
16. O Programa foi apropriado pelos parceiros? E pelos parceiros beneficiários?
17. As acções executadas no âmbito do Programa foram implementadas em tempo útil?
18. Que dificuldades e desafios depararam durante a implementação do Programa?
19. Quais são as principais lições aprendidas com a implementação do Programa?
20. O que pode ser feito ou que acções devem ter continuidade para que o Programa tenha melhores resultados no futuro?
21. O montante do financiamento mobilizado permitiu a implementação do Programa?

Guião de entrevista para parceiros relevantes na implementação

Questões

1. Conhece o programa de registo de crianças nas estruturas de saúde? Qual o seu papel e o seu grau de envolvimento no programa?
2. Quando se tornou parceiro de implementação do Programa?
3. Como é que o Programa considera as necessidades e objectivos dos seus parceiros?
4. Quais são os principais sucessos e fracassos do Programa? Porquê?
5. Considera que os recursos disponíveis para a implementação do Programa (financeiros, humanos, operacionais) foram utilizados de forma eficiente para o alcance de resultados? Porquê?
6. Os resultados alcançados, pelo Programa, são sustentáveis no longo prazo? Porquê?
7. O Programa foi apropriado pelos diversos parceiros?
8. As acções executadas no âmbito do Programa foram implementadas em tempo útil?
9. Que dificuldades e desafios depararam durante a implementação do Programa?
10. Quais são as principais lições aprendidas com a implementação do Programa?
11. O que pode ser feito ou que acções devem ter continuidade para que o Programa tenha melhores resultados no futuro?

Guião de grupos focais para parceiros beneficiários

a) Questões (Progenitores RES)

1. Como e quando soube que pode registar a sua criança numa estrutura de saúde? Quem ou qual foi a sua fonte?
2. Porquê recorreu ao posto de registo na estrutura de saúde para registar a sua criança?
3. Como decorreu todo o processo de registo da sua criança?
4. O horário de registo adequado às necessidades das parturientes e da família?
5. Como avalia o agente que elabora o registo (motivação, engajamento, etc.)?
6. Indicaria uma parturiente a utilizar este serviço nas estruturas de saúde? Porquê?
7. Que dificuldade teve durante o processo de registo das crianças?
8. O que pode ser feito para que o Programa tenha melhores resultados no futuro?

b) Questões (Progenitores RC)


1. Quando esteve à espera da sua criança, nos serviços de SSR (ex-PMI-PF), prestaram-lhe alguma informação sobre o registo civil?
2. Quando a sua criança nasceu informaram-lhe que havia na estrutura de saúde um posto de registo?
3. Porquê recorreu à Conservatória para registar a sua criança?
4. Como decorreu o processo de registo? Deparou com algumas dificuldades e constrangimentos?
5. Conhece e/ou sabia que existe o Programa de Registo à Nascimento nas Estruturas de Saúde?
6. Na sua opinião o que falhou que não pode registar a sua criança na Estrutura de Saúde?
7. O que acha que deve ser feito para que o Programa tenha melhores resultados no futuro?

Anexo 5: Pessoas e organizações contactadas durante trabalho de campo

| Grupo | Instituição | Pessoa(s) |
|--|--------------------------|---------------------------------------|
| Grupo 1: Parceiros com autoridade na tomada de decisão sobre o Programa | Ministério da Justiça | Jorge Pires Albertina Duarte |
| | Ministério da Saúde | António Delgado |
| | ONU | Eduardo Cardoso |
| Grupo 2: Parceiros com responsabilidade directa na implementação do Programa | Coordenadora PRN e PRNES | Hirondina Lima |
| | DGRNI | Hélder Ferreira Gilda Marques |
| | Conservatória/Praia | Ana Ortet |
| | | Felisberta Silva Helena Marques |
| | Conservatória/SC | Maria Ivete Marques |
| | | Rosemery da Costa Elisângela Lopes |
| | Conservatória/SV | Tirza Fernandes |
| | | Ana Maria Português |
| | Conservatória/RG:SA | Silvestre Oliveira |
| | | Lourenço Oliveira |
| | Conservatória/Paúl | Lavínia Oliveira |
| | | Ramilton Neves |
| | Conservatória/Porto Novo | Luciano Silva |
| | | Maria do Livramento Rodrigues |
| | HAN | Alice Teixeira |
| | | Alexandra Barros |
| | CS/ASA | Dulce Dupret |
| | | Fernanda Cruz |
| | | Elisângela Fernandes |
| | HRSN | Antónia Reis |
| | | Dália Monteiro |
| | | Cecília Monteiro |
| | HRG/SA | Rosa Lopes |
| Arzenildo Ramos | | |
| CS-Paúl | Heidy Almeida | |
| | Zaida Lopes | |
| HBS | Sandra Monteiro | |
| | Ernesto Rocha | |
| | Maria Auxília Ramos | |
| Grupo 3: Parceiros relevantes na implementação do Programa | ICCA | Marilena Baessa |
| | | Eldy Ribeiro |
| | INE | René Charles Sylva Kadiatou Baldé |
| | NOSI | Hélio Varela |
| CNDHC | Zelinda Cohen | |

| | | |
|--|----------------|---|
| Grupo 4: Parceiros beneficiários do Programa | Praia | Adalgisa Gonçalves Adroalda Araújo Aida dos Santos Denick Vicente Elizabeth Monteiro Fernando Alves Manuel Varela Naldira Silva Neusa Andrade Valdira Borges |
| | Santa Catarina | Nelson Fernandes |
| | Santo Antão | Nareida Rodrigues Nelson Neves |
| | São Vicente | Hélio Fonseca Sandy Silva |

Anexo 6: Guia de nascimento



DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE

GUIA DE NASCIMENTO

Nº 082673

Declaro o nascimento duma criança, do sexo,
 filho de,
 ocorrido em Freguesia,
 Concelho, em de de
 pelas horas e minutos

INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA

| | |
|---|--|
| <p>(1) Sexo: masculino <input type="checkbox"/>, feminino <input type="checkbox"/>, indeterminado <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Data de nascimento <input type="text"/></p> <p>(3) Peso à nascença (em gramas) <input type="text"/></p> <p>(4) Tipo de parto: simples <input type="checkbox"/>, se gemear, Nº de gêmeos <input type="text"/></p> <p>(5) Se gemear indique: Nº de nados vivos <input type="text"/></p> <p>(6) O parto foi: normal (de vértice) <input type="checkbox"/>, de nádegas <input type="checkbox"/>, outros <input type="checkbox"/>, desconhecido <input type="checkbox"/></p> <p>(7) Local de nascimento: num domicílio <input type="checkbox"/>, em estabelecimento, hospitalar, (indicar) outras estruturas de saúde <input type="checkbox"/>, outro local <input type="checkbox"/></p> <p>(8) Assistência no parto: médico <input type="checkbox"/>, enfermeira-parteira <input type="checkbox"/>, enfermeira não parteira <input type="checkbox"/>, parteira leiga <input type="checkbox"/>, sem assistência <input type="checkbox"/>, assistência ignorada <input type="checkbox"/></p> <p>(9) Duração da gravidez (Nº de semanas completas) <input type="text"/>, desconhecida <input type="checkbox"/></p> <p>(10) Vigilância pré-natal com duas ou mais consultas: sim <input type="checkbox"/>, não <input type="checkbox"/>, ignorado <input type="checkbox"/></p> <p>(11) Data de nascimento da mãe <input type="text"/></p> <p>(12) Nº de partos anteriores da mãe <input type="text"/></p> <p>(13) Nº de nado-vivos nos partos anteriores <input type="text"/>,</p> <p>(14) Nº de nado-mortos nos partos anteriores <input type="text"/></p> <p>(15) Gravidez imediatamente anterior da mãe: Nº de nado vivos <input type="text"/>, Nº de feto mortos <input type="text"/>,</p> <p>(16) Residência habitual da mãe Freguesia Concelho</p> | <p>NÃO PREENCHER</p> <p>1 <input type="text"/></p> <p>2 <input type="text"/></p> <p>3 <input type="text"/></p> <p>4 <input type="text"/></p> <p>5 <input type="text"/></p> <p>6 <input type="text"/></p> <p>7 <input type="text"/></p> <p>8 <input type="text"/></p> <p>9 <input type="text"/></p> <p>10 <input type="text"/></p> <p>11 <input type="text"/></p> <p>12 <input type="text"/></p> <p>13 <input type="text"/></p> <p>14 <input type="text"/></p> <p>15 <input type="text"/></p> <p>16 <input type="text"/></p> |
|---|--|

..... de de

Nome e assinatura do responsável da informação

.....

Anexo 7: Interface do RNI – nascimento

Conservatória do Registo Civil da Praia NASCIMENTO - INSERIR

1 - Identificação

Nome * Sexo * -- Sexo --

Naturalidade * PR - NOSSA SENHORA DA GRAÇA Data Facto* Hora *

| | |
|---|---|
| Pai | Mãe |
| Nome <input type="text"/> | Nome <input type="text"/> |
| Data Nascimento <input type="text"/> Idade <input type="text"/> | Data Nascimento <input type="text"/> Idade <input type="text"/> |
| Identificação - DOCUMENTO - Número <input type="text"/> | Identificação - DOCUMENTO - Número <input type="text"/> |
| Data Emissão <input type="text"/> Emissor <input type="text"/> | Data Emissão <input type="text"/> Emissor <input type="text"/> |
| Estado Civil - ESTADO CIVIL - País - <input type="text"/> | Estado Civil - ESTADO CIVIL - País - <input type="text"/> |
| Freguesia - <input type="text"/> | Freguesia - <input type="text"/> |
| Morada <input type="text"/> | Morada <input type="text"/> |
| Avó (masc.) <input type="text"/> | Avó (masc.) <input type="text"/> |
| Avó (fem.) <input type="text"/> | Avó (fem.) <input type="text"/> |
| Menções Especiais <input type="text"/> | Testemunhas <input type="text"/> |
| Declarante* - Declarante - <input type="text"/> | |

Telefone Ou - CONTACTO -

Tipo Tarifa * - Tarifário -