

Análise Situacional dos Determinantes para o Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva nos Distritos da Cidade de Tete, Angónia e Moatize da Província de Tete, Moçambique

Relatório de estudo

18 de Setembro 2019

Realizado por:



Em Parceria:



Agradecimentos

A equipa de estudo foi composta por Málica de Melo (Investigadora Principal), Sally Griffin e Alex Lucas (co-investigadores), Emidio Cumbane (co-investigador e gestor de dados), DPS (co-investigadores); Cristina Mussagy (coordenador de campo e assistente de pesquisa), Hermínio Augusto (supervisor de pesquisa), Rachide Mussa, Bartina Canivete, Nárcia Jó, Conrado Conrado, Amina Janeiro e Mereles Traveira (assistentes de pesquisa).

A equipa gostaria de agradecer as seguintes pessoas e instituições, que contribuíram para o sucesso do estudo:

- Ministério da Saúde e Direcções Provinciais de Saúde de Tete.
- Serviços Distritais de Saúde Mulher e Acção Social da Cidade de Tete, Moatize e Angónia.
- Núcleo de Pesquisa da Provincia de Tete.
- Os adolescente e jovens que participaram partilhando o seu conhecimento e experiência.

O protocolo deste estudo foi desenvolvido com base no estudo “Determinants of Access to Reproductive Health Care among Adolescent and Youth In Maputo and Gaza Province” cuja pesquisadora Dra. Maria Emília J.G. Manuel, estudante de doutoramento da Universidade de Ghent e Universidade Eduardo Mondlane.

ÍNDICE

Agradecimentos	2
Acrónimos	4
1.INTRODUÇÃO	5
Objectivos do estudo	7
Objectivos específicos:.....	7
Local do estudo	7
Cidade de Tete e Distritos de Angonia e Moatize.....	7
2.MÉTODO	9
Equipa de estudo	9
Metodologia.....	9
Grupos Focais de Discussão com rapazes e raparigas	9
Inquéritos com rapazes e raparigas	9
Procedimentos de recrutamento e recolha de dados	10
Formação	10
Questões Éticas	10
Gestão e análise de dados	11
3.RESULTADOS – INQUÉRITO NA COMUNIDADE	11
CARACTERISTICAS DOS PARTICIPANTES	12
SESSÃO C - AVALIAÇÃO DO ACESSO AS UNIDADES SANITÁRIAS	15
SESSÃO D - SOBRE A SEXUALIDADE	19
SESSÃO E - SOBRE O PLANEAMENTO FAMILIAR	22
SESSÃO F - SOBRE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	26
SESSÃO F - SOBRE GRAVIDEZ NOS ÚLTIMOS 12 MESES	31
SESSÃO H - AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO E EXPETACTIVAS E QUALIDADE DOS SERVIÇOS.....	36
SESSÃO V - VIOLÊNCIA BASEADA NO GÉNERO (VBG)	39
SESSÃO I - AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO, ESPETACTIVAS INDIVIDUAIS E USO DE DROGAS E ALCOOL	42
4.DISCUSSÃO	46
6.CONCLUSÃO	51
5. RECOMENDAÇÕES	53
7.BIBLIOGRAFIA	54
ANEXOS	55

Acrónimos

CS	Centro de Saúde
CPN	Consulta Pré-Natal
DIU	Dispositivo Intrauterino
ESMI	Enfermeira de Saúde Materno Infantil
GFD	Grupo Focal de Discussão
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ITS	Infecção de Transmissão Sexual
MISAU	Ministério da Saúde
PF	Planeamento Familiar
RMM	Rácio de Mortalidade Materna
SAAJ	Serviço Amigo do Adolescente e Jovem
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Humana
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SSR	Saúde Sexual Reprodutiva
TARV	Tratamento Antirretroviral
US	Unidade de Saúde

1. INTRODUÇÃO

A medida que o ciclo de vida dos adolescentes e jovens vem sendo melhor definido e compreendido, as necessidades específicas desse grupo tem vindo a emergir, incluindo as necessidades em saúde sexual e reprodutiva(1). O rácio de Mortalidade Materna (RMM) em Moçambique é elevado, com cerca de 408 em 100.000 nados vivos em 2011, as mulheres mais novas morrem mais por causas ligadas a procriação. Aproximadamente 20% das mortes maternas acontecem em raparigas antes dos 20 anos de idade e 14% das mortes são em consequência do aborto inseguro(2). Enfrentar esse desafio é uma prioridade real de saúde pública para Moçambique, particularmente para o MISAU(3).

Não obstante ao elevado RMM, e fazendo uma comparação entre as taxas de mortalidade entre crianças e rapazes, a mortalidade em rapazes dos 20 aos 24 anos de idade é 2 a 3 vezes maior que as das crianças de 1 aos 4 anos de idade(4). A aparente saúde do jovem e adolescente em Moçambique esconde grandes desafios como gravidez precoce (40%), gravidez não desejada, aborto inseguro, ITS e HIV/SIDA, nutrição inadequada, abuso de substâncias (álcool, drogas), violência física e sexual(5). De forma que, as necessidades deste grupo devem ser incluídas dentro dos planos e políticas de saúde(4).

Existe um senso comum entre os provedores de saúde de que os adolescentes e jovens necessitam de “serviços amigos” que capazes de atraí-los e ir de encontro as suas necessidades de forma e capazes de retê-los nesse ambiente. Algumas características são essenciais para um programa efectivo, como provedores treinados, privacidade e confidencialidade mas também o acesso(1).

A Organização mundial da Saúde define o adolescente numa idade compreendida dos 10 aos 19 anos e jovens dos 10 aos 24 anos de idade. A adolescência é um período que compreende as maiores transformações físicas e psicológicas no individuo, no qual apesar de novos horizontes a serem explorados, grandes riscos podem correr com serias consequências para a fase adulta, principalmente quando associados a problemas comportamentais(6).

A nível global, anualmente 1.4 milhões de mortes são estimadas em adolescente aliadas acidentes de viação, violência, suicídio, HIV e causas relacionadas com a gravidez(6); 11% das mortes em raparigas dos 15-19 anos de idade estão relacionadas com a gravidez, e maioria destes nascimentos estão em países de baixa a média renda(7).

A população total de Moçambique é de 24 milhões(8), e deste 32% da população é constituída por adolescentes e jovens com idades entre 10 e 24 anos(9). Em relação ao estado civil e a actividade sexual, 14% já estavam unidas aos 15 anos de idade; 29% das mulheres de 20 a 49 anos tiveram a primeira relação sexual antes dos 15 anos. Os rapazes casam-se um ano mais tarde e também iniciam a actividade sexual mais tarde que as raparigas, aos 16 anos. Na faixa de 15-24 anos de idade somente 3% tem o ensino secundário completo, enquanto que 28.2% tem o ensino secundário incompleto(8). Na totalidade, 38% das adolescentes já iniciaram a procriação, seja porque tiveram um filho 29% ou porque estavam grávidas no momento do inquérito 8% (10).

No geral, o adolescente tem uma pluralidade de conhecimento, geralmente desinformados, sobre os métodos de contraceção facto que concorrem para mudanças na percepção de risco, assim como praticas inconsistentes, onde as discrepâncias entre o conhecimento e as práticas são influenciadas pelas barreiras médicas e sócio-culturais, em ambos rapazes e raparigas. As normas sociais e culturais e os papéis de género geralmente se contradizem e expõem a comportamentos de risco (11). Contudo os mecanismos pelos quais a comunidade molda os comportamentos sexuais são diferentes entre homens e mulheres, e a situação económica, assim como o comportamento e atitudes dos adultos joga numa forte influência no comportamento sexual dos jovens(12).

Em Moçambique o programa de saúde do adolescente e jovem é um programa do MISAU e articula as suas actividades com os ministérios da educação e da juventude. Este programa visa aumentar o acesso deste grupo á serviços específicos de saúde, não somente na rede sanitária mas também ao nível das escolas e nas suas

comunidades (9). Apesar dos esforços do MISAU na implementação do programa de saúde sexual e reprodutiva, mais especificamente dos serviços amigos do jovem e do adolescente, este grupo ainda enfrenta grandes barreiras para o acesso aos serviços de saúde, educação e socioculturais, tornando-os mais expostos a ameaças como o HIV, ITS, as gravidezes indesejáveis, aborto inseguro e situação de continua pobreza.

Na província de Tete cerca de 30% da população é correspondente á população de adolescentes, aproximadamente 790,000 habitantes. A cidade de Tete está situada no corredor ligando Malawi e Zimbabwe ao porto e com uma grande população considerada de risco; (camionistas, comerciantes/vendedores ambulantes ou transacionais, trabalhadoras de sexo). De acordo com o IMASIDA¹ apesar da Província de Tete ter a maior taxa de uso de contraceptivos na região centro-norte (29%), a proporção de novas usuárias é relativamente baixa no grupo de adolescentes, criando espaço para melhoria do uso de contraceptivos antes da primeira gravidez.

As necessidades específicas ainda não são satisfeitas, sendo que somente existe 4 SAAJ² específicos funcionais num total de 44 em toda província.

¹República de Moçambique, Ministério da Saúde (2016). Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA) 2015. Relatório de Indicadores Básicos.

²Mapeamento dos SAAJ, Ministério da saúde 2014

Objectivos do estudo

Objectivo geral

Compreender os determinantes para a utilização e acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva pelos adolescentes e jovens.

Objectivos específicos:

- 1.1 Avaliar a proporção e perfil dos adolescentes usuários e não usuários dos serviços de SSR na província de Tete.
- 1.2 Avaliar a percepção sobre a disponibilidade, acesso e barreiras para os cuidados de SSR em adolescentes e jovens.
- 1.3 Avaliar os determinantes para a busca de cuidados de SSR em adolescentes e jovens.
- 1.4 Avaliar a expectativa e a satisfação em relação ao serviço de SSR recebido pelo adolescente e jovem.
- 1.5 Descrever a percepção de risco em termos de SSR dos adolescentes e jovens.

Local do estudo

O estudo foi realizado nas Província de Tete, nos distritos de Moatize, Angónia e na Cidade de Tete.

Cidade de Tete e Distritos de Angonia e Moatize

A Cidade de Tete é a capital da Província de Tete, é limitada pelos distritos de Moatize a Norte e Este, a Sul e Oeste por Changara. Em relação a divisão administrativa, a Cidade de Tete possui uma superfície de 287 mil Km² na qual vivem perto de 190,815 habitantes dos quais 49.9% são mulheres e 50.1% vive em áreas urbanas³. No que se refere a rede sanitária da Cidade de Tete possui 9 centros de saúde e 1 Hospital Provincial. A cidade conta, actualmente, com 446 profissionais de saúde.

O distrito de Moatize dista a 20 Km do Município de Tete, situa-se a Noroeste da cidade capital provincial, é limitado a Norte pelos distritos de Chiúta e Tsangano; a Este pela República do Malawi; a Sul pelos distritos de Tambara, Guro, Changara e Município de Tete, através do rio Zambeze e Mutarara através do rio Mecombedzi; e a Oeste pelos distritos de Chiúta e Changara. Em relação a divisão administrativa, o distrito de Moatize possui uma superfície de 8.462 Km² na qual vivem perto de 292 mil habitantes, com uma população jovem (49%, abaixo dos 15 anos), tem um índice de masculinidade de 95% (para cada 100 pessoas do sexo feminino existem 95 do masculino) e uma taxa de urbanização do distrito 18%, concentrada na Vila de Moatize e zonas periféricas de matriz semi-urbana.

O distrito está subdividido em 3 postos administrativos e 9 localidades. No distrito habitam grupos sociais predominantemente patrilineares e a religião dominante é a Sião/Zione praticada pela maioria da população. A língua materna mais falada é o Cinyungwe e a 47% da população alfabetizada, predominantemente entre os homens⁴.

³INE (2007). III Recenseamento Geral da População e Habitação.

⁴ MAE (2005). Perfil do Distrito de Moatize - Província de Tete.

As minas de carvão, os Caminhos-de-Ferro e o cultivo do tabaco são os principais vectores da economia comercial do distrito e constituem também outras fontes potenciais de renda não agrícolas.

O distrito de Angónia localiza-se a nordeste Província de Tete, é limitado a Norte, Nordeste e Este pelo Malawi, a Sul pelo distrito de Tsangano e a Noroeste pelo distrito de Macanga. Em relação a divisão administrativa, o distrito de Angónia possui uma superfície de 3.277 Km² na qual vivem perto de 330.378 habitantes dos quais 53% são mulheres. Em 2005 a maior parte da população do distrito era jovem, 47% da população abaixo dos 15 anos de idade era maioritariamente feminina com uma taxa de masculinidade de 47%. A taxa de urbanização é de 8%.

O distrito está subdividido em 2 postos administrativos e 17 localidades. No distrito habitam grupos sociais predominantemente patrilineares e a religião dominante é a católica praticada pela maioria da população. A língua materna mais falada é o Cinyungwe e a taxa de analfabetismo é de 81% predominantemente entre as mulheres⁵.

No que se refere a rede sanitária do distrito de Angónia possui 13 centros de saúde e 1 Hospital Rural Urbano. O distrito conta, actualmente, com 234 profissionais de saúde. O perfil epidemiológico do distrito é caracterizado pela malária, diarreia, ITSS, HIV e SIDA.

A principal actividade económica do distrito de Angónia compreende a agricultura, silvicultura e pesca.

TABELA 1. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DOS DISTRITOS DA CIDADE DE TETE, MOATIZE E ANGÓNIA

Dados	Cidade de Tete	Moatize	Angónia
População	225.454	378.546	394.175
Raparigas (15-24)	25.663	36.650	39.971
Rapazes (15-24)	26.465	36.866	38537
Unidades Sanitárias (N)	10	16	14
Profissionais de SMI (N)	446	284	243

Fonte de dados: DPS de Tete (2017)

⁵ MAE (2005). Perfil do Distrito de Angónia - Província de Tete.

2.MÉTODO

Equipa de estudo

A equipa de recolha de dados foi composta por 10 pessoas, do sexo feminino e masculino, sendo 1 pesquisadora sénior do ICRH-M, 1 gestor de dados do ICRH-M, 1 coordenadora de pesquisa do ICRH-M, 1 supervisor de campo e 6 assistentes de pesquisa.

Metodologia

Este é um estudo transversal que recolheu dados através de métodos qualitativos e quantitativos, incluindo Grupos Focais de Discussão (GFD) e inquérito por meio de questionários electrónicos, por forma a aceder ao conhecimento, atitudes, percepções dos adolescentes e jovens em relação a SSR.

Grupos Focais de Discussão com rapazes e raparigas

Foram realizados 4 GFD na comunidade com raparigas (2) e rapazes (2) em idades compreendidas dos 15 aos 24 anos, com o objectivo de compreender os determinantes para o acesso e utilização dos serviços de SSR ao nível dos centros de saúde e brigadas móveis na comunidade e nas escolas. Mas também as necessidades em termos de SSR e as percepções de risco de todos os grupos.

Nas comunidades houve uma separação dos grupos focais por sexo e idade/faixa etária, com o objectivo de captar a melhor qualidade de informação possível e permitir que os interlocutores possam se sentir a vontade para abordar as questões relacionadas, visto que o guião de discussão toca em aspectos sensíveis relacionados a intimidade e sexualidade dos envolvidos.

O desconforto em relação as questões sensíveis foram ultrapassadas mediante uma prévia explicação dos objectivos da pesquisa e clarificação sobre a importância da recolha de informação solicitada aos participantes.

O processo de selecção para os participantes dos grupos foi por conveniência de acordo com a disponibilidade. As discussões foram realizadas por um moderador formado, e os dados colectados nas discussões gravados e transcritos, antecedido de um consentimento prévio para a gravação (anexo D, E, F). Aos participantes foi clarificado que a sua identidade não será revelada e que os resultados não serão relatados por participante.

Inquéritos com rapazes e raparigas

O processo de recolha de dados nas comunidades da Cidade de Tete, Moatize e Angónia foi realizado com recurso a administração de 1311 questionários (Anexo A). Os membros das comunidades envolvidos, rapazes e raparigas numa proporção de 1:1 com a finalidade de identificar os determinantes para o acesso e utilização dos serviços de SSR no adolescente e jovem. Os participantes iniciais foram selecionados nas escolas secundárias e á saída dos centros de saúde de cada distrito. A cada participante selecionado foi solicitado que indicasse, outros 5 amigos/vizinhos da sua comunidade (pelo menos 1 participante que frequenta o SAAJ/CS, 1 participante que vai a escola, 1 participante que não vai a escola, e os outros 2 ao seu critério desde que reúnam os critérios de inclusão do estudo) com que o entrevistador poderá conversar sobre o mesmo assunto, de modo que todo o processo se desenvolva em bola de neve até se chegar a amostra desejada.

Para o manuseio do instrumento, os inquiridores passaram por um treinamento. Por forma a garantir a qualidade na colecta dos dados, os inquiridores foram supervisionados por um pesquisador sénior. Os questionários foram digitados directamente em tablets, utilizando a plataforma de recolha de dados online ODK e transportados para uma base de dados nos programas SPSS ou Excel.

Por forma a antecipar a recusas em participar no estudo, foi estimado cerca de 10% de recusas em participar facto incluído na amostra. A amostra foi calculada com base em 50% de utilização dos serviços de SSR. Assumimos 95% de nível de confiança, 5% de margem de erro e 10% de recusa.

Procedimentos de recrutamento e recolha de dados

Formação

Foram seleccionados 6 assistentes de pesquisa com experiência de trabalho em recolha de dados em pesquisa ou com experiência na educação e promoção de SSR em adolescentes e jovens, o que permitiu reduzir o tempo da formação. A formação decorreu na Cidade de Tete, de 03 à 14 de Junho de 2018, e focalizou na familiarização com os instrumentos deste estudo específico, manejo do questionário electrónico, manejo do guião dos GFD e uso dos gravadores. A pré-testagem destes instrumentos, realizada no dia 11 de Junho na vila sede de Moatize com os adolescentes que iam frequentar o SAAJ do CS de CFM.

A recolha de dados foi realizada de 15 de Junho á 16 de Julho de 2018.

Questões Éticas

O protocolo foi submetido ao Comité Nacional de Bioética em Saúde, com respectiva aprovação com referência 140/CNBS/18 à 07 de Maio de 2018, gozando da autorização do Ministério da Saúde (ref. 1009/GMS/002/2018) do protocolo mãe de 2014.

A participação no estudo foi voluntária. Para proteger os participantes foram tomadas medidas de segurança, que incluíam a escolha do local seguro e privado e data/hora para o questionário e GFD pelos participantes. Todos os participantes deram o seu consentimento informado. Cuidados adicionais foram tomados para garantir a confidencialidade e para criar um ambiente sem julgamento nos GFD.

Como forma de assegurar a confidencialidade e anonimato, os participantes foram identificados apenas por códigos, e em nenhum momento foi registado o seu nome durante o questionário de GFD. Todos os dados que poderiam ligar o participante a entrevista foram apagados dos transcritos, e as informações guardadas em pastas com password e com palavra passe somente entre a equipa de pesquisa do ICRH-M e os envolvidos na análise.

Gestão e análise de dados

As gravações de áudio das várias discussões foram transcritas em Português usando técnicas de transcrição padrão (transcrição literal). Sob supervisão dos pesquisadores do ICRH-M, os entrevistadores realizaram verificações de uma parte das transcrições para monitorar a qualidade das mesmas.

As transcrições foram analisadas com a ajuda de um programa de software qualitativo (NVivo 11, QSR International), para auxiliar na codificação e análise. A abordagem da *framework analysis* foi utilizada para auxiliar no desenvolvimento de um esquema de codificação inicial, que foi desenvolvido pela equipa de pesquisadores do ICRH-M com base na revisão de literatura e nas questões de pesquisa identificadas. Os dados foram codificados e agrupados de acordo com os principais temas de estudo.

Os dados quantitativos foram recolhidos através do software ODK, manuseados no software Excel e analisados no software SPSS versão 24, com base no plano de análise do estudo de 2016.

3.RESULTADOS – INQUÉRITO NA COMUNIDADE

CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

Os questionários foram respondidos por 1311 participantes, de onde 969 (73.9%) são adolescentes [15-19] e 342 (26.1%) jovens [20-24]. Destes 717 (54.7%) rapazes e 594 (45.3%) raparigas. O recrutamento decorreu nas comunidades, dentro de recintos escolares, nos CS e nos bairros. Da nossa amostra, cerca de 67,1% dos participantes estavam a frequentar a escola no momento de estudo.

Em relação a ocupação, a maioria dos participantes reportou ser estudante (72,8%), seguidos dos desempregados (18,7%) e dos empregados no sector informal. Igualmente a maioria dos participantes eram solteiros, seguidos dos casados.

TABELA 2. CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS PARTICIPANTES

		Global		Raparigas		Rapazes		P value
		N	%	N	%	N	%	
<u>Cidade de Tete</u>	Cidade de Tete (Bairros Chingodzi)	244	59.1	157	59	87	59.2	
	Samora Machel (Cidade de Tete)	169	40.9	109	41	60	40.8	
<u>Moatize</u>	Vila de Moatize (Sede)	272	56.4	129	63.5	143	51.3	
	Zobue (Moatize)	131	27.2	48	23.6	83	29.7	
	Cateme (Comunidade)	79	16.4	26	12.8	53	19.0	
<u>Angónia</u>	Domue (Angónia)	91	21.9	13	10.4	78	26.8	
	Vila de Olongue (Angónia)	325	78.1	112	89.6	213	73.2	
<u>Idade em Classe</u>	15-19	969	73.9	454	76.4	515	71.8	0.059
	20-24	342	26.1	140	23.6	202	28.2	
<u>Frequenta a escola</u>	Sim	880	67.1	369	62.1	511	71.3	0.000
	Não	431	32.9	225	37.9	206	28.7	
<u>Estado civil</u>	Solteira/o	1197	91.3	503	84.7	694	96.8	0.000
	Casada/o/ União de facto	99	7.6	77	13.	22	3.1	
	Divorciada/ o/ Separada/o	15	1.1	14	2.4	1	.1	
<u>Qual é a sua principal ocupação</u>	Desempregada/o	245	18.7	151	25.4	94	13.1	0.000
	Empregada doméstica/o	22	1.7	9	1.5	13	1.8	
	Empregada/o sector privado	16	1.2	4	.7	12	1.7	
	Empregada/o sector informal	45	3.4	11	1.9	34	4.7	
	Agricultura	9	.7	3	.5	6	.8	
	Estudante	955	72.8	415	69.9	540	75.3	
	Outro	19	1.4	1	.2	18	2.5	

Na amostra as raparigas e os rapazes têm a mesma idade ($p=0.059$). Mais rapazes (71.3%) frequentam a escola do que raparigas (62.1%) $P=0.000$, e não existe diferenças entre a última classe frequentada. Entretanto mais de metade dos participantes tinham frequentado a oitava à décima classe. Em relação a ocupação, existe

uma relação de dependência entre a ocupação e o sexo, podendo constatar que mais raparigas se encontram desempregadas do que os rapazes e mais rapazes são estudantes e a trabalhar no sector informal e privado $p=0.000$ do que as raparigas.

Em relação ao estado civil, mais raparigas encontram-se casadas ou em união de facto (13%) em maior proporção do que os rapazes (3.1%). E mais da metade dos participantes viviam com os seus pais, sendo que no entanto, 20.9% raparigas viviam com os seus parceiros e 8.2% com os seus irmãos, enquanto que os 10.9% rapazes com os seus irmãos. As “*outras*” alternativas reportadas pelos participantes incluíam os chefes de internatos e orfanatos, o próprio adolescente, amigos, patrão/empregador, tios e sogra.

TABELA 3. CARACTERÍSTICAS GEAIS DOS PARTICIPANTES

		Sexo						P value
		Rapariga		Rapazes				
		N	%	N	%	N	%	
<u>Qual é a última classe que frequentou?</u>	Primeira	5	.4%	2	0.3%	3	0.4%	0.193
	Segunda	5	.4%	4	0.7%	1	0.1%	
	Terceira	15	1.1%	8	1.3%	7	1.0%	
	Quarta	34	2.6%	14	2.4%	20	2.8%	
	Quinta	36	2.7%	19	3.2%	17	2.4%	
	Sexta	65	5.0%	31	5.2%	34	4.7%	
	Sétima	161	12.3%	77	13.0%	84	11.7%	
	Oitava	231	17.6%	98	16.5%	133	18.5%	
	Nona	271	20.7%	128	21.5%	143	19.9%	
	Décima	224	17.1%	104	17.5%	120	16.7%	
	Décima primeira	137	10.5%	65	10.9%	72	10.0%	
	Décima segunda	91	6.9%	35	5.9%	56	7.8%	
	Ensino Superior	19	1.4%	2	0.3%	17	2.4%	
Outra	17	1.3%	7	1.2%	10	1.4%		
<u>Qual é a relação do chefe do agregado familiar e o adolescente?</u>	Esposo/a	130	9.9%	124	20.9%	6	.8%	0.000
	Parceiro/a							
	Mae/Pai/Filha/o	752	57.4%	328	55.2%	424	59.1%	
	Irmão/a	127	9.7%	49	8.2%	78	10.9%	
	Cunhado/a	15	1.1%	2	0.3%	13	1.8%	
	Avó/Avô	47	3.6%	20	3.4%	27	3.8%	
Outro	240	18.3%	71	12.0%	169	23.6%		

Em relação aos bens e consumo duráveis, em cada distrito os participantes reportaram possuir um meio de comunicação móvel, um telemóvel próprio (62.2%) na cidade de Tete, (50.2%) distrito de Moatize e (57.7%) Angónia. Contudo proporção daqueles que tem um smartphone e internet nos três distritos é reduzida para menos de metade.

A televisão, o telemóvel e o vídeo cassete/DVD são os meios de comunicação reportados como os mais usados na Cidade de Tete e Moatize. Os resultados revelam uma dependência na distribuição do acesso aos meios de comunicação (televisão, telemóvel, vídeo cassete/DVD, computador, internet) em relação ao local em que o participante se encontra, significando menos acesso do participante residente em Angónia conforme mostra a tabela.

Em termos de meios circulantes (bicicleta, mota e carro) menos que a metade dos participantes não tem acesso a estes bens. Contudo, dentro da proporção dos participantes que tem acesso a estes meios como a bicicleta, é o meio circulante mais usado nos distritos de Moatize e Angónia, e menos usado na Cidade de Tete. A motorizada é mais usada em Moatize e Tete, e menos usada em Angónia.

Em relação aos meios para a conservação dos alimentos foi reportado o congelador como o meio que as famílias mais possuem nos três distritos de estudo, acima de três terços na Cidade de Tete, um pouco mais que a metade em Moatize, e cerca de um terço no distrito de Angónia. A geleira é um meio menos usado, abaixo de um terço nos três distritos de estudo, embora mais usado na Cidade de Tete e Moatize. A distribuição desses meios de conservação de alimentos é dependente da localização dos participantes.

TABELA 4. BENS E CONSUMOS DURÁVEIS POR DISTRITO DE ESTUDO

		Distritos						P value
		Cidade de Tete		Moatize		Angonia		
		N	%	N	%	N	%	
<u>Possui telemóvel</u>	Telemóvel próprio	257	62.2%	242	50.2%	239	57.5%	0,001*
	O seu telemóvel é Smartphone	157	38.0%	178	36.9%	103	24.8%	0,000*
	Tem acesso à internet	101	24.5%	118	24.5%	89	21.4%	0.473
	Nenhum	90	21.8%	162	33.6%	141	33.9%	0,000*
<u>Bens duráveis tem em sua casa</u>	Televisão	377	91.3%	363	75.3%	242	58.2%	0,000*
	Vídeo cassete e/ou DVD	280	67.8%	233	48.3%	198	47.6%	0,000*
	Rádio	204	49.4%	240	49.8%	232	55.8%	0.115
	Carro	47	11.4%	34	7.1%	27	6.5%	0,019*
	Bicicleta	106	25.7%	164	34.0%	154	37.0%	0,001*
	Mota	111	26.9%	134	27.8%	96	23.1%	0.244
	Geleira	99	24.0%	96	19.9%	33	7.9%	0,000*
	Congelador	327	79.2%	292	60.6%	135	32.5%	0,000*
	Telemóvel	309	74.8%	336	69.7%	272	65.4%	0,012*
	Computador	77	18.6%	71	14.7%	39	9.4%	0,001*
	Internet	31	7.5%	47	9.8%	13	3.1%	0,000*
	Nenhum	3	.7%	19	3.9%	25	6.0%	0,000*
<u>Número de pessoas por agregado familiar</u>	Média	5.47		5.40		4.64		

SESSÃO C - AVALIAÇÃO DO ACESSO AS UNIDADES SANITÁRIAS

Nesta sessão apresentamos informações relacionadas com a experiência dos participantes em relação ao comportamento relativo a procura dos cuidados de saúde sexual reprodutiva. São avaliadas as variáveis como se já visitou o centro de saúde e SAAJ, se existe o SAAJ nas unidades sanitárias que os participantes frequentam, e como avaliam estes mesmos serviços recebidos no SAAJ.

Cerca de 99.8% dos respondentes já tinha visitado uma unidade sanitária, sendo que 79.5% reportou procurar qualquer cuidado de saúde quando se sentia incomodado e apenas 42.5% tinha ouvido falar do SAAJ no momento do estudo. A tabela 5 apresenta os resultados do acesso desagregado ao sexo.

TABELA 5. ACESSO ÀS UNIDADES SANITÁRIAS

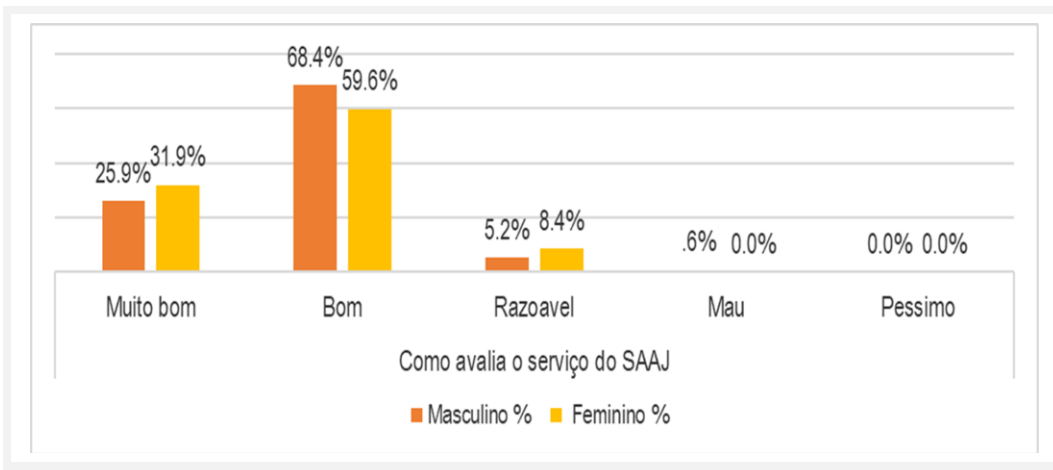
		Sexo			
		Rapazes		Raparigas	
		N	%	N	%
<u>Alguma vez visitou uma unidade sanitária?</u>	Sim	716	99.9%	592	99.7%
<u>Quando se sente incomodado procura uma US?</u>	Sim	544	76.0%	496	83.8%
	As vezes	169	23.6%	96	16.2%
	Não	3	0.4%	0	0.0%
<u>Já ouviu falar dos serviços de saúde sexual e reprodutiva amigo do adolescente-jovem (SAAJ)?</u>	Sim	292	40.8%	263	44.4%
	Não	397	55.4%	307	51.9%
	Não sei	27	3.8%	22	3.7%
<u>Na sua US existem cuidados de saúde sexual e reprodutiva do SAAJ?</u>	Sim	158	22.1%	147	24.8%
	Não	181	25.3%	126	21.3%
	Nao sei	377	52.7%	319	53.9%
<u>Qual é a sua opinião sobre o acesso a estes serviços, para adolescentes-jovens na sua comunidade?</u>	Muito fácil	29	4.1%	29	4.9%
	Fácil	208	29.1%	203	34.3%
	Razoável	104	14.5%	101	17.1%
	Não facil	138	19.3%	142	24.0%
	Não sei	237	33.1%	117	19.8%

Cerca de três quartos dos participantes (74%) nunca tinham usado um SAAJ para os cuidados de SSR; mais rapazes (75.7%) do que raparigas (72%) (P value 0.000) nunca usado o SAAJ. Nos participantes que usam os SAAJ, 174 rapazes e 166 raparigas, os quatro motivos mais frequentes para buscarem os serviços do SAAJ são a testagem para o HIV (13.5% e 11.8%, respectivamente), quando estavam doentes (5.6% e 6.1%, respectivamente) e informação sobre a sexualidade (3.4% e 3%). Enquanto que 4.7% das raparigas busca também conselhos sobre PF, o 1.1% dos rapazes busca conselhos sobre ITS/HIV.

Para se deslocarem até ao SAAJ, a maior parte dos respondentes (84,1%) vai a pé, seguido dos que usam o transporte público (11,8%). Em média os participantes reportaram levar cerca de 34 minutos até chegar a unidade sanitária.

Quando perguntados aos participantes que usam o SAAJ (26%), sobre como é que avaliam o serviço recebido no SAAJ, a maior parte fez uma avaliação boa e muito boa do serviço que é prestado (figura 1). Contudo quando perguntados sobre os aspectos que menos gostaram na consulta de SSR, 72.5% rapazes e 66.7% raparigas, reportaram o longo tempo espera até a consulta, considerando-o “pouco aceitável” à “inaceitável”.

FIGURA 1. AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DO SAAJ



Dos participantes que não frequentam o SAAJ, metade destes, tanto rapazes como raparigas, tem como a primeira porta de entrada na US para assuntos ligados a SSR, consulta do adulto; seguida da triagem para os rapazes (16.5%); enquanto que para as raparigas a consulta de pediatria (11.4%), pré-natal (10.4%), triagem (9.4%) e consulta de PF (1.5%). Cerca de 1% (n=13) dos participantes que não usam nenhum serviço da unidade sanitária, usando os cantinhos escolares por ser mais perto da sua casa e por estarem dentro da escola para rapazes, e para as raparigas por terem menos tempo de espera e a comunicação ser mais fácil.

Antes de ir à unidade sanitária quase metade das raparigas deve pedir autorização aos seus pais (pai e mãe) e outros tomadores de decisão como os seus esposos, sempre ou na maioria das vezes, enquanto que para os rapazes cerca de um terço é que necessita de autorização, sempre ou na maioria das vezes, dos seus pais (pai ou mãe), existindo uma relação entre a necessidade de autorização para ir a USs e o sexo $P=0.000$. Somente um terço dos participantes do sexo feminino assim como masculino, reportou que os seus familiares sabem da existência do serviço de saúde específico para o adolescente e jovem, não existindo diferenças entre rapazes e raparigas. A outra parte reportou que a família não tem o conhecimento ou não sabem se o seu familiar tem o conhecimento da existência desses serviços específicos para a sua faixa etária. Não menos importante é facto de cerca de metade dos participantes rapazes e raparigas não saberem se os seus familiares acham importante de serviços de saúde dedicados para jovem e adolescentes, não havendo diferenças entre o sexo.

Tabela 6. DINAMICAS DE GÉNERO PARA A BUSCA DE CUIDADOS DE SAÚDE

		Sexo				P value
		Rapazes		Raparigas		
		N	%	N	%	
<u>Antes de ir à unidade sanitária você tem que pedir permissão a alguém?</u>	Não preciso	329	45.9%	175	29.6%	0.000
	As vezes e necessário	139	19.4%	126	21.3%	
	A maioria das vezes	101	14.1%	81	13.7%	
	Sempre preciso	147	20.5%	210	35.5%	
<u>Se precisa, quem é a pessoa que você deve pedir permissão?</u>	Mãe/pai	279	72.1%	259	62.1%	
	Irmã/ Irmãos/Cunhados	55	14.2%	41	9.8%	
	Tio/Tia	32	8.3%	30	7.2%	
	Avó materna/paterna	13	3.4%	18	4.3%	
	Sogra/(o)	0	0.0%	1	.2%	
	Outros (parceiros/esposo/a)	8	2.1%	68	16.3%	
<u>Os seus familiares têm conhecimento da existência dos serviços específicos de saúde para adolescentes?</u>	Sim	267	37.2%	218	36.7%	P=0.234
	Não	162	22.6%	157	26.4%	
	Não sei	288	40.2%	219	36.9%	
<u>Os seus familiares acham importante a existência dos serviços prestados aos adolescentes?</u>	Sim	301	42.0%	252	42.4%	P=0.935
	Não	10	1.4%	7	1.2%	
	Não sei	406	56.6%	335	56.4%	
<u>Na sua opinião porque acha que os seus familiares consideram importante?</u>	Importante na educação sexual	151	21.1%	160	26.9%	
	Complementa a educação familiar	133	18.5%	147	24.7%	
	Prevenção de HIV	223	31.1%	179	30.1%	
	Prevenção ITS	187	26.1%	148	24.9%	
	Prevenção da gravidez	79	11.0%	118	19.9%	
	Outros	1	.1%	2	.3%	

Foi referido nos GFD que a mãe, o pai e outros cuidadores (tios e tias, irmãos e irmãs mais velhos) são a principal fonte de motivação para continuarem os estudos, granjearem um futuro melhor e são também os que os sustentam. Eles são a base da sua vida, é com eles que estes adolescentes e jovens adquire satisfação consigo próprio, uma identidade própria, motivação para a continua formação académica e para uma vida futura próspera. Contudo, este diálogo entre este grupo de participantes e a família, mais concretamente com os progenitores ou cuidadores muitas vezes é restringido aos assuntos descritos acima, deixando de lado outro tipo de diálogo de fórum mais íntimo, do qual os participantes também necessitam nesta fase.

Os participantes do GFD, tanto rapazes assim como raparigas, gostariam que este diálogo também se abrisse tocando em aspectos relacionados com a sexualidade, a primeira menstruação e higiene menstrual e significados na rapariga, a relação sexual e apoio emocional relacionados com problemas no relacionamento amoroso, pois são assuntos que traz para este grupo grandes perturbações podendo trazer desvios de personalidade e naquele que é o rumo desejado pela família para este mesmo adolescente e jovem.

“...quem está por trás da minha mudança é a minha mãe é ela que me encoraja muito nessa mudança para não ficar sozinha, estar com minhas amigas e compartilhar essas ideias com elas.” (GFD Rapariga de Angónia)

“É nosso encarregado que nos dão força para nós estudar, para o futuro, para ser bom futuro.” (GFD Rapazes Angónia)

“...por exemplo minha mãe, primeiro dia que comecei a menstruar, perguntei a ela o que está a acontecer comigo e ela não quis me dar resposta. Só que ela disse vai dormir, vou dar resposta amanhã. Até agora não chegou de me falar nada...nem a cerca de homem eu costumo perguntar e ela também costuma hesitar-me dar resposta.” (GFD Rapariga Cidade de Tete)

“...porque se eu conto para o meu pai vai me insultar, vai me insultar porque vai dizer mandei você para estudar. Em vez de estudar você está a fazer brincadeira, enquanto que não é isso...” (GFD Rapazes Angónia)

“Para mim nem, eu gostaria que o conselho viesse da minha família que mora comigo. O tempo que eu estou triste não conseguem anotar que a nossa filha não está bem, não está de bom amor [humor]. Então ele não consegue anotar nada. Então, costuma se tornar muito difícil. Então, nem se uma família está feliz, primeira coisa devem anotar a cada um quando acordam de amanhã. Então aí costumam o quê, ter aquela conversa e depois você fica feliz quando tua família” (GFD Rapariga de Angónia)

SESSÃO D - SOBRE A SEXUALIDADE

Nesta sessão apresentamos informações relativas a experiência dos participantes com a sexualidade. Na tabela são apresentadas as respostas “Sim” para as variáveis que avaliam o início do ciclo menstrual nas raparigas e a menarca nos rapazes, assim como o início e a sua percepção sobre a relação sexual em ambos sexos.

Os resultados do inquérito revelam que, mais de três quartos dos participantes femininos e masculinos já tinham tido a menarca e a menarca, e perto da mesma proporção já tinham iniciado a relação sexual sem diferenças significativas entre os sexos. Mais raparigas reportaram que a primeira relação sexual foi forçada do que os rapazes P value (0.000).

Nos GFD de raparigas assim como de rapazes, foi referido que o início da prática sexual é precoce naqueles bairros, antes dos 14 anos para ambos sexos, sendo, no entanto, mencionado que as raparigas iniciam mais cedo do que os rapazes. A maior parte dos membros participantes dos GFD, referiram que já tinham iniciado a prática de relações sexuais desde os 15 anos, exceptuando uma participante de cada grupo, apesar acharem que a idade ideal para o início das relações sexuais é a partir dos 18 anos.

“No nosso bairro agora está a acontecer que as meninas estão a começar a fazer o sexo com 12 anos, 13 anos e os homens com 14, 14 estão a começar” (GFD Rapazes de Moatize).

“Aqui na vila mesmo com 12, 11, 10 acontece já. Há esses actos sexuais. Crianças já transam porque há casamentos prematuros. Há meninas que com 10 anos já está com um velho casada. Então ela não vai ir ao lar só ficar só sem satisfazer o marido. Então vejo que aqui na vila há esses acontecimentos” (GFD Raparigas de Angónia).

Pouco menos que a metade (42%) das raparigas que reportaram que já tinham tido a menarca, é que se sentiram preparadas para esta nova fase de sua vida. Este facto foi também descrito nos GFD das raparigas como algo do qual não estavam preparadas, tendo muitas delas se apoiado nas suas amigas, irmãs mais velhas e tias, que as explicaram sobre o que estava a acontecer com elas, como usar o penso higiénico, o facto de já poderem engravidar caso experimentassem relações sexuais desprotegidas.

Assim como nos inquéritos onde para os rapazes, assim como para raparigas, os seus confidentes são os amigos e amigas (83.3%) seguidos dos seus irmãos (5.5%) e outros. Nos GFD também foi realçado o papel das amigas e irmãs mais velhas, e por vezes algumas tias como confidentes das raparigas. E para os rapazes os seus amigos e irmãos mais velhos; porque são figuras nas quais este grupo confia, sente-se a vontade, sente que são ouvidos, recebem ajuda imediata e acima de tudo existe partilha entre ambas partes.

“Eu perguntei minha irmã mais velha, ela é que me ensinou isso... minha irmã me falou que não posso aceitar fazer relação sexual com homem sem usar preservativo” (GFD Raparigas Cidade de Tete)

“Mas para mim abre-se mais para meus amigos porque com meu amigo fica a vontade de falar tudo o que posso falar com meu amigo” (GFD Rapazes Angónia)

Conforme revela a tabela abaixo, na altura do inquérito, a maior parte dos participantes já tinha iniciado com a relação sexual, destes, a proporção daqueles que conhecia o risco de engravidar e/ou de contrair ITS era de 67% e 55.8% usaram algum método para a prevenção de gravidez ou ITS. Destes, somente 34% teve algum receio de engravidar ou de contrair uma ITS, não havendo diferenças significativas entre rapazes e raparigas.

TABELA 7. INDICADORES SELECIONADOS PARA SEXUALIDADE

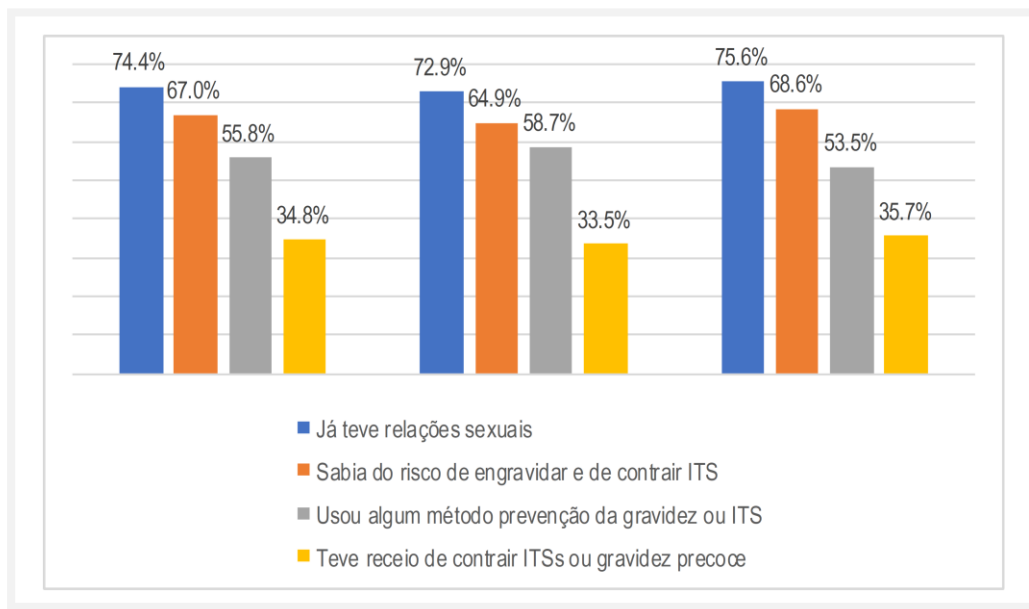
	Global		Raparigas		Rapazes		P value	
	N	%	N	%	N	%		
Já teve a menstruação	588	99.0%	588	99.0%	0	0.0%		
Sentiu-se preparada para apanhar a menstruação	247	42.0%	247	42.0%	0	0.0%		
Já teve sonhos molhados	690	96.2%	0	0.0%	690	96.2%		
Já teve relações sexuais	975	74.4%	433	72.9%	542	75.6%	0.266	
A sua primeira relação sexual foi	Voluntária	953	97.7%	415	95.8%	538	99.3%	0.000*
	Forçada	22	2.3%	18	4.2%	4	.7%	
Teve informação antes de iniciar a actividade sexual	621	47.4%	257	43.3%	364	50.8%	0.000*	
Quem foi o seu confidente	Irmãos	34	5.5%	15	5.8%	19	5.2%	0.073
	Amigos(as)	517	83.3%	197	76.7%	320	87.9%	
	Outros	33	5.3%	19	7.4%	14	3.8%	
Sabia do risco de engravidar e de contrair ITS	653	67.0%	281	64.9%	372	68.6%	0.217	
Usou algum método prevenção da gravidez ou ITS	544	55.8%	254	58.7%	290	53.5%	0.107	
Teve receio de contrair ITSs ou gravidez precoce	150	34.8%	60	33.5%	90	35.7%	0.637	

Apesar de 47.4% dos participantes do inquérito terem afirmado que tinha tido informação antes de iniciar com as relações sexuais, havendo diferenças entre raparigas e rapazes; nos GFD, os participantes afirmaram que a idade ideal para o início da relação sexual era a partir dos 18 anos, contudo este facto não era compreendido pelos mesmos, pois tomavam esta etapa (o início da relação sexual) como uma regra social ou então ligando com as prováveis consequências indesejáveis como o caso da gravidez indesejada; ou então, ligando esta idade propícia para o início da relação sexual, com a capacidade e gerir uma relação matrimonial e gerar uma família.

“A idade permitida para essa razão de sexo é de 18 anos, mas aqui na vila é um pouco difícil porque muitas meninas violam essa regra. Elas não conseguem cumprir com essa regra. Quando atingem 10 anos, 11 anos, 12 anos, para elas pensam que é a idade de praticar sexo/relações sexuais, mas acho que não” (GFD Raparigas Angónia).

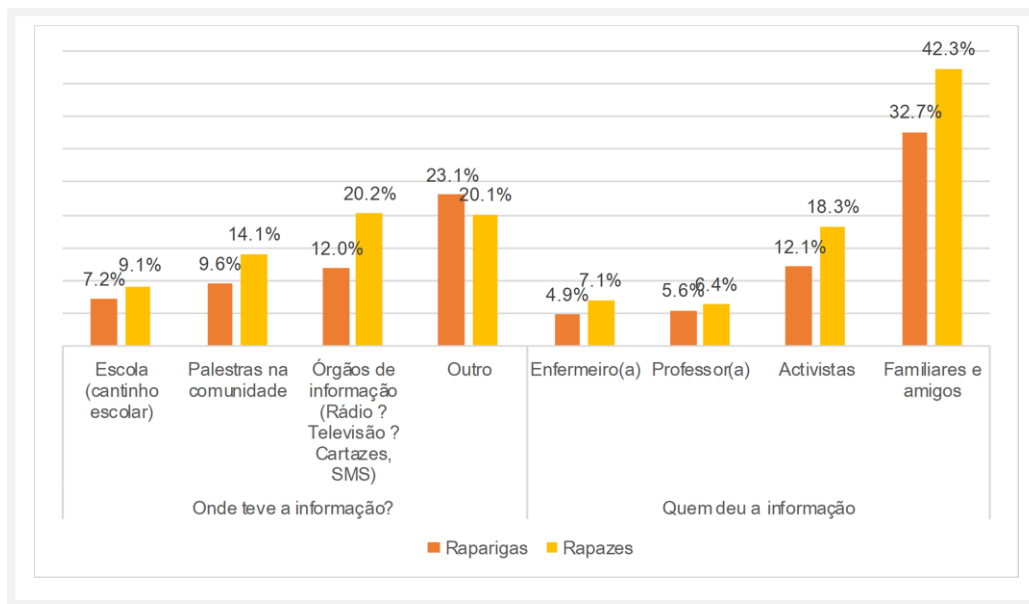
“Se a pessoa quer fazer sexo com uma mulher tem que ter 18 anos e o homem também tem que ficar com 20 anos porque quando aquela mulher ficar com grávida, aquele homem quando responder não pode sofrer com os casamentos.” (GFD Rapazes Angónia)

FIGURA 2. DINÂMICAS DE PERCEPCAO DE RISCO NA PRÁTICA DA SEXUALIDADE



Os três locais de onde os adolescentes e jovens recebem informação relacionadas com a sexualidade são as “outras fontes” (como dentro de casa e os ritos de iniciação), seguido dos órgãos de informação (rádios, televisão) e das palestras na comunidade; a informação é transmitida por amigos e familiares, seguidos dos activistas e dos enfermeiros ou professores.

FIGURA 3. FONTE DE INFORMAÇÃO SOBRE A SEXUALIDADE



SESSÃO E - SOBRE O PLANEAMENTO FAMILIAR

Nesta sessão apresentamos informações relativas ao conhecimento, uso e necessidades dos participantes em relação aos métodos de planeamento familiar. Na tabela abaixo são apresentadas as respostas “Sim” para as variáveis que avaliam conhecimento sobre o PF.

O conhecimento sobre o PF “já ouviu falar sobre o PF” é alto nos respondentes, mais nas raparigas do que nos rapazes ($P=0.000$). A semelhança dos rapazes, para as raparigas os primeiros significados atribuídos ao PF são para evitar a gravidez indesejada ($P=0.00$) e prevenir de HIV/ITS ($P>0.05$), e por último o de programar o número de filhos. Este último, dentro dos dois grupos, é mais reportado no grupo de jovens do que dos adolescentes, nas raparigas do que nos rapazes $P=0.000$.

TABELA 8. CONHECIMENTOS SOBRE O PLANEAMENTO FAMILIAR

	Sexo			
	Rapazes		Raparigas	
	N	%	N	%
<u>Já ouviu falar de planeamento familiar (PF)</u>	639	89.1%	578	97.3%
<u>Você sabe, o que é planeamento familiar</u>	615	85.8%	559	94.1%
<u>O que significa PF</u>				
Programar o número de filho	277	38.6%	318	53.5%
Evitar gravidez indesejada	560	78.1%	537	90.4%
Prevenir o HIV/ITS	438	61.1%	358	60.3%
Outros	2	.3%	1	.2%
<u>Conhece algum método de planeamento familiar</u>	612	99.5%	555	99.3%
<u>Que método conhece</u>				
Preservativo (masculino)	610	85.1%	542	91.2%
Pílula	355	49.5%	467	78.6%
Contraceção de emergência	79	11.0%	93	15.7%
Injecção - Depo	272	37.9%	385	64.8%
Implante	186	25.9%	301	50.7%
DIU	58	8.1%	108	18.2%
Métodos naturais	6	.8%	5	.8%
Outro	1	.1%	0	0.0%

Cerca de 99% dos participantes conheciam pelo menos um método de PF e o preservativo era o mais conhecido entre rapazes (85,1%) e raparigas (91,2%), seguida da pílula, depo e implante; sendo que as diferenças entre o conhecimento dos diferentes métodos (Preservativo, pílula, Depo, Implante e Diu $P=0.000$ e Contraceção de emergência $P=0.014$) são atribuídas ao sexo. Os métodos como o DIU e contraceção de emergência são muito pouco conhecidos entre ambos grupos. Os métodos de contraceção de curta e longa-duração são mais conhecidos pelas raparigas, e os de barreira (preservativo masculino) pelos rapazes.

Igualmente nos GFD, os métodos contraceção mais mencionados pelas raparigas são a pílula, depo (injeção) e o preservativo, algumas vezes referindo o implante e DIU; enquanto que nos rapazes foi referido o preservativo, pílula (comprimidos) e depo (injeção) muitas vezes usando o termo “vacinação”.

O significado da contraceção nas raparigas e rapazes era o de prevenir gravidezes indesejadas e limitar o número de filhos. O conceito planeamento familiar não é muito conhecido dentro destes grupos, enquanto que os termos contraceção ou prevenção da gravidez mais populares entre estes.

Os adolescentes e jovens participantes do estudo apresentavam mitos e lacunas sobre como os métodos funcionavam no corpo. Por exemplo, as raparigas e rapazes, todos eles durante a discussão de grupo associaram a pílula e depo com infertilidade e virada do útero (esta última nos rapazes); e ainda os rapazes, todos eles, associaram o preservativo como agente causador de doenças e alergias, apesar de terem referido que era o método para a prevenção de gravidez, ITS e HIV.

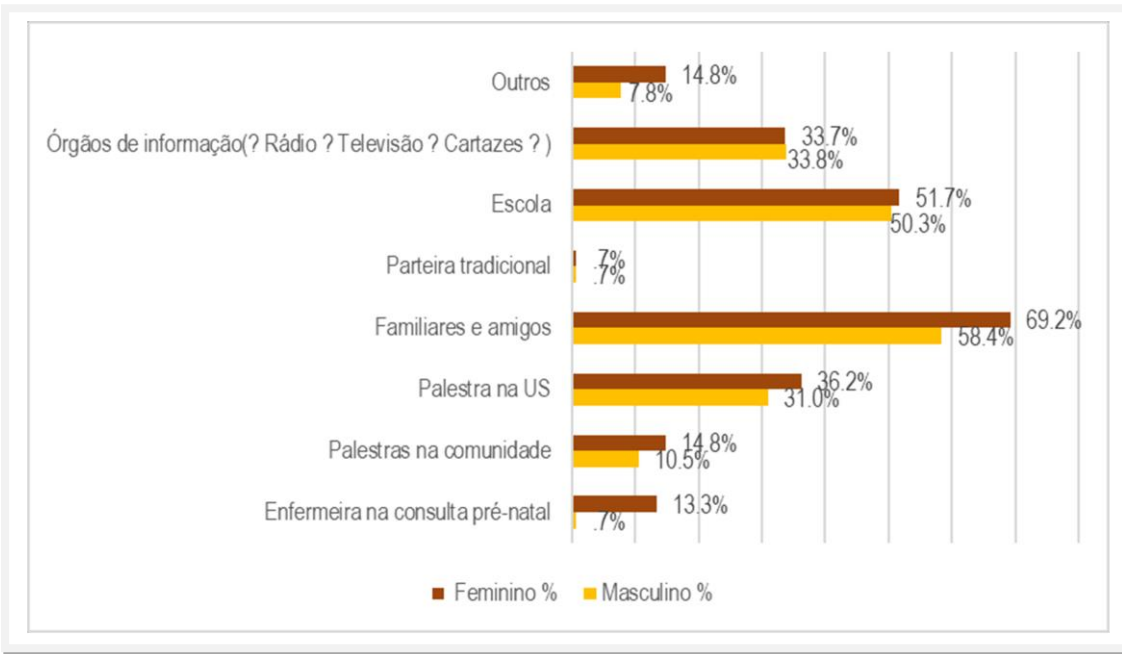
“...se você andar a fazer uma relação sexual quando você começa se prevenir é muito difícil para você ter grávida... pode quando você começar a tomar aquilo ali pode-te prejudicar, não ter filho por causa disso.” (GFD Raparigas Cidade de Tete)

“... nem mesmo uma pessoa crescida ... tomando aqueles comprimidos, aquilo corre o risco que epa, quando chega o momento querendo fazer um filho, aquilo corre um risco de não acontecer, não aparecer a grávida porque já ... mas já aquilo quando você toma aqueles comprimidos aquilo já vai fechando em outros lugares e faz que aquilo já vira vem no outro posição” (GFD Rapazes de Moatize)

“Para mim é preservativo...eu tenho medo em mim mesmo que aquilo pode me trazer, pode provocar também doença... Eu ao fazer, depois de eu fazer tenho que correr e dar um banho porque para as pessoas que ainda não fizeram circuncisão... porque do jeito que experimentei preservativo, nem mais quando você leva abre aquilo, deixa fora, mesmo amarrando aí em frente, aí dentro aparece uns bichos que você não sabe de que epa, sai de onde” (GFD Rapazes Moatize)

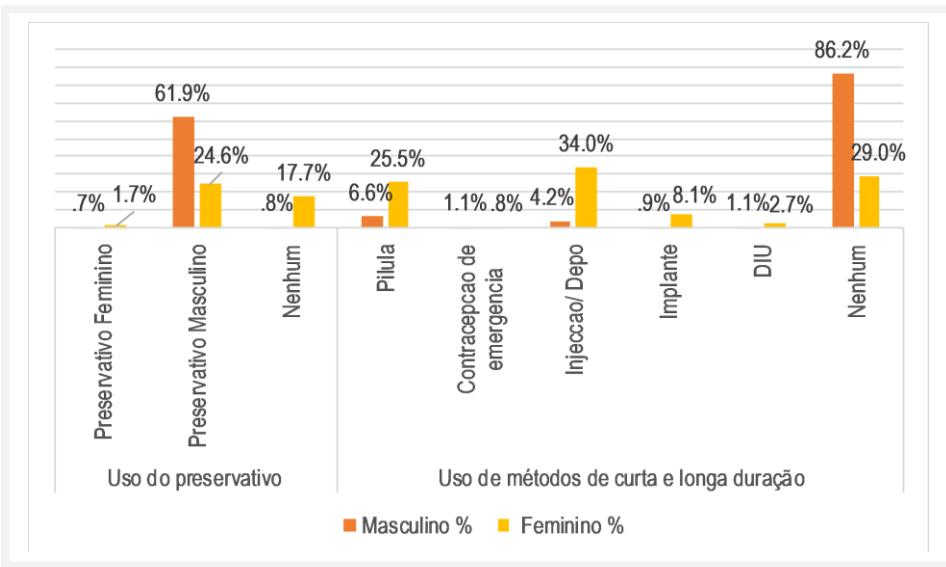
As três primeiras fontes de informações para o PF nos respondentes, em ambos sexos, em primeiro lugar são os familiares (e amigos) e a escola, seguido fontes como as palestras na US para as raparigas e órgãos de informação para rapazes.

FIGURA 4. FONTE DE INFORMAÇÃO SOBRE PF



O uso dos métodos de PF embora cerca de 74.4% tenham reportado ter iniciado as relações sexuais, 74% dos rapazes e somente 46.3% das raparigas reportaram estar a usar algum método de contracepção no momento de estudo, sendo que o uso relacionado com o sexo P Value =0.000. Os métodos mais usados pelas raparigas são a depo (34%) e a pílula (25.5%), seguido do preservativo masculino; e para os rapazes o preservativo masculino (61.9%), reportando também que as suas parceiras usam a pílula (6.6%) e a depo (4.2%).

FIGURA 3. PROPORÇÃO DO USO ACTUAL DA CONTRACEPÇÃO (MÉTODOS DE BARREIRA, CURTA E LONGA-DURAÇÃO E NATURAIS)



Igualmente nos GFD, os métodos contracepção preferenciais das raparigas são o preservativo e a depo, pois são métodos mais rápidos de manejar, enquanto que para a maioria dos rapazes o preservativo, embora estes

tenham referido que este método lhes causa doenças e alergias. Os outros métodos de contraceção como a pílula são ligados a causas de infertilidade na mulher na fase adulta.

Quando perguntados sobre quem tinha escolhido o método de contraceção, a maior parte dos participantes reportaram escolher o método por si próprio, raparigas (63.3%) e rapazes (87.7%); seguidos de ambos “o casal” reportado por 16.2% das raparigas e 4.6% dos rapazes, e pelos seus parceiros(as) sendo reportado por 8.5% das raparigas e 2.2% dos rapazes; e por fim, pelas sogras e mães, referido por 6.2% das raparigas e 2% dos rapazes.

TABELA 9. ACESSO AOS MÉTODOS DE CONTRACEPÇÃO

	Sexo				
	Rapazes		Raparigas		
	N	%	N	%	
	SAAJ	50	7	31	5.2
	Consulta pré-natal	1	.1	9	1.5
<u>Aonde você obtém os seus métodos de planeamento familiar?</u>	Farmácia	18	2.5	9	1.5
	Escola	16	2.2	9	1.5
	Mercado	206	28.7	52	8.8
	Hospital	167	23.3	149	25.1
	Outro	21	2.9%	11	1.9
	Quando tenho relações sexuais	332	73	202	78
<u>Com que frequência usa os métodos contraceptivos?</u>	As vezes	123	27	55	21.2
	Só no período fértil	0	0	2	.8
	Outros	0	0	0	0
<u>Precisa de pagar para ter acesso aos métodos contraceptivos?</u>	Sim	216	47.5	64	24.7
	Não	239	52.5	195	75.3

As três primeiras fontes de contraceptivos para as raparigas são o hospital seguidos dos mercados e SAAJ, e para os rapazes os mercados, seguidos do hospital e nos SAAJ.

SESSÃO F - SOBRE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Nesta secção vamos trazer os resultados sobre o conhecimento e experiência em relação as infecções sexualmente transmissíveis.

O conhecimento em relação a ITS “já ouviu falar sobre ITS” era alto, cerca de 98.4% dos participantes já tinham ouvido falar de ITS; a semelhança do HIV/SIDA que era ainda mais alto neste grupo, cerca de 99% já tinham ouvido falar de HIV/SIDA.

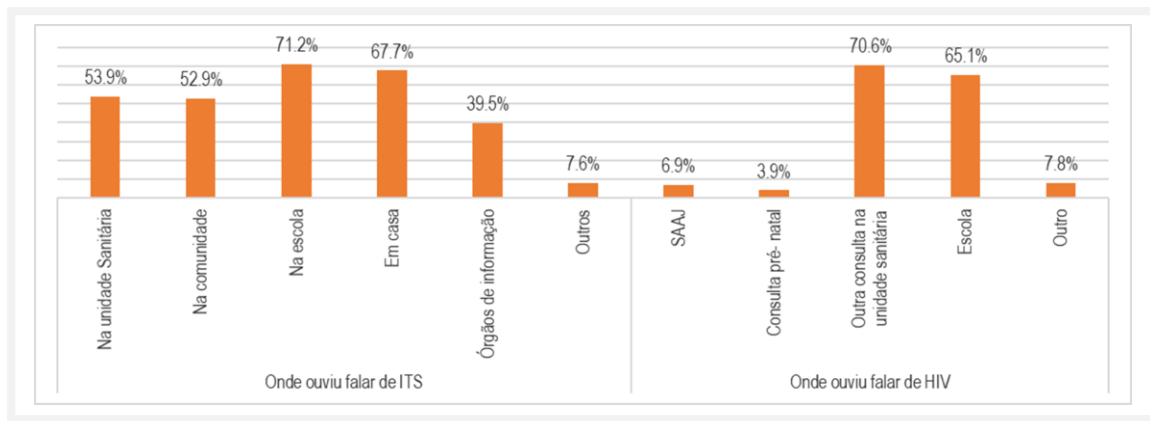
As fontes de informação mais comuns sobre ITS são a escola, casa, seguido da unidade sanitária e a comunidade no geral; e as fontes mais comuns para o HIV são a escola e consultas na unidade sanitária diferentes da pré-natal e SAAJ.

Igualmente nos participantes do estudo qualitativo, tanto os rapazes assim como as raparigas, já tinham ouvido falar sobre as ITS e HIV e conheciam os meios pelos quais as pessoas se infectavam, mencionando o uso de objectos cortantes e perfurantes, uso das casas de banho sem os cuidados necessário de higiene ou partilha dos mesmo objectos íntimo para higiene, relação sexual sem o uso do preservativo.

“HIV é uma doença transmissível. Tem vários tipos de transmissão...mas a que tem mais percentagem é a via sexual. Tu podes contrair HIV tipo usando tipo objectos perfurantes que uma outra pessoa já uso, objectos cortante... mas, já como havia dito, a maior percentagem está naquilo ai, nas relações sexuais...” (GFD Raparigas de Angónia)

“Mas para mim o HIV vem de sexuais quando uma pessoa tem HIV e outra não tem. Se ai não usou o preservativo aquele outro leva...” (Rapazes de Angónia)

FIGURA 4. FONTE DE INFORMACAO PARA A ITS E HIV



Dentre as ITSs, o HIV (97.2%) e a Gonorreia (58.3%) são as mais reportadas em mais de metade dos jovens e adolescentes do estudo, sendo que o conhecimento igual para rapazes e raparigas; diferentemente do Condiloma onde os rapazes reportaram ter mais conhecimento que as raparigas (P=0.021); e Candidíase (P=0.011) e Corrimento de cheiro podre (P=0.000) de onde as raparigas reportaram conhecer mais que os rapazes. E os sintomas mais relatados pelos respondentes são as úlceras nos órgãos genitais, mais conhecidos

pelos rapazes do que pelas raparigas. O corrimento genital ou uretral exagerado, neste caso mais conhecido pelas raparigas do que pelos rapazes o prurido, ambos os sexos sem diferenças no conhecimento.

Quando perguntados sobre como é que se pode prevenir as ITS, o conhecimento é alto em relação ao uso de preservativo, cerca de 96.6% dos participantes afirmaram que se pode prevenir pelo uso do preservativo, 20% por ter um único parceiro sexual e 11% pela circuncisão. A abstinência sexual foi ponderada somente em 3.8% dos respondentes. Enquanto que mais rapazes reportaram o uso do preservativo como método para prevenir infecções (P=0.005), mais raparigas reportaram o parceiro único como método de prevenção (P=0.000).

TABELA 10. CONHECIMENTO SOBRE ITS

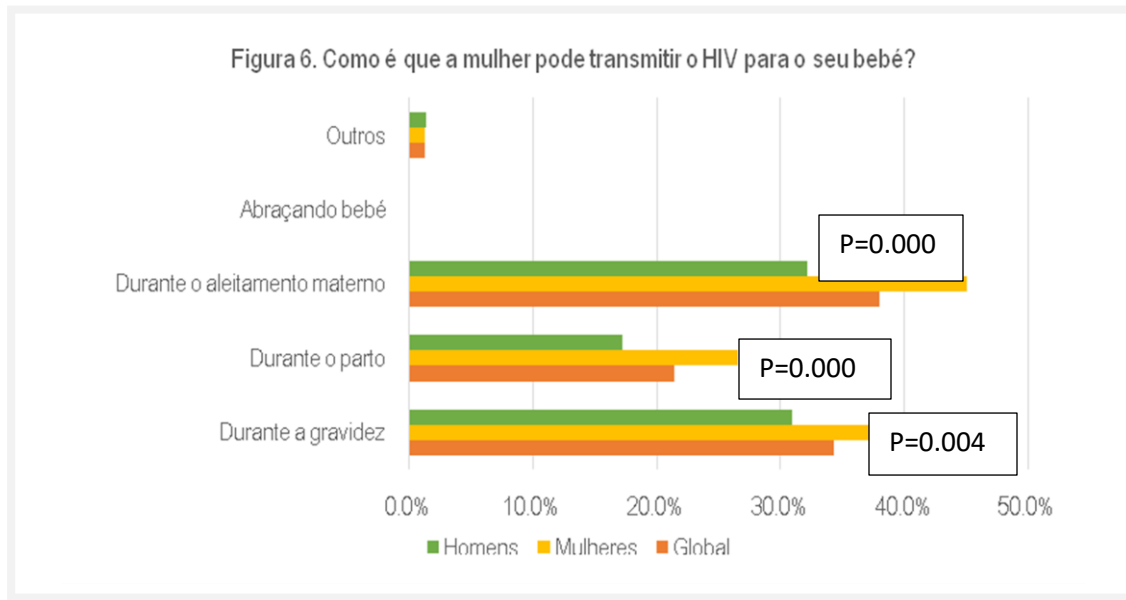
		Raparigas		Rapazes	
		N	%	N	%
Que tipo de ITSs conhece?	HIV/SIDA	574	96.6%	700	97.6%
	Gonorreia (corrimento uretral e dor)	343	57.7%	424	59.1%
	Condilomas=verrugas (carninhas na vagina, pênis ou ânus)	66	11.1%	111	15.5%
	Candidíase (corrimento abundante com comichão)	111	18.7%	97	13.5%
	Tricomoníase (corrimento ligeiro e bastante comichão)	31	5.2%	24	3.3%
	Corrimento com cheiro de peixe podre	170	28.6%	127	17.7%
	Outros	91	15.3%	74	10.3%
Dos sintomas mencionados a seguir diga quais se relacionam com ITS?	Corrimento vaginal/uretral exagerado	281	47.3%	233	32.5%
	Prurido (comichão)	179	30.1%	229	31.9%
	Úlceras (feridas) nos órgãos genitais	269	45.3%	387	54%
	Dor no baixo-ventre	36	6.1%	37	5.2%
	Não sei	36	6.1%	56	7.8%
	Outro (emagrecimento, borbulhas, diarreia e vômitos e queda de cabelo)	201	33.8%	171	23.8%
Como se podem prevenir estas infecções?	Uso de pilula	16	2.7%	9	1.3%
	Uso de preservativo	565	95.1%	702	97.9%
	Ter único parceiro	148	24.9%	116	16.2%
	Abstinência sexual	24	4%	26	3.6%
	Tratamento tradicional	0	0%	2	.3%
	Circuncisão	71	12%	77	10.7%
	Lavar-se depois da relação sexual	12	2%	13	1.8%
	Outro	21	3.5%	6	.8%

Conhecimento sobre a PTV foi igualmente perguntado aos participantes se a mulher grávida poderia transmitir o vírus do HIV para o seu bebé, 63.3% dos respondentes reportou ter o conhecimento certo, destes 73.9%

raparigas e 57.1% rapazes, havendo diferenças entre o conhecimento de raparigas e rapazes ($P=0.000$). No entanto perto de um terço, sendo que mais rapazes do que raparigas, reportou “não saber”.

Sobre como é que infecção se transmitia da mãe para o bebé, menos de metade dos participantes responderam correctamente nas diferentes variáveis. Contudo as raparigas revelaram ter mais conhecimento do que os rapazes nas variáveis de resposta “durante a gravidez”, “durante o parto” e “durante o aleitamento materno”. Quando perguntados se esta infecção pelo HIV se poderia prevenir, somente perto de metade é que reportou “sim, que é possível prevenir”, 45% não sabia e a outra parte afirmou que “não” se podia prevenir, mais rapazes do que raparigas.

FIGURA 5. COMPREENÇÃO DAS FORMAS DE TRANSMISSÃO DO HIV DA MÃE PARA O BEBÉ



Em relação a experiência com as ITS foi igualmente perguntado aos participantes se já tinham tido alguns sintomas reportados como sintomas de ITS; 5.7% dos respondentes reportou ter tido algum dos sintomas mencionados dos quais 95.9% procuraram tratamento na unidade sanitária em outras consultas que não fossem o SAAJ ou a pré-natal.

Conhecimento, práticas e atitudes relacionado com o HIV o conhecimento é alto (96.6%), contudo mais rapazes reportaram conhecer o assunto do que as raparigas. Quando perguntados como é que se podia prevenir, mais de três quartos referiu o preservativo como o maior método de prevenção, tendo sido mais reportado pelos rapazes. E o segundo método de prevenção, “o parceiro único” (20.6%), sendo referido mais pelas raparigas do que pelos rapazes.

Um pouco mais que a metade dos participantes já tinha feito o teste do HIV e conhecia o tratamento, de onde 46.8% tinha o conhecimento correcto sobre o tipo de tratamento.

Nos GFD os participantes, raparigas e rapazes, referiram-se no uso do preservativo como o principal meio de prevenção das ITS e HIV, mas também outras formas de prevenção como a não partilha de objectos cortantes e perfurantes. Mencionaram a testagem como a meio para diagnóstico da doença e o início atempado do

tratamento. Todos os grupos de participantes, tanto o das raparigas assim como os dos rapazes, demonstraram uma atitude positiva em relação a problemática do HIV, referindo importante o conhecimento do seu sero estado para o início da relação sexual, mas também para a manutenção de um corpo saudável. O hospital foi o local mencionado para diagnosticar a infecção e iniciar do tratamento, do qual também sabem que é para toda vida, e é gratuito.

“Para você saber que tem, não é muita coisa, é pouca coisa ...vá no hospital e aí faça um teste. Sozinho dizer que epá, eu quero fazer teste x ou de HIV. Depois vão te dizer olha amigo, você é HIV Positivo...você sozinho com o enfermeiro é que vai saber ...” (GFD Rapazes de Moatize)

“...primeiro ir lá no hospital para fazer análise para saber se aquele tem o corpo bom ou não. Se ele tem SIDA é melhor o quê, usar o preservativo porque lá não pode o quê, transmitir HIV. E também tem sida é preciso ir no hospital ir dar o tratamento... vou te dar 5 medicamentos. Por dia tem que tomar uma, tomar quando comer, seguir esse caminho...” (GFD Rapazes de Angónia)

“Se por exemplo eu tenho, se ir fazer teste ainda não fiquei doente nem, só fui fazer teste nem, acusei. Tenho que tomar comprimidos ainda cedo, para não morrer agora. Tomar comprimidos para não morrer agora. Se a pessoa não sabe aquilo vai-lhe atacar de repente, começa a ficar doente, a pessoa morre” (GFD Raparigas Cidade de Tete)

“Têm HIV, desculpa. Mas o que se quer é só cumprir com o seu cartão. Se os doces acabarem vai receber, é gratuito, vem chupar em casa” (GFD Rapazes de Moatize)

TABELA 11. CONHECIMENTO SOBRE HIV/SIDA

		Global		Mulheres		Homens		P value
		N	%	N	%	N	%	
Já ouviu falar de HIV/SIDA	Sim	1285	99.6	578	99.5	707	99.7	0.663
	Nao	5	0.4	3	0.5	2	0.3	
Como se pode prevenir esta doença (HIV)?	Uso de pilulas	7	0.5	3	0.5	4	0.6	0,001
	Uso do preservativo	1268	96.7	564	94.9	704	98.2	
	Ter único parceiro	270	20.6	146	24.6	124	17.3	
	Abstinência sexual	58	4.4	31	5.2	27	3.8	
	Tratamento tradicional	2	0.2	2	0.3	0	0	
	Tratamento na USs	7	0.5	3	0.5	4	0.6	
	Lavar-se depois das relações sexuais	6	0.5	2	0.3	4	0.6	
Outros	32	2.4	22	3.7	10	1.4		
Alguma vez foi testada/o para HIV?	Sim	768	59.8	369	63.8	399	56.4	0,015
Conhece algum tratamento para pessoas com HIV/SIDA?	Sim	728	56.7	335	58	393	55.6	0.393
Se sim, como se chama (o tratamento de HIV)?	Anti-retrovirais (TARV)	614	46.8	291	49	323	45	0.155
	Antibióticos	3	0.2	1	0.2	2	0.3	
	Comprimidos da unidade sanitária e medicamentos tradicionais	116	8.8	46	7.7	70	9.8	
	Medicamentos tradicional	5	0.4	3	0.5	2	0.3	
	Outros	8	0.6	5	0.8	3	0.4	
Por quanto tempo se toma?	Por toda vida	572	78.6	255	76.1	317	80.7	0,026
	Quando se sente doente	66	9.1	36	10.7	30	7.6	
	Não sei	84	11.5	44	13.1	40	10.2	
	Outro	6	0.8	0	0	6	1.5	
Na sua opinião HIV/SIDA tem cura?	Sim	47	3.7	22	3.8	25	3.5	0.181
	Nao	1064	82.8	489	84.6	575	81.3	
	Não sei	174	13.50	67	11.6	107	15.10	

Ainda nos GFD os participantes referiram que os seus pais e irmãos mais velhos, eram as pessoas a quem iriam recorrer para partilhar o seu sero estado, no caso do teste positivo. Contudo, as opiniões sobre partilhar ou não desta informação com outras pessoas divergiram pelo receio do estigma, apesar de eles próprios sentirem que esta é uma infeção como outra qualquer e que carece de cuidados para que possam viver saudáveis, e que a partilha de informação é também meio de superarem os seus medos relacionados com a infeção.

SESSÃO F - SOBRE GRAVIDEZ NOS ÚLTIMOS 12 MESES

Nesta secção vamos trazer os resultados dos participantes do sexo feminino sobre o conhecimento e experiência em relação a gravidez.

Em relação a experiência das participantes com a gravidez, cerca de 223 (53.7%) reportaram ter estado grávidas. Mais adolescentes do que jovens estiveram grávidas nos últimos 12 meses anteriores ao estudo (tabela 12). Cerca de 98.5% das participantes reportaram ter sido seguidas pela ESMI, de onde, 56.4% foi reportado terem tido nados-vivos e 11.1% em aborto.

TABELA 12. EXPERIÊNCIA COM A GRAVIDEZ

		Idade				Pvalue
		15-19		20-24		
		N	%	N	%	
<u>Alguma vez esteve grávida?</u>	Sim	105	23.1	118	84.3	0.000
<u>Teve alguma informação antes de ficar grávida, sobre como evitar gravidez?</u>	Sim	60	57.1	82	69.5	0.056
<u>Esteve grávida nos últimos 12 meses?</u>	Sim	45	42.9	33	28	0.02
<u>Frequentou a consulta pré-natal (CPN)?</u>	Sim	37	82.2	28	84.8	0.758
<u>Esta última gravidez resultou em?</u>	Parto nado vivo	31	68.9	22	66.7	0.717
	Parto pre-termo	0	0	0	0	
	Parto nado morto	0	0	0	0	
	Aborto	6	13.3	3	9.1	
	Outros (ainda está grávida)	8	17.8	8	24.2	
<u>Gostaria de ter filhos/mais filhos nos próximos 3 anos?</u>	Sim	91	20	50	35.7	0
<u>Que tipo de aborto?</u>	Espontaneo	3	50	3	75	0.571
	Provocado (voluntário)	3	50	1	25	

Das gravidezes ocorridas nos últimos 12 meses, 56.4% não tinham sido planificadas e 12.8% resultaram em aborto, de onde 70% dos casos receberam algum tipo de cuidado, 5 dos quais na unidade sanitária para os cuidados compreensivos de aborto e PF pós-aborto. Destas, 2 participantes referiram que tiveram que pagar pelos cuidados recebidos.

Nos GFD de raparigas assim como de rapazes, a gravidez precoce foi identificada como um problema que afecta principalmente a rapariga. Todos os participantes conheciam pelo menos uma rapariga que tinha tido um filho muito cedo, e estas raparigas eram estigmatizadas no seu bairro/comunidade.

A irresponsabilidade do rapaz e homens adultos foi mencionada como o principal causa da gravidez precoce, cuja consequência desastrosa é vivida pela rapariga, e sua família do caso dos seus progenitores aceitarem esta gravidez. Foram mencionadas consequências de uma gravidez precoce, um estado de sofrimento da rapariga, que vai desde o casamento precoce entre raparigas e homens adultos ou rapazes um pouco mais velhos, isto quando os familiares do rapaz aceitam esta gravidez permitindo desta forma que a rapariga viva com o rapaz em sua casa. O abandono dos estudos e busca de emprego, mas em alguns casos foi mencionado que conheciam raparigas que continuaram com os estudos mas no período nocturno; algumas raparigas são expulsas de casa pelos seus progenitores ou encarregados de educação; consequências físicas na própria rapariga como o aspecto de mulheres mais velha, perda de peso, aspecto “feio ou sujo”, tristeza; falta de cuidados para o bebé, ressentimento em relação a esta mesma criança pelo abandono sofrido e a mudança de vida.

“Quando uma pessoa de 16 anos tem filho provoca problema. A maioria costuma dizer que essa menina aqui é puta, poderia fazer com preservativo isso. Agora já provocou problema” (GFD Rapazes de Angónia)

“Para outras que já têm filhos há outras (não são todas) mas há outras que estão a ter uma boa vida... porque casaram com um homem que já trabalha mas há outras que só foram engravidadas mas os homens não assumiram a gravidez... aí a vida está muito difícil para elas porque para sustentar os filhos é necessário primeiro ter condições ...” (GFD Raparigas de Angónia)

“Tem outras que tem filhos estão a estudar. Ficar em casa sem estudar, aquilo já não é bom. Eu nem, se ter filho nem, começar de novo ir na escola, nem se estudar de noite nem, aquilo de ficar em casa vem aqueles nervos” (GFD Raparigas de Angónia)

“... tem outra menina que gosta homem quando tem dinheiro. Também ele engana que vou casar contigo e quero dormir contigo e dá essa grávida menina e lhe deixa e também menina fica com criança” (GFD Rapazes de Angónia)

“Jovens da nossa idade tem filhos e não estão a conseguir cuidar. Até entregam aos pais. Mulher apanha sobre grávida indesejada, namorado já lhe abandona, desconssegue de cuidar, entrega nas mãos do pai. De verdade acrescentando o número dos filhos. O neto continua a ser filho do pai...” (GFD Rapazes de Moatize)

Foi referida a necessidade do rapaz em se afirmar como homem, e neste caso o facto do rapaz fazer filhos é uma maneira deste mesmo sentir-se homem. Esta prática foi relatada no GFD de rapazes como um evento normal, próprio dos rapazes, contudo sem bases sólidas para após o nascimento, este mesmo sustentar a criança e

cuidar da rapariga. Não obstante a estas práticas do jovem rapaz, os homens adultos foram também referidos como predadores, que apesar de saberem que se trata de uma rapariga e sem experiência de vida envolvem-nas prometendo uma vida melhor, mas deixando-as em situação pior do que já tinham.

“...ele até veio em casa dizendo que epá, estou a namorar. Veio ter comigo e disse eu quero me aprovar se costume nascer ou não. Ele não falou que eu gosto de filho ... ele só disse eu quero aprovar se tenho essa força de nascer, se posso trazer do alguém o mundo. Assim, ele desde esses dias já não está em casa, está na rua, quer apoio de comida, quer descartável não sei o quê hoje em dia. Então, aí é por falta de conhecimento. Procurou filho, não gostou do filho...” (GFD Rapazes de Moatize)

Em relação a intenções futuras de reprodução, todos os participantes referiram que gostariam de ter filhos no futuro, a idade ideal para ter filhos é a partir dos 18 anos de idade pois coincide com o término da 12ª classe. As idades referidas como ideal para as raparigas e rapazes fazerem filhos, divergiam entre os participantes, desde os 18 anos até aos 25 anos, contudo o 18º aniversário era a idade em que este evento poderia acontecer sem problemas. A idade reportada pelos participantes para as raparigas fazerem filhos, era mais cedo do que os rapazes.

“Não há idade para nascer um filho. Outros que têm condições costumam ter filho aos 18 anos, alguns com 25. Isso cabe a cada um se quiser ter filho ou não” (GFD Raparigas de Angónia)

“A mulher tem que ter filho de 19 ano o homem tem que ter filho a 20 a 21” (GFD Rapazes de Angónia)

“Muitas pessoas costumam dizer que alguém tem que ter filho quando completou 18 anos porque, porque aquela pessoa já está madura e pode ter filho de uma boa forma, não duma boa forma sem problema. Mas para mim, não concordo muito com essa ideia porque por exemplo, você terminou a 12ª classe com 18 anos e quer ir a faculdade e vai fazer faculdade de 4 anos. Como você vai fazer? O bom é você primeiro estudar, terminar os seus estudos e depois ter filho” (GFD Rapariga de Angónia)

A necessidade de ter filhos foi relacionado nos rapazes como uma garantia de ajuda para os diferentes trabalhos e multiplicação dos bens existentes; e para as raparigas como parte do seu papel de mulher, o da reprodução, segurança do seu lar (casamento) e proteção para a não estigmatização por parte da sociedade.

“E também há mulheres que não tem filhos é proibido sentar e conversar porque é proibido conversar com outras mulheres que têm filhos...” (GFD Rapariga de Angónia)

“Gostaria de ter filhos para que me ajudar algumas coisas aí em casa. Mandar para o mercado, dizer também faz lá limpeza aqui, é isso” (GFD Rapazes de Moatize).

“Para mim ter filho é bom. Não ter filho não é bom também porque quando tem u filho ajuda a outras actividades em casa, na machamba e as muitas coisas e quele filho ajudas. E também posso dizer assim os filhos quando tem muito dinheiro, esse dinheiro é muito” (GFD Rapazes de Angónia)

“Eu não posso ficar falar que não quero ter filho ou filha, isso não é bom” (GFD Rapariga da Cidade de Tete)

“Um estérico! Ah! Eu sinto pena nem...há pessoas que nascem sem essa possibilidade de fazer filho...que não concebe a mulher e há lares que mandam embora tipo galinha que não põe ovos não vale. Mandam embora a mulher, não dão valor a ela. Sem saber se não é porque ela quer, é porque ela nasceu assim, não tem algo a fazer...” (GFD Rapariga de Angónia)

Não obstante a esta necessidade em procriar, o papel reprodutivo da mulher foi enfatizado como uma premissa para que a mulher tenha valor naquela comunidade, sem que sofra discriminação por parte da comunidade por não poder conceber. Contudo, algumas raparigas referiram que problemas que dificultam a concepção não afectam somente a mulher, mas também o homem, avançando com opções como a procura de ajuda no hospital para o casal, e a adopção. Outras práticas são observadas na comunidade, como a do homem manter relações sexuais, como se fosse um empréstimo, com esposas dos seus amigos ou de familiares para levar o filho para casa no caso de a mulher não poder conceber, e vice-versa.

“E há homens também que não fazem filhos, não é só mulheres. Mas num lar se os dois não fazem filhos correm logo para a mulher tipo a mulher é que não faz filhos sem fazer primeiro um teste para saber quem não faz filhos. Criticam mais as mulheres são vulneráveis a isso” (GFD Raparigas de Angónia)

“Também outro fala assim que não tem filho mas casou, é bom se ter uma amiga ou meu amigo desse que casou tem filho, é bom você me pedir você vai dormir com minha esposa para ter meu filho/ para ter filho” (GFD Rapazes de Angónia)

O aborto é visto como um evento negativo pelas raparigas e rapazes, segundo os mesmos é errado tirar uma gravidez assemelhando-se a tirar a vida de um ser. Descrevem-no como perigoso e associado à morte, causando infertilidade e o procedimento é doloroso; mas também um acto condenado pela comunidade, sendo que as raparigas que fazem aborto, são discriminadas e atribuídas rótulos como vadias e irresponsáveis. Sabem que este é realizado no hospital, assim como também existem curandeiros que fazem este trabalho. Contudo o hospital é o local considerado mais seguro.

“Sim, pode fazer com remédios tradicionais. Aí pode mas pode ficar outra sujidade e isso pode causar outras doenças” (GFD Raparigas Cidade de Tete)

“Outra pessoa vai sim no curandeiro e outra pessoa foram no hospital para tirar aquele grávida. Mas para tirar grávida não é bom. A pessoa pode sair daqui quando a pessoa quer tirar grávida, vai sair daqui ir no hospital para enfermeiro para tirar grávida. Vai mandar tirar grávida mas o problema a pessoa vai tirar grávida e logo vai morrer...” (GFD Rapazes de Angónia)

“Eu sou contra esse acto nem, de aborto porque quando a mulher concebe e aborto corre o risco de que? De se tornar estérica porque ela vai estar todo o momento a abortar, todo o momento abortar e quando ela quiser ter filho ela não vai conseguir...” (GFD Raparigas Angónia)

No grupo de rapazes foi discutida a associação da interrupção da gravidez com a uso do preservativo, pois o conceito de aborto e sua relação com o término de uma provável vida futura, é também visto no presente com o uso do preservativo pois este é também uma potencial vida que é desperdiçada. De modo que os membros do grupo assumiam que ambos eram um crime contra a futura vida.

“... aí com preservativo vamos pôr presente e futuro. Presente, vamos falar, vamos pôr preservativo. Sim, presente agora. Futuro é que você já fez, e do jeito que você fez houve resultado. O resultado é essa grávida. Para dizer que, aquilo que está aí já é uma pessoa. Então você já está a fazer um pecado... um crime. Você está a matar alguém. Nem mesmo com preservativo, sim...hei de tirar grávida mesmo. Se for nesse assunto, preservativo e abortar. Senhora Dabuvi está grávida... nós todos conseguimos ver que está grávida. Se ela tirar nós todos aqui vamos admirar “essa pessoa tinha grávida. Cadê, do que fazer com preservativo. Sim, tudo é crime. Você faz nas escondidas. Ele fez pessoas a ver que está grávida, mas tirou...” (GFD Rapazes de Moatize)

SESSÃO H - AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO E EXPETACTIVAS E QUALIDADE DOS SERVIÇOS

Nesta secção vamos apresentar os resultados dos participantes que procuraram os serviços de saúde sexual e reprodutiva nos centros de saúde. Na secção sobre a avaliação do acesso das unidades sanitárias, foram inquiridos 1308 (99%) dos respondentes que afirmaram ter buscado uma unidade sanitária para cuidados de saúde, na secção C.

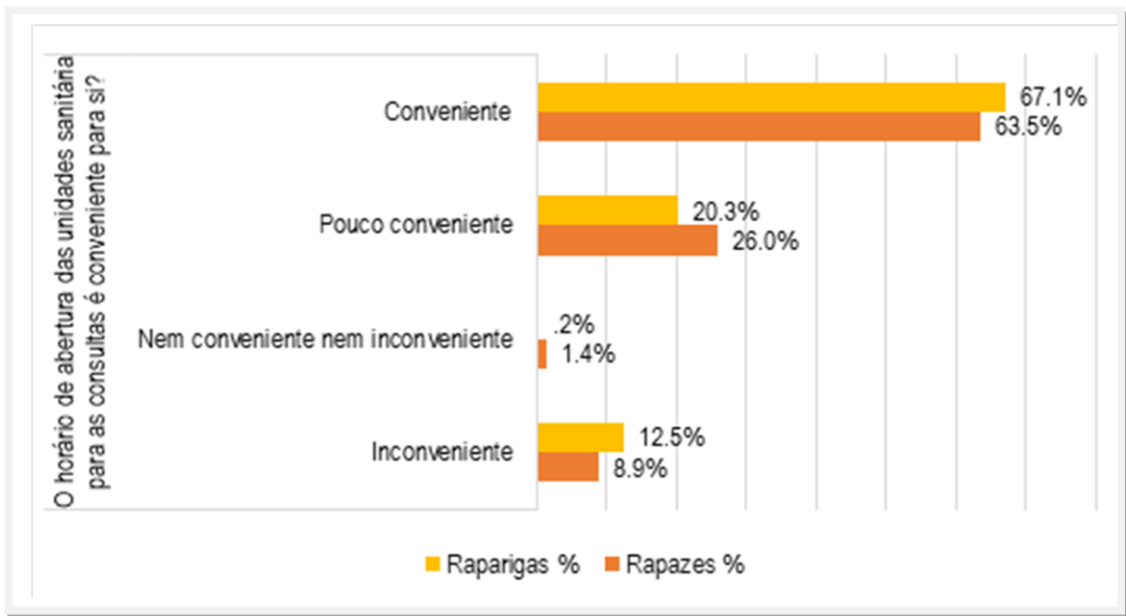
Em relação a experiência com os serviços mais de três quartos dos participantes reportou ter sido bem tratado na última consulta. 62.2% reportou que o provedor fez algum exame durante a consulta, tendo explicado a natureza dos exames antes de serem realizados em 69.3% dos casos e 97.2% reportou ter estado satisfeito a muito satisfeito com a explicação.

TABELA 13. EXPERIÊNCIA COM OS SERVIÇOS DE SSR E SATISFAÇÃO

		Rapazes		Raparigas	
		N	%	N	%
Como foi tratada durante a última consulta?	Muito bem tratada	49	6.8%	66	11.1%
	Bem tratada	587	82.0%	455	76.9%
	Nem mal nem bem tratada	61	8.5%	58	9.8%
	Mal tratada	19	2.7%	13	2.2%
Durante a consulta o provedor fez-lhe algum exame?	Sim	454	63.4%	359	60.6%
Se sim, teve privacidade durante os exames e procedimentos com provedor de saúde?	Sim	400	88.1%	293	81.6%
Se sim, o provedor explicou-lhe sobre os exames antes de serem efectuados?	Sim	273	68.3%	206	70.3%
O provedor incentivou para que você fizesse perguntas?	Sim	104	14.5%	55	9.3%
Se sim, ficou satisfeito com as respostas do provedor?	Muito satisfeita	10	9.6%	3	5.5%
	Satisfeita	90	86.5%	51	92.7%
	Pouco satisfeita	3	2.9%	1	1.8%
	Insatisfeita	1	1.0%	0	0.0%
A sua privacidade foi respeitada?	Respeitada	499	69.7%	420	70.9%
	Pouco respeitada	200	27.9%	154	26.0%
	Nem respeitada nem desrespeitada	13	1.8%	10	1.7%
	Desrespeitada	4	.6%	8	1.4%

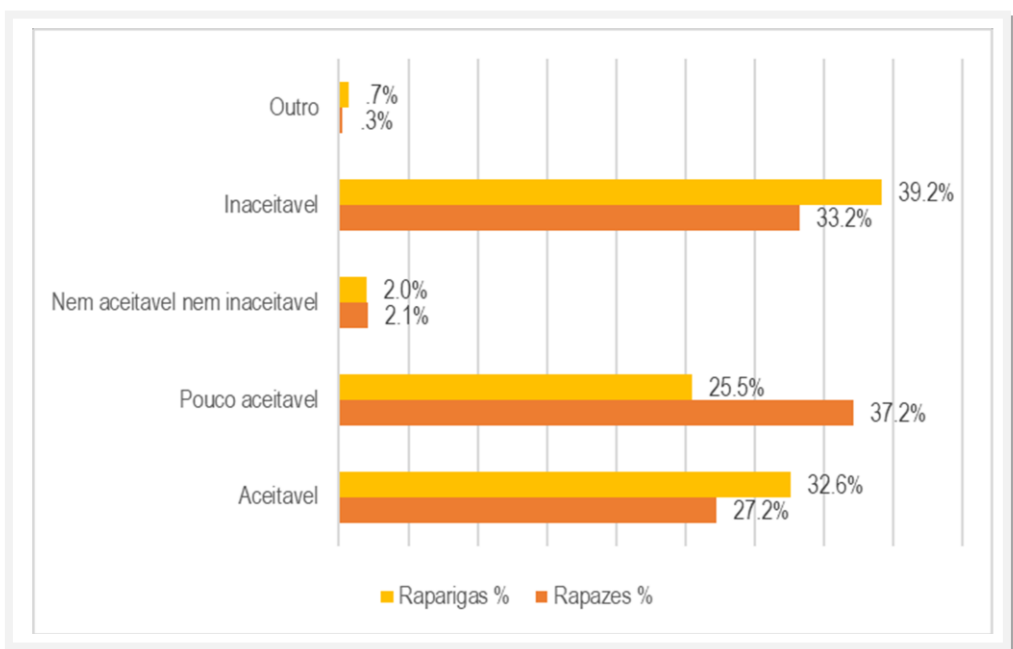
Mais de metade dos respondentes considera o horário das consultas para o jovem e adolescente nas unidades sanitárias conveniente para eles (455 rapazes e 397 raparigas), contudo, para cerca de 23% (186 rapazes e 120 raparigas) o horário é pouco conveniente.

FIGURA 6. CONVENIÊNCIA DO HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA CONSULTA DE SSR



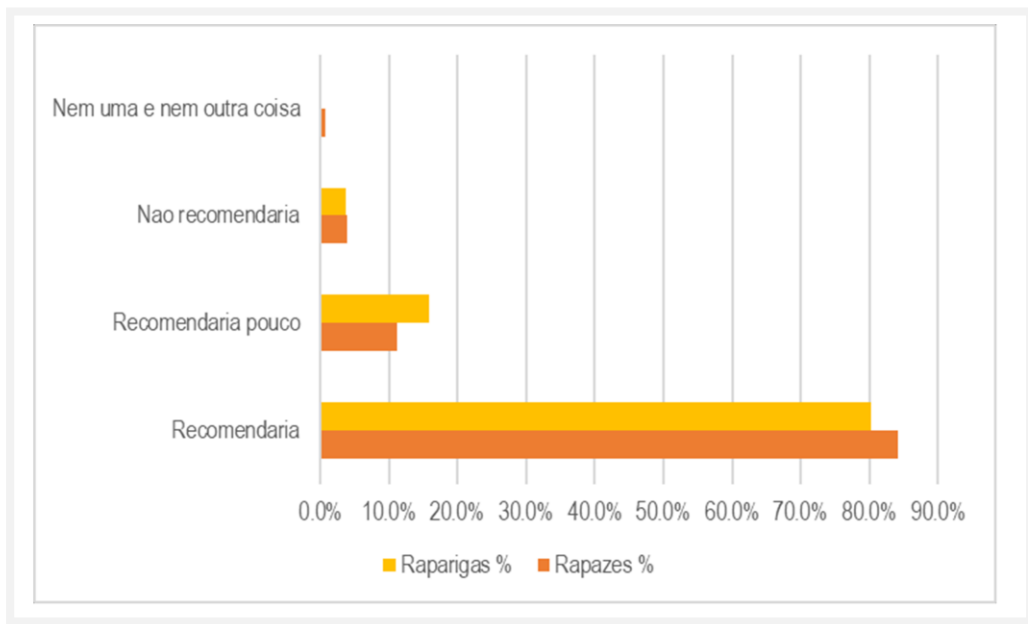
Em relação ao tempo de espera a maior parte dos participantes, reportou como sendo pouco aceitável a inaceitável o tempo de espera para a consulta na unidade sanitária; sendo somente perto de um terço (29.7%) a avaliar como “aceitável o tempo de espera”.

FIGURA 7. AVALIAÇÃO DO TEMPO DE ESPERA ATÉ A CONSULTA DE SSR



Quando perguntados sobre “*que aspectos não tinham gostado na consulta*”, os 4 motivos mais reportados pelas raparigas 374 (63%) assim como pelos rapazes 460 (64.2%) foi ter ficado muito tempo a espera da consulta, seguido de estar com outras pessoas mais velhas na sala de espera; 106 raparigas (17.8%) e 92 rapazes (12.8%), também afirmaram não ter gostado da abordagem do provedor, 74 raparigas (12.5%) e 49 rapazes (6.8), e por fim não ter tido explicação do que pretendia tratar, 82 raparigas (11.4%) e 50 rapazes (8.4%). Contudo 23.4% dos rapazes e 27.1% não tenham nenhum motivo negativo a reportar sobre a sua última consulta de SSR.

FIGURA 8. RECOMENDARIA A CONSULTA DE SSR



SESSÃO V - VIOLÊNCIA BASEADA NO GÊNERO (VBG)

Nesta secção vamos apresentar os resultados dos participantes em relação a VBG. Serão abordadas questões relacionadas com a violência física e sexual e apoio recebido por parte dos serviços competentes.

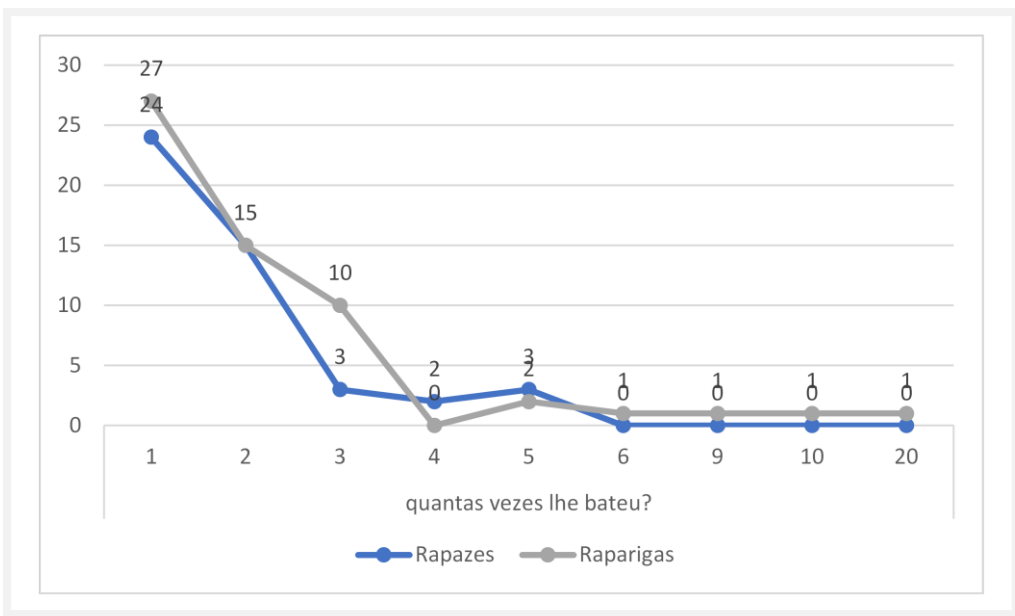
Em relação a violência física mais raparigas (10.3%) do que rapazes (6.7%) reportaram ter sido vítimas de violência física nos últimos 12 meses anteriores ao estudo, sendo que a proporção reportada relacionada com o sexo. Em relação as 3 maiores actores de violência nos participantes, as raparigas reportaram os perpetradores como sendo os seus parceiros (maridos/namorados), seguidos dos seus pais/mãe e irmã(os). Os outros actores, apesar de serem a terceira fonte de violência neste grupo, eles são de diferentes origens, dentre eles os tios(as), ex-maridos, avó, colega, professor, padrasto; enquanto que os rapazes tendo sido vítimas de violência perpetradas por amigos(as), seguidos dos seus pais/mães e por uma pessoa desconhecida.

TABELA 14. EXPERIÊNCIA DOS RAPAZES E RAPARIGAS RELACIONADA COM A VIOLÊNCIA FÍSICA

		Rapazes		Raparigas		Pvalue
		N	%	N	%	
Nos últimos 12 meses alguém o bateu/ espancou ou o chutou?	Sim	48	6.7	61	10.3	0.037
	Não	665	92.7	532	89.6	
	Não sei	2	.3	1	.2	
	Recusou responder	2	.3	0	0	
	Subtotal	717	100	594	100	
Quem foi a pessoa que o bateu/ espancou ou o chutou?	Nãoconheço a pessoa	7	14.6	1	1.6%	.000
	Amigo (a)	19	39.6	4	6.6	
	Pai/Mãe	12	25.0	16	26.2	
	Irmã/irmão	3	6.3	7	11.5	
	Marido/namorado/Parceiro	1	2.1	22	36.1	
	Outro	5	10.4	11	18	
	Recusou responder	1	2.1	0	0	
Subtotal	48	100	61	100		

Raparigas e rapazes reportaram ter sofrido violência física (espancamento ou pontapés) múltiplas vezes. Para violência física, como espancamento ou chutes, 44.3% das raparigas reportaram ter sofrido uma vez, enquanto metade (50%) dos rapazes reportaram ter sofrido uma vez. Seguidos dos que reportaram ter tido duas vezes este tipo de violência (24.6% das raparigas e 31.3% dos rapazes), diminuindo a proporção para três vezes (16.4% raparigas e 6.3% rapazes), continuando os rapazes a reportar episódios deste tipo de violência física até cinco vezes, enquanto que as raparigas até 20 vezes.

FIGURA 10. NÚMERO DE EPISÓDIO DE VIOLÊNCIA FÍSICA (ESPANCAMENTO E PONTAPÉS) SOFRIDOS



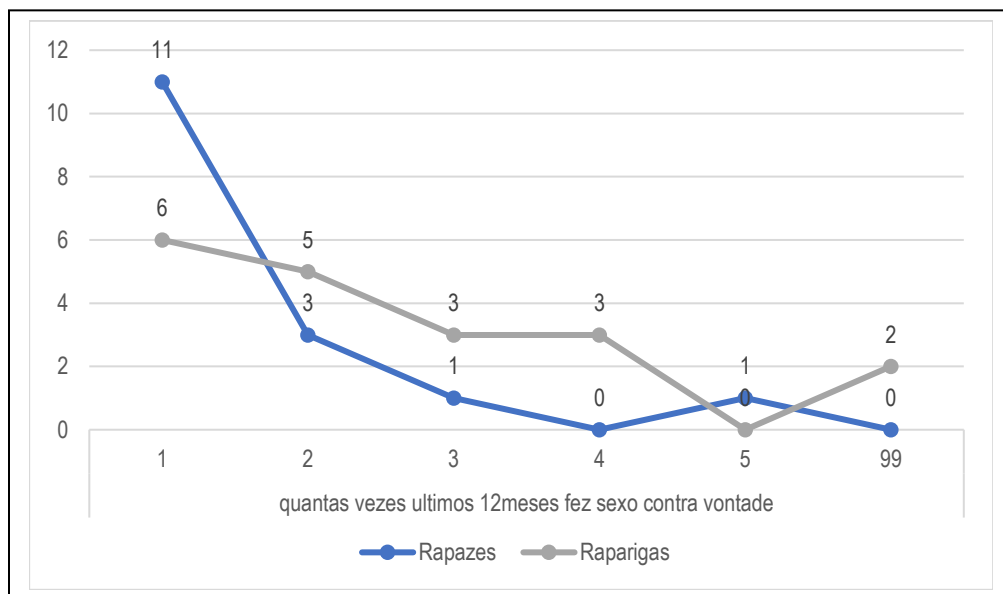
Em relação a violência sexual mais raparigas (9.5%) do que rapazes (4.2%) relataram ter tido experiência de violência sexual no decurso da sua vida, sendo que nos últimos 12 meses ao estudo 69.6% nos rapazes e 46.3% nas raparigas.

TABELA 15. EXPERIÊNCIA DOS RAPAZES E RAPARIGAS COM VIOLÊNCIA SEXUAL

		Rapazes		Raparigas		P value
		N	%	N	%	
Alguma vez foi forçada a manter relações sexuais contra a sua vontade?	Sim	23	4.2%	41	9.5%	0.001
	Não	519	95.8%	390	90.1%	
	Não sei	0	0.0%	0	0.0%	
	Recusou responder	0	0.0%	2	.5%	
Nos últimos 12 meses teve relações sexuais contra a sua vontade?	Sim	16	69.6%	19	46.3%	0.073
	Não	7	30.4%	22	53.7%	
	Não sei	0	0.0%	0	0.0%	
	Recusou responder	0	0.0%	0	0.0%	
Quem foi a pessoa que o(a) forçou a manter relações sexuais?	Não conheço a pessoa	0	0.0%	1	2.4%	0.000
	Amigo (a)	11	47.8%	1	2.4%	
	Pai/Mãe	0	0.0%	0	0.0%	
	Irmã/irmão	0	0.0%	2	4.9%	
	Marido/namorado/Parceiro	9	39.1%	29	70.7%	
	Outro	3	13.0%	8	19.5%	
	Recusou responder	0	0.0%	0	0.0%	
A pessoa usou o preservativo durante a relação sexual forçada	Sim	17	73.9%	19	46.3%	
	Não	6	26.1%	22	53.7%	
	Não sei	0	0.0%	0	0.0%	

A maior parte das raparigas reportaram que a violência sexual foi perpetrada pelo parceiro (namorado ou marido), seguidos de outros (ex-maridos, vizinhos, padrasto, primo, professor e conhecido), irmãos/irmãs, amigos e pessoas desconhecidas; enquanto que nos rapazes foi reportado amigos/as, seguido de parceiros (namorada/esposa) e outros (ex-namorada e vizinha). A rapariga tem mais fontes de exposição a diferentes tipos de perpetradores de violência sexual do que rapazes, existindo uma associação entre o tipo de perpetrador com sexo. Enquanto que as raparigas estão mais expostas a sofrerem violência sexual pelo parceiro íntimo, os rapazes por sua vez pelas amigas/os seguido da violência perpetrada pelo parceiro íntimo.

FIGURA 11. NÚMERO DE EPISÓDIOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL ENTRE RAPARIGAS E RAPAZES



Igualmente, raparigas e rapazes reportaram sofrer múltiplos episódios de violência sexual, contudo, as raparigas mencionaram sofrer até 5 vezes episódios de violência sexual e os rapazes até 3 vezes. A maior parte das raparigas (31.6%) e rapazes (68.8%) relatou sofrer um episódio, seguidos de dois episódios 26.3% raparigas e 18.8% rapazes, até 5 episódios (6.3%) reportado por um (1) rapaz; e para as raparigas até 4 episódios de violência sexual (15.8%), contudo, 2 (10.5%) raparigas não se lembravam de quantas vezes tinham sofrido este tipo de violência.

SESSÃO I - AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO, ESPETACTIVAS INDIVIDUAIS E USO DE DROGAS E ALCOOL

Nesta secção vamos apresentar os resultados dos participantes em relação a satisfação dos respondentes em relação a si próprio e suas expectativas, assim como o uso de álcool e drogas.

Em relação a satisfação consigo próprio a maior parte dos participantes, rapazes e raparigas, reportou que a afirmação “está satisfeito consigo próprio” como sendo aceitável, seguido de pouco aceitável, não havendo diferenças entre o sexo. Quando perguntados sobre “o que gostaria de mudar” em si próprio mais de um terço dos rapazes afirmou querer mudar a maneira de ser, seguidos os que não queriam mudar nada; enquanto que para as meninas, a maioria afirmou não querer mudar nada, seguido das que afirmaram querer mudar a maneira de ser, sendo que as diferenças no *físico*, na *maneira de ser* e *outro* estão relacionadas com o sexo.

Em relação a satisfação com o apoio emocional recebido (em quantidade e qualidade), ambos grupo, em sua maioria, afirmaram receber este apoio, sendo o mesmo independente do sexo.

TABELA 16. SATISFAÇÃO DAS RAPARIGAS E RAPAZES CONSIGO PRÓPRIOS

		Rapazes		Raparigas		P Value
		N	%	N	%	
<u>Você está satisfeito (a) consigo próprio?</u>	Aceitável	528	73.6%	446	75.1%	0.588
	Pouco aceitável	177	24.7%	138	23.2%	
	Nem aceitável nem inaceitável	4	.6%	1	.2%	
	Inaceitável	8	1.1%	9	1.5%	
	Outro	0	0.0%	0	0.0%	
	Subtotal	717	100.0%	594	100.0%	
<u>O que gostaria de mudar?</u>	Cara	28	3.9%	29	4.9%	0.388
	Peso	46	6.4%	41	6.9%	0.725
	Maneira de ser	325	45.3%	210	35.4%	0.000
	O físico	70	9.8%	30	5.1%	0.001
	Nada	269	37.5%	293	49.3%	
	Outro	33	4.6%	32	5.4%	0.000
<u>Acha que recebe o apoio emocional de que necessita, em qualidade e quantidade, de alguém?</u>	Nao	101	14.1%	68	11.4%	0.327
	Mais ou menos	18	2.5%	13	2.2%	
	Sim	598	83.4%	513	86.4%	
	Subtotal	717	100.0%	594	100.0%	

Em relação ao consumo de álcool cerca de três quartos das raparigas e menos que a mesma proporção nos rapazes reportou que nunca tinham bebido, sendo este facto relacionado com sexo. Dos que nunca tinham bebido, reportaram causas intrínsecas, desde o paladar “que não apreciavam o gosto”, o facto de fazer mal a

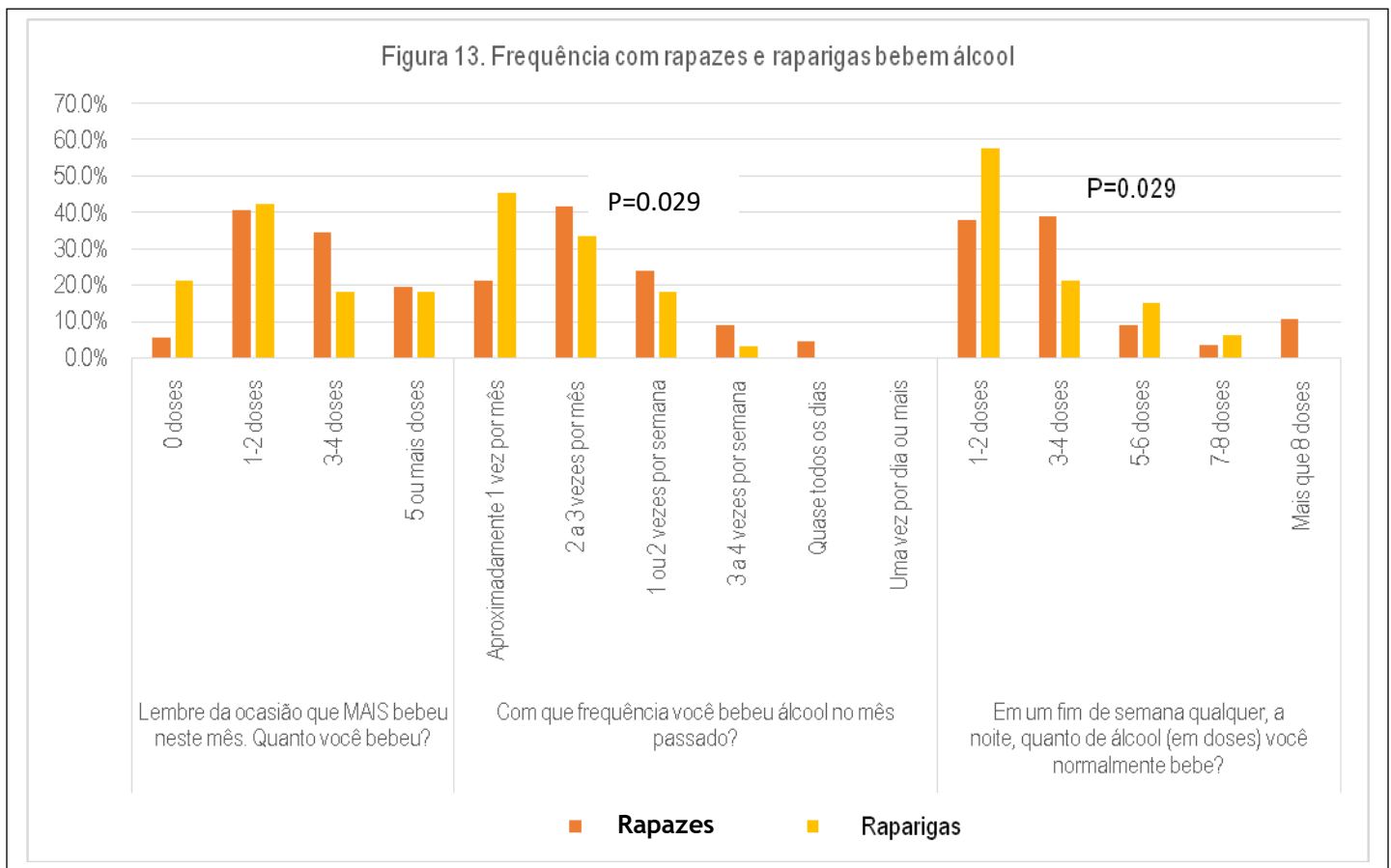
saúde e de não terem motivos para beber, até mesmo sentirem que não tinham idade ou mesmo de não sentirem vontade para o fazer.

TABELA 17. CONSUMO DE ÁLCOOL NAS RAPARIGAS E RAPAZES

	Rapazes		Raparigas		P Value
	N	%	N	%	
-					
-					
	Sim	263 36.7	149 25.1		0.000
	Subtotal	717 100	594 100		
<u>Se não bebe, qual a razão para você não beber?</u>	Tem alguém na família com problema com álcool	10 1.4	10 1.7		
	Não tive vontade em nenhuma ocasião	151 21.1	102 17.2		0.076
	Para cumprir com as minhas responsabilidades	34 4.7	30 5.1		
	Religião	70 9.8	56 9.4		
	Não me interessa/ não aprecio o gosto	228 31.8	274 46.1		0.000
	Meus pais não deixam	45 6.3	55 9.3		
	Não tenho idade	103 14.4	118 19.9		0.008
	Faz mal para a saúde	134 18.7	135 22.7		0.071
	É muito caro	8 1.1	6 1		
	Prejudicaria minhas actividades	69 9.6	47 7.9		
	Medo de ter problemas com o álcool/ alcoólatra	32 4.5	15 2.5		
	Não tenho motivos para beber	106 14.8	128 21.5		0.001
	Outros	3 0.4	2 0.3		
<u>Durante os últimos 12 meses você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?</u>	Nunca	73 64.6	25 75.8		
	Menos que mensalmente	13 11.5	5 15.2		
	Mensalmente	8 7.1	0 0		0.179
	Semanalmente	15 13.3	1 3		
	Diariamente ou quase diariamente	4 3.5	2 6.1		
<u>Durante o ano passado você sentiu-se culpado ou com remorso depois de beber?</u>	Nunca	84 74.3	30 90.9		
	Menos que mensalmente	9 8	1 3		
	Mensalmente	7 6.2	0 0		
	Semanalmente	10 8.8	2 6.1		
	Diariamente ou quase diariamente	3 2.7	0 0		
<u>Parentes, amigos, médicos ou outro profissional sugeriu-lhe parar de beber?</u>	Não	49 43.4	18 54.5		
	Sim	64 56.6	15 45.5		0.257

Sobre a frequência com que bebem quando perguntados “da ocasião que mais bebeu neste mês, quanto você bebeu” 46 (40.7%) dos rapazes e 14 (42.4%) das raparigas tinha bebido 1 a 2 doses, seguido dos que tinham bebido 3-4 doses, 39 (34.5%) rapazes e 6 (18.2%) raparigas, e dos que tinham bebido 5 ou mais doses, 22 (19.2%) rapazes e 6 (18.2%) raparigas.

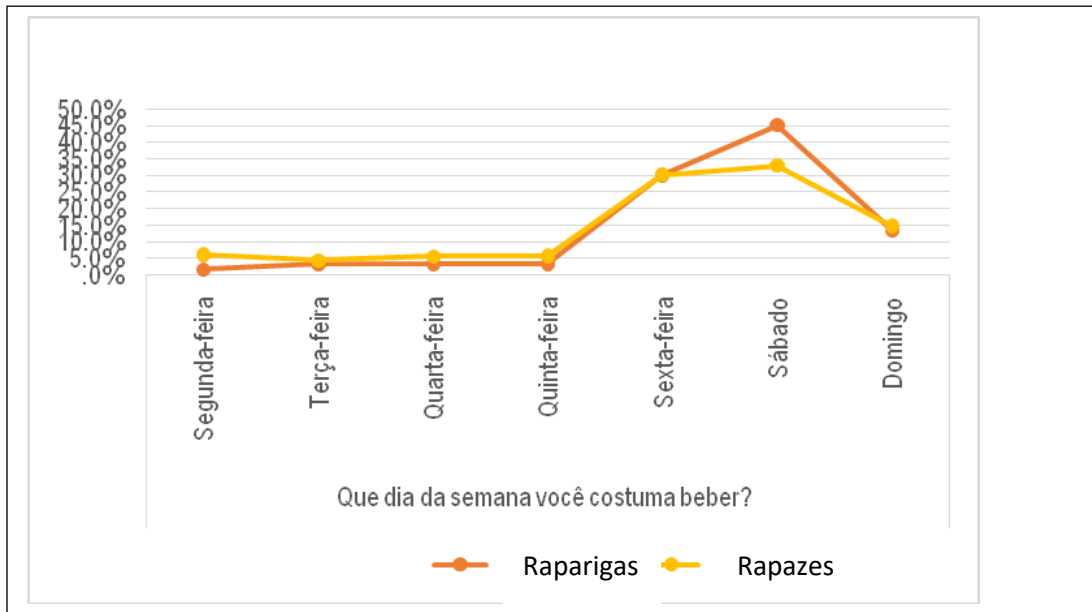
FIGURA 12. FREQUÊNCIA COM QUE RAPAZES E RAPARIGAS CONSOMEM ÁLCOOL



Quando perguntados sobre “a frequência do seu consumo de bebida alcoólica nos últimos 12 meses” a maior parte dos rapazes, 43 (38.1%) reportaram beber 2 à 4 vezes por mês, enquanto que a maior parte das raparigas 14 (42.4%) reportou beber “<2 vezes por mês”; seguidos dos que reportaram, rapazes, beber 2 a 3 vezes por semana 24 (21.2%) e “<2 vezes por mês” 23 (20.4%). As raparigas por sua vez, seguem-se as que reportaram beber 2 a 4 vezes por mês 11 (33%) e das que bebem 2 a 3 vezes por semana 5 (15.2%), não havendo diferenças entre o consumo de bebida alcoólica entre rapazes e raparigas nos últimos 12 meses.

Com relação com o período do dia e da semana com que os respondentes mais bebem álcool, a maior parte dos rapazes 52 (46%) prefere beber à noite, seguidos dos que não tem um período preferencial 36 (31.9%), seguidos dos que preferem beber de tarde 22 (19.5); enquanto que a maior parte raparigas nas tardes 16 (48.5%), seguidas das que preferem beber à noite 13 (39.4%). Em relação ao dia da semana, tanto os rapazes 96 (33%), assim como as raparigas 27(45%) preferem beber no sábado, seguido das sextas-feiras para ambos sexos.

TABELA 13. DIA DA SEMANA EM QUE RAPAZES E RAPARIGA CONSOMEM ÁLCOOL



Com relação ao comportamento de grupo os respondentes reportaram que os seus amigos consomem em sua maioria bebidas alcoólicas, ficando bêbados pelo menos uma vez por semana, seguidos dos que consumiam cigarros estando este comportamento de grupo associado ao sexo $P=0.000$ (tabela 18). O uso de outro tipo de drogas que não referidas na tabela abaixo é mais consumida em rapazes do que raparigas.

TABELA 18. CONSUMO DE ALCOOL E DROGAS NOS RAPAZES E RAPARIGAS

		Rapazes		Raparigas		P Value
		N	%	N	%	
<u>você acha que os seus amigos?</u>	Fumam cigarros	61	27.1%	9	17.6%	0.000
	Fumam Suruma	43	19.1%	5	9.8%	0.000
	Usam tranquilizantes	0	0.0%	1	2.0%	
	Usam ecstasy	1	.4%	0	0.0%	
	Bebem (bebidas alcoólicas)	71	31.6%	24	47.1%	0.000
	Ficam bêbados pelo menos uma vez por semana	49	21.8%	12	23.5%	0.000
	Subtotal	225	100.0%	51	100.0%	
<u>Você já usou outro tipo de drogas?</u>	Sim	44	38.9%	4	12.1%	0.004
	Nao	69	61.1%	29	87.9%	
	Subtotal	113	100.0%	33	100.0%	

4.DISSCUSSÃO

Perfil dos adolescentes usuários e não usuários dos serviços de SSR na província de Tete

A maioria dos adolescentes e jovens que fizeram parte do estudo (99%) usam os serviços de SSR, de onde somente 26% tem acesso ao SAAJ. Contudo a maioria (59.6%) tem acesso aos mesmos serviços através da consulta do adulto, (13.3%) triagem, consulta de pediatria (5.4%), CPN (4.9%) e cerca de 1% consultas de PF, TARV e cantos escolares. Somente 1% é que não frequenta as consultas de SSR em nenhum local do SNS e sua extensão.

Características demográficas e sociais

Cerca de 67,1% dos participantes estavam a frequentar a escola no momento de estudo, mais rapazes do que raparigas, e a oitava classe é a classe mais frequentada por ambos sexos, não existindo diferenças entre o nível de escolaridade entre rapazes e raparigas. Mais raparigas encontravam-se casadas ou em união de facto (13%) em maior proporção do que os rapazes (3.1%); e não menos importante é o facto de mais raparigas encontravam-se desempregadas no momento do estudo que os rapazes.

Em relação aos meios de comunicação, mais de metade dos participantes possuem um telemóvel, a maioria na cidade de Tete (62.2%), seguido do distrito de Angónia (57.7%) e (50.2%) distrito de Moatize. Os participantes de Angónia tinham menos acesso a bens como a televisão, vídeo cassete/DVD, computador, internet.

Em termos de meios circulantes (bicicleta, mota e carro) menos que a metade dos participantes não tem acesso a estes bens, contudo a bicicleta é um dos meios circulantes mais usado nos distritos de Moatize e Angónia, e a motorizada é mais usada em Moatize e Tete.

Em relação aos meios para a conservação dos alimentos foi reportado o congelador como o meio que as famílias mais possuem nos três distritos de estudo, contudo, acima de 50% nos distritos da Cidade de Tete e Moatize, pouco mais de um terço no distrito de Angónia.

Acesso e tomada de decisão para ir a US

Para frequentar os serviços de saúde, metade da população feminina (49.2%) do estudo deve pedir autorização aos seus pais seguidos dos seus parceiros/esposos, sempre ou na maioria das vezes; diferentemente dos rapazes, de onde um terço (34.6%) necessita de autorização sempre ou na maioria das vezes, dos seus pais seguidos dos seus irmãos/cunhados.

Somente um terço dos participantes do sexo feminino assim como masculino, reportou que os seus familiares sabem da existência do serviço de saúde específico para o adolescente e jovem. A outra parte reportou que o familiar não tem o conhecimento ou não sabem se o seu familiar tem o conhecimento da existência desses serviços específicos para a sua faixa etária. E cerca de metade dos participantes não sabem se os seus familiares acham importante de serviços de saúde dedicados para jovem e adolescentes.

Conhecimento e exercício da sexualidade e reprodução

A maioria dos adolescentes e jovens já tinha iniciado as relações sexuais (74.4%) e este facto não é relacionado com o sexo, e tem como confidentes em primeiro lugar os seus amigos(as) seguidos de seus irmãos e irmãs. Entre os participantes o conhecimento sobre o PF “Já ouviu falar de PF” e se conhece os métodos de contracepção é alto no grupo de estudo, 99.5% para rapazes e 99.3% raparigas; e os três métodos mais conhecidos são o preservativo masculino (88.2%) mais conhecidos pelos rapazes do que raparigas; pílula (64.1%) e depo (51.4%) e implantes (38.3%) estes mais conhecidos pelas raparigas do que pelos rapazes.

Embora cerca de 99% dos participantes conheça pelos menos um método de contracepção, e cerca de 74.4% tenham reportado ter iniciado as relações sexuais, o uso actual é de 46.3% nas raparigas e 74% nos rapazes, de onde 27% dos rapazes e 21.2% das raparigas reportaram não usar com frequência (as vezes) os métodos.

Igualmente, em relação ao conhecimento sobre ITS e HIV/SIDA “já ouviu falar sobre” era alto, 98.4% e 99%, respectivamente. As mais conhecidas pelos participantes são em primeiro lugar o HIV e depois a Gonorreia.

Em relação a experiência das participantes com a gravidez, cerca de metade da população feminina já tinha tido estado grávida, e destas, nos últimos 12 meses anteriores ao estudo 42.9% são adolescentes e 28% jovens, de onde 57% adolescentes e jovens 69.5% teve acesso a informação antes de engravidar.

Satisfação pessoal, experiência com VBG, álcool e drogas

Em relação a satisfação consigo próprio a maior parte dos participantes, rapazes (73.6%) e raparigas (75.1%), reportou que a afirmação “está satisfeito consigo próprio” como sendo aceitável, não havendo diferenças entre o sexo. Quando perguntados sobre “o que gostaria de mudar” os rapazes afirmaram querer mudar a maneira de ser (45.3%), seguidos os que não queriam mudar nada (37.5%); enquanto que para as meninas, a maioria afirmou não querer mudar nada (49.3%), seguido das que afirmaram querer mudar a maneira de ser (35.4%), sendo que estas diferenças relacionadas com o sexo

Em relação a violência física mais raparigas (10.3%) do que rapazes (6.7%) reportaram ter sido vítimas de violência física nos últimos 12 meses anteriores ao estudo. As raparigas reportaram como sendo as três primeiras fontes de violência os seus parceiros íntimos (36.1%), seguidos dos seus pais/mãe (26.2%) e irmãos (11.5%); enquanto que os rapazes tendo sido vítimas de violência por parte de amigos (39.6%), seguidos dos seus pais (25%) e por uma pessoa desconhecida (14.6%). Sendo que os episódios de violência são mais repetidos sobre as raparigas do que sobre os rapazes.

Em relação a violência sexual uma maior proporção de raparigas (9.5%) do que rapazes (4.2%) relataram ter tido experiência de violência sexual no decurso da sua vida, sendo que nos últimos 12 meses ao estudo 69.6% nos rapazes e 46.3% nas raparigas. A maior parte das raparigas reportaram que a violência sexual foi perpetrada pelo parceiro íntimo (70.7%), seguido de outros 19.5% (ex-maridos, vizinhos, padrasto, primo, professor e um conhecido), irmãos (4.9%), amigos e pessoas desconhecidas; enquanto que nos rapazes foi reportado amigos (47.8%), seguido de parceiros íntimo (39.1%) e outros 13% (ex-namorada e vizinha). A rapariga tem mais fontes de exposição a diferentes tipos de perpetradores de violência sexual do que rapazes, existindo uma associação entre o tipo de perpetrador com sexo. Enquanto que as raparigas estão mais expostas a sofrerem violência sexual pelo parceiro íntimo, os rapazes por sua vez pelas amigas/os seguido da violência perpetrada pelo parceiro íntimo. Ambos reportaram sofrer múltiplos episódios de violência sexual, contudo as raparigas reportaram sofrer até 1.67 vezes mais episódios de violência sexual do que os rapazes.

Em relação ao consumo de álcool a maioria reportou nunca ter bebido álcool, 63.3% rapazes e 74.9% raparigas, e os factores impulsionadores estavam ligados a causas intrínsecas, desde o paladar “que não apreciavam o

gosto”, o facto de fazer mal a saúde e de não terem motivos para beber, até mesmo sentirem que não tinham idade ou mesmo de não sentirem vontade para o fazer. Dos que bebiam, a maior parte dos rapazes 38.1% reportaram beber 2 à 4 vezes por mês, enquanto que a maior parte das raparigas 42.4% reportou beber menos que 2 vezes por mês, no período da noite (46%) ou não tendo um período preferencial (31.9%) para os rapazes, enquanto que a raparigas, a maior parte reportando o período da tarde (48.5%) e a noite (39.4%), aos sábados e nas sextas-feiras.

Percepção sobre a disponibilidade, acesso e barreiras para os cuidados de SSR em adolescentes e jovens

Conhecimento e distribuição do SAAJ específico ou integrado

Apesar de 99.9% dos rapazes e 99.7% das raparigas participantes de estudo ter reportado alguma vez ter visitado uma unidade de saúde, 23.9% dos rapazes e 16.2% das raparigas não buscava uma unidade sanitária quando se encontrava incomodado. Destes, mais de metade dos participantes, tanto rapazes (55.4%) como raparigas (51.9%) nunca tinham ouvido falar do SAAJ.

Somente 22.1% dos rapazes e 24.8% das raparigas reportou que a sua unidade sanitária tinha o SAAJ. Mais de metade dos participantes, de ambos sexos não sabia se a sua unidade sanitária tinha ou não este serviço. Em relação ao acesso (“como chegar” se é fácil ou não chegar ao SAAJ”) a este serviço a maior parte os rapazes reportou não saber como chegar ao SAAJ (33.1%), seguidos dos que reportaram “acesso fácil” (29.1%), não fácil (19.3%) e do razoável (14.5%). Em relação as raparigas, a maior parte reportou que o acesso era fácil (34.3%), seguidas das que reportaram “não fácil” (24%), razoável (17%) e das que não sabiam como aceder aos serviços (19.8%). De uma forma geral, 66.8%, de rapazes e 60.8% raparigas enfrentam barreiras que limita o acesso aos cuidados de SSR na unidade sanitária.

Cerca de três quartos dos participantes (74%) nunca tinham usado um SAAJ para os cuidados de SSR; mais rapazes (75.7%) do que raparigas (72%) (P value 0.000). A maior parte dos adolescentes e jovens não usa o SAAJ, mais rapazes do que raparigas, por aspectos relacionados com a falta de conhecimento e preconceito pelo facto de estarem na USs.

A informação e conhecimento sobre SSR

Para o início da vida sexual, o estudo revelou que somente 47.4% dos participantes recebeu algum tipo de informação, os rapazes em maior proporção do que as raparigas.

Acima de 90% dos participantes já tinham ouvido falar de contraceção e métodos de contraceção, contudo este é mais alto nas raparigas do que nos rapazes. Embora 74.4% dos participantes reportou ter iniciado as relações sexuais, somente 46.3% das raparigas e 74% dos rapazes estavam a usar algum método de contraceção no momento de estudo. Os métodos mais usados pelas raparigas são a Depo (34%) e a Pílula (25.5%), seguido do preservativo masculino (24.6%); e para os rapazes o preservativo masculino (61.9%), reportando também que as suas parceiras usam a pílula (6.6%) e a Depo (4.2%).

Igualmente, o conhecimento sobre “já ouviu falar” ITs (98.4%) e HIV/SIDA (96.6%) era alto entre os participantes, dentre as ITs, a parte do HIV/SIDA (97.2%) a Gonorreia (58.3%) é a que um pouco mais de metade dos jovens e adolescentes do estudo conheciam, para as outras ITS o conhecimento esteve abaixo de um terço dos participantes (Condiloma, Candidíase, tricomoníase e corrimento com cheiro podre) e os sintomas ou sinais foram reportados em até cerca de 50% dos participantes. Quando perguntados como é que se podia prevenir, mais de três quartos referiu o preservativo como o maior método de prevenção, tendo sido mais

reportado pelos rapazes. E o segundo método de prevenção, “o parceiro único” (20.6%), sendo referido mais pelas raparigas do que pelos rapazes. Um pouco mais que a metade dos participantes já tinha feito o teste do HIV, 59.8% raparigas e 56.4% rapazes, de onde 46.8% tinha o conhecimento correcto sobre o tipo de tratamento para o HIV.

Em relação a PTV, 63.3% tem o conhecimento em relação a transmissão do vírus do HIV da mulher grávida para o seu bebé, sendo demonstrada a diferença entre o conhecimento de raparigas e rapazes. No entanto, mais rapazes do que raparigas, reportou “não saber” se esta infecção poderia acontecer. Sobre como é que esta infecção se transmitia, menos de metade dos participantes responderam correctamente nas diferentes vias de transmissão. Contudo, as raparigas revelaram ter mais conhecimento do que os rapazes. E sobre a prevenção deste tipo de infecção, somente perto de metade é que reportou “sim, que é possível prevenir”, 45% não sabia e a outra parte afirmou que “não” se podia prevenir.

Poder de decisão para busca e utilização de serviços/contracepção

A maior parte dos participantes, embora em muito menor proporção nos rapazes do que nas raparigas, necessitava de autorização dos seus cuidadores, esposos, irmãos e irmãs, tios e tias, avôs e sogras para ir à unidade sanitária; e o número de tomadores de decisão para a busca de cuidados de saúde é maior nas raparigas do que nos rapazes.

Somente um terço dos participantes do sexo feminino assim como masculino, reportou que os seus familiares sabem da existência do serviço de saúde específico para o adolescente e jovem, não existindo diferenças entre rapazes e raparigas. A outra parte reportou que a família não tem o conhecimento ou não sabem se o seu familiar tem o conhecimento da existência desses serviços específicos para a sua faixa etária. Não menos importante, é facto de cerca de metade dos participantes rapazes e raparigas não saberem se os seus familiares acham importante os serviços de saúde dedicados para jovem e adolescentes, não havendo diferenças entre o sexo.

Fraco diálogo entre o adolescente e jovem com os seus progenitores/educadores

Apesar da maioria dos adolescente e jovens participantes no estudo necessitarem de ser autorizados pelos seus cuidadores e parceiros, no caso das raparigas, somente um dos participantes reportou que estas figuras sabiam da existência deste serviço específico para este grupo, e mais ainda, metade não sabia se estas figuras achavam este serviço de saúde importante para os mesmo. Facto este indicativo da falta de informação sobre SSR e direitos de SSR por parte dos seus cuidadores, e também indicativo de uma falta de diálogo entre as gerações. Este constitui uma barreira, mas também num factor que limita o adolescente para a busca de cuidados de saúde sexual e reprodutiva.

A disponibilidade dos serviços

Das adolescentes e jovens que reportarem ter estado grávidas, acima de três quartos fizeram a consulta do pré-natal e quase todas as participantes foram seguidas por uma ESMI e as restantes por um médico.

Em relação a contracepção, a maior parte dos rapazes obtém o seu método de prevenção nos mercados e na unidade sanitária/hospital, enquanto que nas raparigas a maior fonte é o hospital. Fontes como a escola, farmácias e SAAJ que poderiam ser locais para não somente a entrega do produto, mas também de informação e educação são pouco buscados por este grupo. Aliado ao facto de muitos participantes obterem o seu método

contraceptivo fora da unidade sanitária, principalmente os rapazes, estes reportaram pagar para obter o contraceptivo, 47.5% rapazes e 27.4% raparigas, este facto pode constituir-se numa barreira para o uso dos métodos.

Expectativa e satisfação em relação ao serviço de SSR recebido pelo adolescente e jovem

Os participantes que usam o SAAJ fizeram uma avaliação “boa” do serviço que receberam, tendo sido bem tratados na sua maioria e reportaram também que o provedor fez algum tipo de exame, do qual receberam uma explicação antes do procedimento (69%) e a sua maioria estiveram satisfeitos com a explicação. Entretanto cerca de 40% dos adolescentes que fizeram algum tipo de exame não tiveram nenhum tipo de explicação antes do procedimento, e há poucos participantes foi incentivado fazerem perguntas (14.5%) nos rapazes e 9.3% nas raparigas.

Factores de satisfação como a privacidade, é um elemento a ser levado em conta, pois de novo apesar da maioria dos participantes ter sentido a sua privacidade respeitada, 30.3% dos rapazes e 29.1% das raparigas sentiu que este aspecto foi pouco respeitado até mesmo desrespeitada.

Igualmente, apesar da maioria dos participantes estar satisfeito com o horário de abertura das consultas para o adolescente e jovem, 33% das raparigas e 36.3% para rapazes considera este horário pouco conveniente à inconveniente.

O tempo de espera foi igualmente referido como pouco aceitável à inaceitável pelos rapazes (72.5%) e raparigas (66.7%), tendo sido este também reportado um dos primeiros factores de insatisfação da consulta de SSR pelos adolescentes e jovens, tanto rapazes como pelas raparigas. Outras questões como o facto dos adolescentes estarem com adultos nas salas de espera é também factor de insatisfação dos mesmos, assim como a abordagem do provedor na comunicação deste a recepção até a explicação das suas preocupações.

Percepção de risco em termos de SSR dos adolescentes e jovens

O estudo revela que a percepção de risco de contrair a gravidez indesejada e ITS neste grupo (traduzidos por aqueles que tiveram medo de contrair gravidez indesejada e ITS após uma relação sexual desprotegida) é de cerca de um terço (35%) dos participantes que já tinham iniciado as relações sexuais não havendo diferença entre o sexo. No global, 74.4% dos participantes que já tinha iniciado a relação sexual e 67% reportou que sabia podiam contrair a gravidez e ITS, contudo, cerca metade destes (55.8%) usou algum método para a prevenção não havendo diferenças entre as raparigas e rapazes.

Apesar do conhecimento sobre a prevenção da gravidez e ITS e HIV/SIDA ser alto, e o preservativo ser o método mais conhecido entre rapazes (85,1%) e raparigas (91,2%), somente 46.3% das raparigas e 74% dos rapazes reportaram estar a usar algum método de contracepção no momento de estudo. E destes, 24.6% das raparigas e 61.9% rapazes está a usar o preservativo masculino. A dupla protecção é menor nas raparigas do que nos rapazes, e pelo baixo uso dos métodos de barreira, as raparigas apresentam maior risco de contrair ITSs do que os rapazes. Não obstante, dos adolescentes e jovens que reportaram estar a usar algum método de contracepção, 27% dos rapazes e 21.2% das raparigas mencionaram não usar com frequência “as vezes”, facto que aumentava ainda mais o risco para a gravidez e ITS, incluindo HIV.

Apesar de 76.3% das participantes afirmar não querer ter mais filhos nos próximos 3 anos procedentes ao estudo, este facto contrastava com a proporção de participantes que estava a usar pelo menos método de PF (46.3%), aumentando o risco de gravidez indesejada nas participantes do estudo.

Tanto para rapazes como para raparigas, os seus primeiros confidentes são os amigos e amigas (83.3%), seguido dos seus irmãos (5.5%). Facto que pode incorrer a desinformação dentro deste grupo, adopção de práticas inseguras de sexo, levando a doenças sexualmente transmissíveis e gravidez precoce e indesejada e aborto inseguro.

6.CONCLUSÃO

O estudo revelou que o início das relações sexuais em raparigas e rapazes é independente do sexo, e o despreparo com que estes iniciam é elevado neste grupo, sendo que uma pequena minoria tem acesso a algum tipo de preparação e somente metade tem acesso a informação. Mais rapazes tem acesso a informação para o início da relação sexual do que as raparigas. A maioria dos adolescentes conta com os seus amigos e amigas como seus confidentes, facto que pode incorrer a desinformação ou tomada de decisão com base em conhecimento do grupo, na maioria das vezes não muito diferente do seu conhecimento.

No geral, este adolescente apresentou uma pluralidade de conhecimentos e geralmente desinformados, sobre os métodos de contraceção facto que concorrem para mudanças na percepção de risco, assim como práticas inconsistentes, onde as grandes lacunas entre o conhecimento e as práticas são influenciadas pelas barreiras não somente médicas, mas também socioculturais e económicas, em ambos rapazes e raparigas. As normas sociais e culturais e os papéis de género geralmente se contradizem e expõem o adolescente a comportamentos de risco.

As maiores fontes de informação sobre a sexualidade são a casa e os ritos de iniciação, seguidos dos meios de comunicação como a rádio e a televisão e por fim as palestras nas comunidades, esta informação em sua maioria é transmitida por familiares e amigos, seguido dos activistas e outros informantes. Estes actores deveriam ser reclassificados para potenciais alvos de informação para adolescentes e jovens sobre SSR, uma vez que são a principal fonte de informação para estes temas. Contudo, o estudo revela ainda que os pais e educadores são os que menos dialogam com os seus descendentes sobre a existência dos serviços de SSR, facto que revela uma necessidade evidente de informação dirigida e massificada não somente para os adolescentes e jovens, mas também para pais e educadores.

O conhecimento sobre ITS e HIV/SIDA é alto, as fontes de informação mais comuns sobre ITS são a escola, casa, seguido da unidade sanitária e a comunidade no geral; e as fontes mais comuns para o HIV são a escola e consultas na unidade sanitária diferentes das pré-natais e SAAJ.

As maiores portas de entrada dos adolescentes e jovens para receber os SSR na unidade sanitária são a consulta do adulto utilizada por cerca de metade dos participantes, seguida do SAAJ. A consulta do adulto poderá servir de ponto de referência e de oferta de informação sobre SSR, referencia para o SAAJ e preparação para a vida sexual e reprodutiva.

O conhecimento global (Já ouviu falar) sobre o PF, ITS e HIV é alto nos adolescentes e jovens de estudo e o preservativo é o método mais conhecido entre rapariga e rapazes, contudo, este conhecimento não é traduzido em uso do preservativo e contraceptivos para a prevenção não somente da gravidez indesejada, mas também

para as ITS e HIV/SIDA. Em relação aos outros métodos de curta e longa duração, a injeção (depo) é a mais usada, seguido da pílula e do implante. O DIU e a contracepção de emergência são os métodos menos conhecidos e menos usados.

As desigualdades e iniquidades de género influenciam na decisão para a busca de cuidados das raparigas, o uso e negociação do preservativo e poder de decisão para prevenção de uma gravidez indesejada, ITS e HIV/SIDA. Não obstante as raparigas estão mais suscetíveis a violência física e violência sexual, e a mais fontes de violência e múltiplos episódios do que os rapazes, dado a provável proximidade com os respectivos perpetradores de violência a que estão expostas.

Apesar de quase um terço dos participantes ter afirmado que consumia álcool, os rapazes por sua vez demonstraram estar mais susceptíveis ao seu consumo do que as raparigas, tanto em aspectos ligados a quantidades assim como a frequência, o mesmo comportamento se revelou para o consumo de outras drogas que não fossem o álcool, como a *Canabis sativae* e outros estupefacientes.

5. RECOMENDAÇÕES

Por forma melhorar a informação sobre SSR no adolescente e jovem, e mitigar os efeitos das barreiras na busca de cuidados e utilização dos serviços e métodos, assim como aumentar a percepção de risco para a gravidez indesejada, ITS e HIV, algumas medidas são descritas abaixo como ponto de partida para este propósito:

- Campanhas nas escolas para a divulgação dos SAAJ e promoção dos SSR;
- Informação para os pais e cuidadores e esposos sobre SSR/cuidados de saúde e direitos de SSR, mas também sobre as vantagens e desvantagens de utilizar estes serviços e seus produtos;
- Trabalho com as figuras na comunidade/família para educar o adolescente e jovem sobre SSR e direitos;
- Incentivo dentro das famílias/comunidade de figuras confidentes para ao adolescente e jovem por forma que a informação seja transmitida de maneira correcta e segura.
- Uma vez que a primeira porta de entrada do adolescente e jovem no CS, é a consulta do adulto, seria importante a referência deste grupo para as consultas de SSR ou o aconselhamento para a SSR. Não obstante, esta referência para a consulta de SSR deve ser integrada para os outros gabinetes de consulta como a triagem e a consulta de pediatria;
- A escola, as farmácias e o SAAJ deveriam ser locais potenciados para passar informação e educação para este grupo sobre contracepção, ITS e HIV e existência do SAAJ e cantos escolares nas escolas;
- Divulgar e expandir os locais de distribuição gratuita de métodos de fácil entrega como o preservativo e a pílula;
- Utilização dos meios de comunicação como o telemóvel, rádio e televisão para a divulgação de informação sobre SSR para o adolescente e jovem e seus cuidadores;
- Educação das matronas e patronos dos ritos de iniciação, tios e tias (familiares) e irmãos mais velhos, assim como figuras receptíveis ao adolescente sobre a sexualidade e práticas seguras e técnicas para educar o adolescente e jovem sobre a sexualidade e reprodução, higiene, igualdade de género, empoderamento e bem-estar e saúde.

7.BIBLIOGRAFIA

1. Senderowitz J. Making reproductive health services youth friendly. Res Progr Policy Ser. 1999;(2):1–51. Available from: <http://www.pathfinder.org/publications-tools/pdfs/Making-Reproductive-Health-Services-Youth-Friendly.pdf?x=75&y=19>
2. UNFPA. Por escolha, Nao por acaso. Planeamento familiar, direitos humanos e desenvolvimento. Suplemento do Relatório sobre a Situacao da Populacao Mundial-2012. Acessado [cit 2017 Nov 27]. Available from: http://mozambique.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Supplement_SWOP_Moz_final.pdf
3. MISAU. Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019. Cidade de Maputo, Mocambique; 2013. p. 156.
4. MISAU. Estratégia Nacional de Saúde Escolar e Adolescente/Jovem. Maputo, Mocambique; 2017.
5. MISAU. Política Nacional de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos. 2011. Available from: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KHQX.pdf
6. WHO. Strengthening the health sector response to adolescent health and development. 2009;42–6. Available from: <http://www.who.int/child-adolescent-health>
7. WHO | Adolescents: health risks and solutions . WHO. World Health Organization; 2017 [cited 2017 Nov 28]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>
8. MISAU, INE II. Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland, USA; 2013.
9. MISAU. Linhas de Orientação para implementação de Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens(SAAJ). Cidade de Maputo, Mocambique; 2015.
10. Saúde IN de, Saúde M da. MOÇAMBIQUE Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. 2013;
11. Capurchande R, Coene G, Schockaert I, Macia M, Meulemans H. “It is challenging... oh, nobody likes it!”: a qualitative study exploring Mozambican adolescents and young adults’ experiences with contraception. BMC Womens Health [Internet]. 2016;16(1):48. Available from: <http://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-016-0326-2>
12. R. S. Community Influences on Young People’s Sexual Behavior in 3 African Countries. Am J Public Health. 2009;99(1):102–9. Available from: <http://doi.org/10.2105/AJPH.2007.126904>

ANEXOS

Anexo A. Tabela 19 de bens e consumo duráveis por distrito e localidade

Anexo B. Questionário sobre a saúde do adolescente e jovem, acesso às unidades sanitárias e álcool e drogas

Anexo C. Guião dos Grupos Focais de Discussão (GFD)

Anexo D. Consentimento informado para o participante menor

Anexo E. Consentimento informado para o cuidador/pais do participante menor

Anexo F. Consentimento informado para o participante maior

