

# Relatório de Pesquisa Baseline

## PROJECTO BATE-PAPO

Compreendendo os factores que influenciam o comportamento e prática da sexualidade e saúde sexual e reprodutiva nos adolescentes e jovens dos distritos de Magude e Moamba, Província de Maputo

CENTRO INTERNACIONAL PARA SAÚDE REPRODUTIVA



**ICRH** *Moçambique*

CENTRO INTERNACIONAL PARA SAÚDE REPRODUTIVA

Financiamento:



Government  
of Flanders

## Agradecimentos

Este estudo foi desenvolvido pela equipa de pesquisa do ICRH-M composta por: Málica de Melo (investigadora principal, ICRH-M), Joelma Joaquim Picardo, Emídio Cumbane, Sally Griffin, (co-investigadores, ICRH-M), Carmino Machavane (Co-Investigador, DPS-Maputo) e o consultor Gerito Augusto com suporte técnico dos assistentes de pesquisa Algeiro Malate, Énia Salomão, Matsinhe, Madina Mulima, Moisés Joaquim, António Mulungo, Lídia João, Nomissa Guelume, Omega Tembe e o coordenador de campo Geraldo Matlava.

A equipa de pesquisa do ICRH-M, gostaria de agradecer as seguintes instituições e colaboradores, que contribuíram para o sucesso do estudo:

- A Direcção Provincial de Saúde de Maputo (DPS-M);
- Direcção Provincial de Educação de Desenvolvimento Humano (DPEDH);
- Serviços Distritais de Saúde Mulher e Acção Social de Magude e Moamba (SDSMAS);
- Serviços Distritais de Educação Juventude e Tecnologia (SDEJT);
- Governos Distritais de Magude e Moamba;
- Adolescentes das comunidades seleccionadas que participaram no estudo, partilhando o seu conhecimento e experiência.

## Índice

1. Introdução.....	6
1.1. Objectivos do estudo .....	9
1.2. Local do estudo .....	9
1.3. População do estudo.....	10
1.4. Critérios de inclusão e exclusão .....	10
2. Metodologia.....	11
2.1. Instrumentos de recolha de dados .....	12
2.2. Procedimentos de recrutamento e recolha de dados .....	12
2.3. Questões éticas .....	12
2.4. Abordagem aos participantes e apresentação da pesquisa .....	13
2.5. Consentimento informado.....	14
2.6. Consentimento e assentimento no caso dos menores de 18 anos .....	14
2.7. Constrangimentos e limitações do estudo.....	14
2.8. Gestão e análise de dados.....	15
3. Resultados e Discussão .....	16
3.1. Dados sócio-demográficos .....	16
Idade dos participantes.....	16
Escolaridade .....	17
Religião.....	18
3.2. Conhecimento sobre HIV/SIDA e métodos de prevenção.....	18
3.3. Acesso a preservativos e informação sobre menstruação e contracepção .....	19
3.4. Prevenção do HIV .....	20
3.5. Opinião dos maiores de 13 anos sobre a gravidez.....	21
3.6. Prática de relações sexuais .....	23
3.7. Comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva .....	26
3.8. Início do namoro .....	27
3.9. Actores preferências de comunicação.....	29
3.10. Relacionamento e envolvimento com o cuidador principal .....	30
4. Conclusões e recomendações.....	33
5. Bibliografia .....	34
Anexo .....	36

## Acrónimos

CNBS	Comité Nacional de Bioética em Saúde
DPEDH	Direcção Provincial de Educação e Desenvolvimento Humano
DPS-M	Direcção Provincial de Saúde de Maputo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ICRH-M	Centro Internacional de Saúde Reprodutiva - Moçambique
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
IMASIDA	Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV
ITS	Infecção de Transmissão Sexual
MINEDH	Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não-governamental
PGB	Programa Geração Biz
SAAJ	Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens
SDEJT	Serviços Distritais de Educação, Juventude e Tecnologia
SDSMAS	Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social
SMI	Saúde Materna e Infantil
SDSR	Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SSRAJ	Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens
UNICEF	United Nations Children's Fund

## Executive Summary

---

O Centro Internacional Para Saúde Reprodutiva (ICRH-M) assinou um Memorando de Entendimento com a Direcção Provincial de Saúde de Maputo (DPS-M) e Direcção Provincial de Educação e Desenvolvimento Humano (DPEDH), para apoiar a expansão dos serviços do SAAJ ao nível de dois distritos da província de Maputo (Magude e Moamba) e melhorar o acesso dos adolescentes informação e serviços de SSR adequados.

O projecto “Bate Papo Sem Tabus” financiado pelo Governo de Flanders, visa melhorar a saúde e direitos sexuais e reprodutiva dos adolescentes, reduzindo a gravidez na adolescência, abortos inseguros, novas infecções por HIV e ITS, violência baseada no género e criar mudança nas políticas e normas sociais nocivas. Este projecto inclui uma componente de desenvolvimento de estratégias, materiais e mensagens adequadas para melhorar a comunicação entre adolescentes e seus pais e/ou cuidadores, em relação a saúde sexual e reprodutiva, para além da formação de professores e profissionais de saúde para atendimento deste grupo alvo, incluindo reforço das habilidades de comunicação.

Por forma a garantir que o trabalho do ICRH-M, bem com as estratégias nacionais e provinciais do Governo sejam informadas pelas comunidades, realizou-se este estudo que visa estabelecer uma linha de base, identificando o actual cenário da prática da sexualidade, os facilitadores e barreiras às práticas seguras de sexualidade entre os adolescentes e jovens, ajudando deste modo a informar o projecto para o estabelecimento de estratégias que vão de encontro às necessidades, por forma a alcançar as mudanças desejadas deste mesmo grupo.

**Joelma Joaquim Picardo**

Gestora do Projecto Bate Papo Sem Tabus

## 1. Introdução

---

Moçambique fez alguns avanços em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, entretanto, as raparigas adolescentes estão a ser deixadas para trás. O país tem uma das taxas mais altas de gravidez na adolescência do mundo (168 por 1000 raparigas dos 15-19 anos), ocupando o 5º lugar (UNICEF, 2015). O uso de contracepção é de 25,3% em mulheres casadas entre 15 e 49 anos, mas apenas 14,1% nas raparigas entre 15 e 19 anos; a necessidade não satisfeita também é maior em mulheres mais jovens do que em mulheres mais velhas, e em mulheres solteiras, muitas das quais são jovens (MISAU, 2015). A prevalência do HIV entre os jovens é de 6,9% e é 3 vezes maior nas mulheres jovens em comparação com os homens jovens (MISAU, 2015). O aborto seguro foi descriminalizado e os serviços estão sendo implementados; no entanto, as raparigas, que têm alta necessidade de aborto seguro, provavelmente enfrentarão mais barreiras do que as mulheres mais velhas para aceder os serviços (ICRH-M, 2018). Para além disso, 9,3% das meninas de 15-19 anos relataram ter sofrido violência sexual (IDS 2011).

A vulnerabilidade das raparigas aos problemas de saúde e direitos sexuais e reprodutivos (SDSR) é exacerbada pelas normas sociais e de género predominantes no país. Moçambique tem um dos mais altos níveis uniões prematuras, com 47% das raparigas a casarem antes dos 18 anos (IDS 2011). As taxas de uniões prematuras estão em declínio constante a longo prazo em todo o país, no entanto, o mesmo não acontece com as taxas de gravidez precoce (UNICEF, 2015). As normas culturais em Moçambique fazem com que as raparigas sejam consideradas “prontas” para casar e engravidar quando atingem a puberdade. O início precoce de relações sexuais aumenta a vulnerabilidade das meninas a questões de saúde, com destaque para HIV/ITSs, aborto inseguro e complicações no parto, incluindo fístula obstétrica e violência do parceiro íntimo. (incluir algumas referencias). A gravidez precoce também tem sérias implicações nos outros aspectos da vida da rapariga, como a desistência escolar e a união prematura (ICRH-M, 2018).

Enquanto muitos problemas de SDSR surgem em adolescentes mais velhos (15-19 anos), é frequente que as questões comecem a surgir na primeira adolescência (10-14 anos), com a união ou casamento e a gravidez ocorrendo em números significativos nesta faixa etária mais jovem (UNICEF, 2015). Além disso, internacionalmente, reconhecesse que a primeira adolescência oferece uma oportunidade única para criar uma base de informações, habilidades, acesso a serviços e um ambiente de apoio que proteja as raparigas à medida que elas crescem (Lane et al., 2017). Igualmente, para os rapazes é uma oportunidade para que adquiram as informações e habilidades necessárias para que possam no futuro ter uma vida sexual saudável e responsável.

Há um reconhecimento crescente por parte do Governo de Moçambique e parceiros de desenvolvimento da necessidade de garantir que os adolescentes tenham acesso a informação e serviços, espelhado na Estratégia Nacional da Saúde Escolar e do Adolescente e Jovem do Ministério da Saúde (MISAU, 2019). Existem vários programas para promover a saúde sexual e

reprodutiva dos adolescentes e jovens (SSRAJ), o mais estabelecido é a Programa Geração Biz que opera ao nível nacional, e é liderada pelo Governo (Chandra-Mouli et al., 2015). No entanto, actualmente muitos dos programas são concebidos “de cima para baixo” e não abordam suficientemente as normas socioculturais e o contexto em que as meninas vivem, incluindo a família, comunidade e a escola (Silva, 2018).

A experiência de trabalho com SSR dos adolescentes levadas a cabo pelas intervenções do ICRH-M nas províncias de Maputo e Tete, mostra que as abordagens actuais tendem a ser mais relevantes para os adolescentes urbanos do que para aqueles que vivem em contextos rurais; com maior enfoque nos adolescentes e jovens mais velhos (15-24 anos) do que adolescentes mais jovens (10-14 anos); e maioritariamente direccionadas aos adolescentes na escola em comparação com os que estão fora da escola. Ao nível dos serviços de saúde, o Ministério da Saúde (MISAU) está a trabalhar para revitalizar o modelo do Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens (SAAJ), tanto nas unidades sanitárias como nas escolas secundárias (cantinhos). No entanto, a qualidade dos serviços prestados continua a apresentar barreiras aos jovens, em particular para questões relacionadas à privacidade, confidencialidade e comunicação entre provedores e adolescentes (Hainsworth et al., 2014; Capurchande, et al., 2016).

Embora as necessidades sejam muitas, discutir a sexualidade do adolescente, particularmente com adolescentes mais jovens, é um tabu na maioria dos contextos, incluindo em Moçambique, deixando-os sem acesso a informações e serviços confiáveis e relevantes. A comunicação entre pais e filhos é um factor protector para questões de saúde sexual e reprodutiva (SSR) incluindo prevenção do HIV e adiamento do início da relação sexual (Biddlecom & Awusabo-, 2009; Markham et al., 2010). No entanto, vários estudos na África subsaariana mostram que o nível de comunicação entre pais e filhos é baixo, particularmente para adolescentes mais novos (Nash et al., 2019). Os estudos apontam para vários factores que impedem a comunicação efectiva entre pais e filhos, incluindo a falta de informações e habilidades; falta de interesse dos pais em discutir questões de SSR; os pais sentem-se envergonhados e que não é aceite culturalmente falar sobre questões da sexualidade (Ayehu, Kassaw, & Hailu, 2016; Crichton, Ibisomi, & Obeng, 2012). Os motivos que inibem os adolescentes a se abrirem com os pais incluem a falta de interesse dos pais, receio da reacção dos pais, referem que os pais não são bons ouvintes, pensam que os pais não têm informação suficiente e vergonha (Ayehu et al., 2016).

Mesmo nos casos em que existe comunicação, os resultados de uma revisão sistemática da literatura mostraram que a comunicação é geralmente autoritária e unidireccional (do pai/mãe para o adolescente), e incluía advertências vagas e não uma discussão ou diálogo aberto (Bastien, Kajula, & Muhwezi, 2011; Muhwezi et al., 2015), e esta é fortemente influenciada pelas normas sociais sobre masculinidade e feminilidade (por exemplo, a maternidade conferindo estatuto social (Capurchande et al., 2016). Os outros adultos que poderão ser fontes de informação, incluindo professores e profissionais de saúde, são muitas vezes influenciados pelos mesmos fenómenos. Isso contribui para uma comunicação deficiente entre adolescentes e adultos

influentes, como pais/encarregados de educação, professores e profissionais de saúde; e consequentemente lacunas no acesso a informações e serviços.

As pesquisas sobre a comunicação entre adolescentes e adultos, incluindo pais, em relação a saúde sexual e reprodutiva em Moçambique são limitadas. Alguns estudos realizados com adolescentes no país mostram que não é comum a comunicação sobre questões relacionadas com a sexualidade entre adolescentes e seus pais e/ou outros membros da comunidade adultos, tais assuntos são considerados tabu e falta de respeito dos mais novos para com os mais velhos (Capurchande, et al, 2016; Loforte, 2007; Matsinhe, 2011; Chandra-Mouli, 2011; Frederico, 2019). Este comportamento leva a que os adolescentes se sintam mais à vontade em conversar com os seus pares (Silva 2018; Silva 2018a).

Apesar dos desafios, existem indicações que, com a preparação e apoio adequado, os pais conseguem ter um diálogo positivo com os filhos em relação a sexualidade (Bastien et al., 2011; Leeds et al., 2014; Phetla et al., 2009; Frederico, 2019).

O ICRH-M assinou um Memorando de Entendimento (MdE) com a Direcção Provincial de Saúde de Maputo (DPS-M) e Direcção Provincial de Educação e Desenvolvimento Humano (DPEDH), para apoiar a expansão dos serviços SAAJ ao nível de dois distritos (Moamba e Magude) e melhorar o acesso dos adolescentes mais novos a informação e serviços SSR adequados. O projecto, “Bate Papo Sem Tabus” inclui uma componente de desenvolvimento de estratégias, materiais e mensagens adequadas para melhorar a comunicação entre adolescentes e os seus pais e/ou cuidadores, em relação a saúde sexual e reprodutiva, para além da formação de professores e profissionais de saúde para o atendimento deste grupo alvo, incluindo o reforço das habilidades de comunicação. Por forma a garantir que o trabalho do ICRH-M, bem como as estratégias nacionais e provinciais do Governo sejam informadas pelas comunidades, realizou-se uma pesquisa com vista estabelecer uma linha de base, identificando o actual cenário da prática da sexualidade, os facilitadores e barreiras às práticas seguras de sexualidade entre os adolescentes e jovens, ajudando deste modo a informar o projecto para o estabelecimento de estratégias que vão de encontro às necessidades, por forma a alcançar as mudanças desejadas deste mesmo grupo.

Com a realização do presente estudo espera-se ter uma compreensão dos aspectos facilitadores e constrangimentos ligados ao gozo da sexualidade de forma segura em adolescentes, incluindo adolescentes mais novos de 10 a 14 anos, dos distritos de Magude e Moamba. Os dados colectados permitirão complementar o estudo qualitativo realizado pelo ICRHM *“compreendendo as barreiras e facilitadores à comunicação entre adolescentes e adultos influentes sobre questões ligadas a saúde e direitos sexuais e reprodutivos na província de Maputo, Moçambique”*, bem como estabelecer também uma linha base do projecto para a implementação informada de actividades sensíveis às normas sociais para a comunicação de SSR entre pais e jovens adolescentes em comunidades rurais, com pequenos centros urbanos, e sob sistemas normativos sociais em que prevalece o homem como o centro do poder.

## 1.1. Objectivos do estudo

Conhecer as barreiras e facilitadores às práticas seguras de sexualidade e saúde sexual e reprodutiva nos adolescentes dos 10 aos 19 anos de idade, dos distritos de Magude e Moamba, Província de Maputo.

### Objectivos Específicos

1. Aferir ao grau de conhecimento sobre sexualidade e saúde sexual e reprodutiva nos adolescentes;
2. Identificar as práticas de sexualidade e de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes
3. Compreender as barreiras e facilitadores às opções seguras de saúde sexual e reprodutiva;
4. Identificar os actores e canais preferenciais de comunicação dos adolescentes para transmissão de informações sobre a sexualidade e saúde sexual e reprodutiva;

## 1.2. Local do estudo

A pesquisa foi realizada em quatro comunidades seleccionadas dos distritos de Moamba e Magude na província de Maputo. Os dois distritos foram seleccionados para implementação do projecto “Bate Papo” em conjunto com a Direcção Provincial de Saúde (DPS) e Direcção Provincial de Educação e Desenvolvimento Humano (DPEDH) da província de Maputo, por serem distritos com baixa provisão de serviços SAAJ, e poucas actividades comunitárias e escolares de educação sexual. Os sites seleccionados são dentro da área de captação de quatro das 16 unidades sanitárias e oito das 14 escolas que o ICRH-M irá apoiar e oferecer serviços amigáveis aos adolescentes e jovens. As comunidades, centros de saúde e escolas foram seleccionados com apoio do Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS) e Serviço Distrital de Educação Juventude e Tecnologia (SDEJT), para incluir uma variedade de contextos: em cada distrito o estudo incluiu-se um site dentro da sede distrital e um site num local com característica mais rural. O quadro 1 indica os locais onde foram abrangidos pelo o estudo.

Quadro 1: Locais seleccionados para a realização do estudo

<b>Distrito</b>	<b>Localidade/Bairro</b>	<b>Descrição</b>
Magude	Mawandla 2	Bairro da vila sede do distrito, localizado a menos de 5 km do centro da vila.
	Motaze-Bairro A	Localidade situada a cerca de 35 km da sede distrital de Magude.
Moamba	Ressano-Bairro 4 Outubro	Bairro da vila sede de Ressano Garcia localizado a 55 km de Moamba sede.
	Sábie-Chiquizela	Localidade que fica a 43 km da sede distrital de Moamba.

### 1.3. População do estudo

Fizeram parte do estudo adolescentes, rapazes e raparigas de diferentes faixas etárias (10-14 e 15-19 anos), estando a estudar ou não, solteiros ou em união marital (ou casados/as), dos distritos de Moamba e Magude. O quadro 2 quantifica o tamanho da população de estudo.

Quadro 2. População de Estudo

<b>População projectada</b>	<b>Distrito</b>	
	<b>Moamba</b>	<b>Magude</b>
População total de adolescentes	17.584	16.847
Raparigas (10-14 anos)	4.464	4.409
Raparigas (15-19 anos)	4.231	3.936
Rapazes (10-14 anos)	4.561	4.574
Rapazes (15-19 anos)	4.328	3.929

Fonte: INE (2010). *Projeções Anuais da População Total, Urbana e Rural, dos Distritos da Província de Maputo 2007-2040.*

### 1.4. Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão:

- Idade entre 10-19 anos
- Vive nas áreas estudo pelo menos à dois meses.
- Aceita fazer parte do estudo, após assinarem a declaração de consentimento informado;
- Para menores de 18 anos<sup>1</sup>, com consentimento prévio dos pais ou guardiães, após o consentirem em participar.
- Participantes nas idades de 12 a 17 anos após darem o seu assentimento.

<sup>1</sup> Segundo o Código Civil fixa em 21 anos de idade (artigo 130) o início da maioridade, podendo se antecipar para 18 pela via de emancipação (concessão ao menor de capacidade para actos civis) (Código civil de Moçambique). Contudo, urge anotar que a emancipação em si não transforma uma criança em adulto, sendo uma ponderação legal, justificada para que um menor pratique actos próprios de adulto.

Critérios de exclusão:

- Crianças com menos de 10 anos de idade;
- Adolescentes que não estejam dispostos ou com capacidade de fornecer o seu consentimento informado;
- Adolescentes portadores de doença mental;
- Adolescentes menores de 18 anos de idade, não emancipados cujos pais ou encarregados de educação não consintam a sua participação;

## 2. Metodologia

---

Este é um estudo transversal em dois momentos que adoptou uma metodologia quantitativa com recurso a administração de questionários a rapazes e raparigas dos 10 aos 19 anos de idade que representam o público alvo dos SAAJ. O estudo foi desenvolvido considerando uma amostra de 827 adolescentes, sendo 414 de Moamba e 413 de Magude, na proporção de 1:1 (raparigas e rapazes). No processo de recolha de dados foram inquiridos 823 adolescentes, sendo 411 em Moamba e 412 em Magude.

Por forma a antecipar a recusas em participar no estudo, foi estimado cerca de 10% de recusas em participar facto incluído na amostra. Assumimos um 95% nível de confiança, 5% de margem de erro e 10% de recusa. A amostra foi calculada com base na fórmula abaixo:

e= 0.05	<b>Fórmula</b>
$Z_{\frac{\alpha}{2}} = 1.96$ para o grau de confiança de	$n = \frac{N * z^2 * P(1 - P)}{(N - 1) * e^2 + z^2 * P(1 - P)}$
95%.	
10% Recusas e desistências	

Por conter algumas questões sensíveis, foram desenvolvidos dois questionários considerando a sensibilidade das faixas etárias. Com os questionários pretendia-se auferir ao actual cenário da prática da sexualidade, os facilitadores e barreiras às práticas seguras de sexualidade entre os adolescentes e jovens, estabelecendo deste modo uma linha de base do projecto e uma comparação das respostas no estudo final do projecto. Antes do processo da recolha de dados, realizou-se um pré-teste que serviu para informar a equipa de pesquisa de entre vários aspectos, o tempo necessário para realizar um inquérito, identificar e retificar perguntas que causavam má interpretação ou entendimento tanto para os inquiridores assim como os respondentes e alertar a equipa sobre as dificuldades que os inquiridores encontrariam no terreno. Pequenas alterações (ortográficas e termos) nas línguas portuguesa e locais foram efectuadas.

## **2.1. Instrumentos de recolha de dados**

A recolha de dados foi feita através da administração dos dois questionários, de cerca de 30 à 40 minutos de tempo de entrevista, para os adolescentes dos 10-14 anos e 15-19 anos. O questionário foi adaptado da ferramenta usada no Global Early Adolescent Study (estudo global sobre adolescentes mais novos) da Organização Mundial da Saúde. Para o manuseio do instrumento, foram recrutados inquiridores através de uma parceria estabelecida entre ICRH-M e Associação Coalizão. Os inquiridores identificados dentro da Associação Coalizão para fazer parte do estudo, eram adolescentes e jovens, residentes na cidade de Maputo.

Estes inquiridores foram igualmente treinados em pesquisa com seres humanos, e de casos especiais com o do adolescente. Não obstante a este treinamento, por forma a garantir a qualidade na colecta dos dados, os inquiridores foram supervisionados por um coordenador de campo experiente e por um pesquisador sénior. Os questionários foram digitados directamente em tablets, utilizando uma plataforma de recolha de dados online e offline (ODK), enviados e integrados em uma base de dados localizada no servidor do ICRH-M.

## **2.2. Procedimentos de recrutamento e recolha de dados**

A amostra foi seleccionada através de um processo de amostragem probabilística estratificada por selecção aleatória, por meio de um sorteio de casas em cada bairro, usando uma lista de casas de agregados com adolescentes fornecida pelos líderes comunitários dos bairros abrangidos pelo estudo e a população foi dividida em estratos assumindo-se características semelhantes dos membros de cada estrato. Os participantes foram identificados apenas por códigos, e em nenhum momento foi registado o nome dos participantes. O questionário foi realizado em espaços privados e sossegados da casa do participante, para promover a privacidade e conforto.

As mesmas ferramentas e métodos utilizados neste estudo de linha de base serão utilizados no estudo de final do projecto a fim de permitir a comparação das respostas. Dados sobre os potenciais factores de confusão serão recolhidos de forma que estes possam ser controlados na análise.

## **2.3. Questões éticas**

O protocolo teve a aprovação ética pelo CNBS (Comité Nacional de Bioética da Saúde) com referência 568/CNBS/20 e autorização do Ministério da Saúde (nota nº 1855/GMS/002/020).

A participação no estudo foi voluntária. Para proteger os participantes foram tomadas medidas de segurança incluindo a escolha do local seguro e privado. Ao longo de todo o processo de recolha de dados foram seguidos os procedimentos éticos com vista a garantir que os

participantes disponibilizassem o seu consentimento para a participação na pesquisa, e para que fosse mantida a confidencialidade dos envolvidos.

O estudo foi conduzido de acordo com a Declaração de Helsinque, de acordo com as "Recomendações para Guiar os Médicos em Pesquisa Biomédica Envolvendo Assuntos Humanos". A equipa de pesquisa também seguiu com os regulamentos organizacionais aplicáveis à pesquisa envolvendo seres humanos.

#### **2.4. Abordagem aos participantes e apresentação da pesquisa**

Após a selecção aleatória dos participantes usando o método de amostragem descrito em 2.2., o inquiridor deslocou-se as casas identificadas a fim de iniciar o questionário. No início de cada contacto, o inquiridor apresentou-se a cada indivíduo-alvo, fornecendo-os informação detalhada sobre a pesquisa, os seus procedimentos, seguindo o termo de consentimento informado. Após a apresentação do inquiridor e do motivo pelo qual está a abordar o participante, foi explicado que a sua participação era voluntária e da necessidade primordial deste em compreender o procedimento que seria realizado de modo a participar ou não de forma esclarecida. Após a introdução sobre o estudo e seus procedimentos, caso o indivíduo-alvo concordasse em participar de forma voluntária, era perguntado a sua idade e assegurado o seu estado de emancipação.

No caso de indivíduos-alvo menores de 18 anos, após explicar os objectivos da pesquisa, e certificado que o indivíduo-alvo compreendeu de que se trata o estudo, caso estivessem interessados em participar, eram consultados sobre a possibilidade de contacto com o seu cuidador/progenitores para pedir o seu consentimento, explicando que uma vez que são menores, não poderiam consentir por si só, mas que deveriam dar o seu assentimento. Foi também perguntado aos participantes com que viviam, quem é que cuida e toma decisões importantes para a sua vida, se podíamos contactar essa pessoa e onde é que podíamos encontrá-la, mas sem, no entanto, mencionar que tivemos um contacto prévio com o menor. A posterior era contactado o seu progenitor ou cuidador com o intuito de pedir o seu consentimento para que o seu filho/educando participe no estudo.

Os integrantes do estudo do estudo eram clarificados de que o seu desempenho não estava sendo avaliado e de que os resultados não seriam relatados por participante. Não obstante a este processo de recrutamento dos participantes do estudo e contacto com os seus progenitores ou educandos, Na chegada ao local de estudo da equipa de pesquisa acompanhada do ponto focal dos serviços distritais de saúde e de educação dos dois distritos de estudo, era feita uma apresentação a comunidade através de um encontro com os líderes comunitários, a semelhança do estudo formativo, no qual apresentamos o estudo e sensibilizamos para a importância do mesmo em suas comunidades e benefícios para a província como um todo.

## **2.5. Consentimento informado**

Todos os participantes do estudo deviam assinar o termo de consentimento informado escrito em Português antes de iniciar a entrevista. Para além disso, os participantes receberão uma folha de informações em Português explicando o propósito e os procedimentos da pesquisa. A folha de informações detalhava o objectivo do estudo, procedimentos, pessoas de contacto para denunciar queixas ou preocupações, confidencialidade, protecção de dados, bem como a divulgação completa de potenciais benefícios e riscos decorrentes da participação na pesquisa. Na declaração de consentimento informado estava definido quem podia ter acesso legítimo aos registos de estudo dos participantes.

Os indivíduos-alvo elegíveis poderiam ler e/ou ouvir a leitura do documento de consentimento. Os participantes que não entendiam o Português, o entrevistador explicava o conteúdo da folha de informações e o consentimento na língua local. O entrevistador respondia prontamente a qualquer pergunta apresentada pelos adolescentes.

## **2.6. Consentimento e assentimento no caso dos menores de 18 anos**

No caso de participantes com idades compreendidas dos 12 aos 17 anos, foi pedido o consentimento aos encarregados de educação (pai, mãe ou guardião) para a sua participação, para além disso foi usado o assentimento do próprio menor, caso este consentisse também em participar.

## **2.7. Constrangimentos e limitações do estudo**

- Incapacidade por parte dos assistentes de pesquisa em conduzir o inquérito por via de língua de sinais. Uma mãe mostrou vontade de ver o filho com deficiência auditiva a participar do estudo mas o assistente de pesquisa viu-se incapaz para conduzir o inquérito;
- Muitos adolescentes do distrito de Magude dedicam-se a pastorícia e agricultura daí, a ausência nas casas nas primeiras horas do dia;
- Houve situações de pais/cuidadores que depois de terem consentido para que os filhos participassem do inquérito, ficavam curiosos em ouvir a conversa, disfarçando em estarem a fazer alguma tarefa doméstica e aproximavam do local da conversa tida com os adolescentes;
- Recusa das assinaturas por parte de alguns pais/cuidadores;
- Os assistentes de pesquisa eram confundidos com os agentes da saúde com a missão de fazer a circuncisão médica masculina, daí a fuga de alguns adolescentes.

## 2.8. Gestão e análise de dados

Os registos colectados foram mantidos em segurança e o processo de introdução dos dados no programa de análise utilizou códigos de identificação. Todos os dados disponibilizados foram usados somente para os fins de pesquisa, mas também com vista a melhor direccionar as intervenções do projecto “Bate Papo Sem Tabus” implementado pelo ICRH-M, nos mesmos distritos. Entretanto, somente os pesquisadores tem acesso aos dados do estudo, sendo que as pessoas responsáveis pela implementação das intervenções do projecto terão acesso somente ao relatório do estudo.

Os dados colhidos através de tablets foram descarregados diariamente para a central de dados hospedado no servidor do ICRH-M encriptado com palavra chave, de onde somente os pesquisadores responsáveis pela análise de dados tinham acesso a base de dados.

Além disso, todos os elementos de identificação pessoal foram retirados para assegurar o anonimato dos indivíduos e o sigilo dos dados e participantes ser controlado.

Os dados produzidos pelos questionários foram digitados directamente em tablets contendo a plataforma de recolha de dados online e offline *Open Data Kit* (ODK). Os processo de limpeza de dados foi realizado usando o Excel e analisados no software estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS).

Foi gerado no SPSS uma base de dados com 823 questionários representados em cada linha onde cada uma das linhas corresponde a um caso ou sujeito participante do estudo. Os casos omissos foram codificados de modo sinalizarem o sistema sobre casos de informação em falta a serem rastreados pelo software e não enviesarem as analises do estudo. As variáveis foram etiquetadas na base de dados de forma a facilitar na identificação e rastreio. Após criação da base de dados que seria usada para análise estatística foi registada e guardada com identificação de modo a evitar uso de versões desajustadas.

Foi feita a análise descritiva das variáveis e foram quantificadas as frequências para avaliar a distribuição das respostas. A combinação e análise dos dados levantados permitiram por um lado registar tendências quantificáveis de conhecimento, comportamento, práticas, barreiras e facilitadores. Neste estudo foi usado o teste Qui-Quadrado para avaliar a associação entre as variáveis e também utilizou-se a análise de correspondência para descrever a relação entre duas variáveis assim como a relação entre as categorias de cada variável.

As comparações serão feitas entre a avaliação inicial e final do projecto, usando teste-t para analisar alterações significativas em variáveis contínuas e testes qui-quadrado para variáveis categóricas. Modelos de regressão logística multivariada e linear poderão ser usados para identificar predictores de resultados-chave de interesse.

### 3. Resultados e Discussão

Nesta secção são apresentados resultados do estudo com objectivo de aferir ao nível de conhecimento sobre sexualidade e saúde sexual e reprodutiva nos adolescentes.

#### 3.1. Dados sócio-demográficos

Dos 823 participantes do estudo, 470 eram do sexo feminino e 353 do sexo masculino correspondendo a 57.1% e 42.9% respectivamente. Ao nível dos distritos, Moamba teve 411 participantes sendo 59.9% do sexo feminino e Magude teve 412 participantes dos quais 54.4% do sexo feminino.

Tabela 1: Dados sócio-demográficos

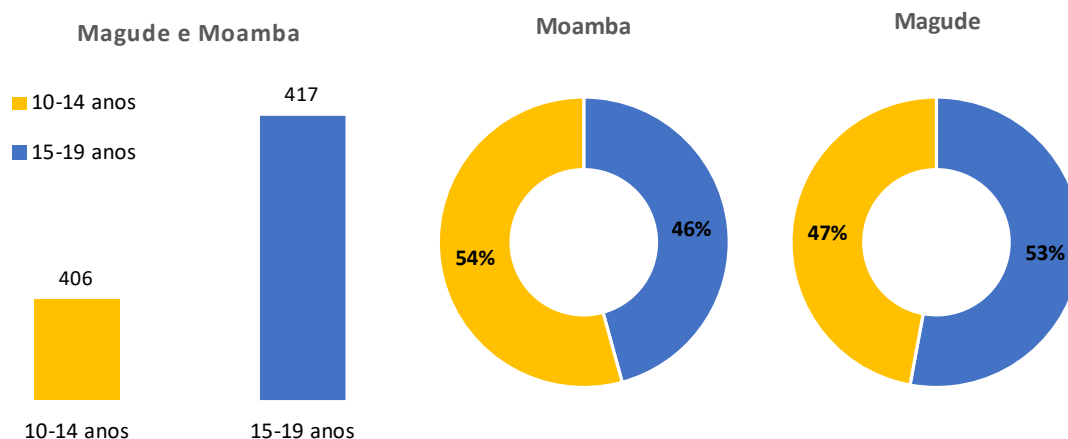
Características	Faixa etária		Total	
	10 - 14 anos n = 406 (%)	15 - 19 anos n = 417 (%)	Participantes n = 823 (%)	
<b>Sexo</b>				
Masculino	177 (43.6)	176 (42.2)	353 (42.9)	
Feminino	229 (56.4)	241 (57.8)	470 (57.1)	
<b>Distrito (espaço geográfico)</b>				
Magude	Urbano	105 (25.9)	126 (30.2)	231 (28.1)
	Rural	113 (27.8)	68 (16.3)	181 (22.0)
Moamba	Urbano	84 (20.7)	95 (22.8)	179 (21.7)
	Rural	104 (25.6)	128 (30.7)	232 (28.2)
<b>Religião</b>				
Católica	80 (19.7)	83 (19.9)	163 (19.8)	
Islâmica	21 (5.2)	23 (5.5)	44 (5.3)	
Protestante/evangélica	108 (19.7)	133 (31.9)	241 (29.3)	
Sião/Zione	130 (32.0)	103 (24.7)	233 (28.3)	
Outra	21 (5.1)	20 (4.8)	41 (5.0)	
Não tem religião	45 (11.1)	55 (13.2)	100 (12.2)	
Recusa-se a responder	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.1)	
<b>Situação escolar</b>				
Está a estudar	327 (80.5)	265 (63.6)	592 (71.9)	
Não está a estudar	79 (19.5)	151 (36.2)	230 (28.0)	
Recusa-se a responder	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.1)	

#### Idade dos participantes

Para o estudo, os participantes foram agrupados em duas faixas etárias (10 -14 e 15-19 anos) e do total de 823 participantes, 49% (n = 406) tinham idades na faixa etária 10 a 14 anos e 51% (n = 417) estavam na faixa etária 15 a 19 anos. Em Moamba tivemos maior proporção de

adolescentes dos 10 a 14 anos (54%) e em Magude, tivemos 53% adolescentes com idade na faixa dos 15 a 19 anos.

Gráfico 1: Participação por faixa-etária em cada distrito



## Escolaridade

Em relação ao nível de escolaridade dos participantes, 592 frequentavam a escola sendo 27.2% (n = 162) no nível primário EP1, 25% (n = 148) no nível primário EP2, 34.1% (n = 202) no ensino secundário e 12.3% (n = 73) no ensino pré-universitário.

Dos 230 adolescentes que não estavam matriculados no ano, 32.6% (n = 75) afirmaram ter parado os estudos na EP1, 22.6% (n = 52) na EP2, 29.2% (n = 67) no ensino secundário e 14.8% (n = 34) no ensino pré-universitário.

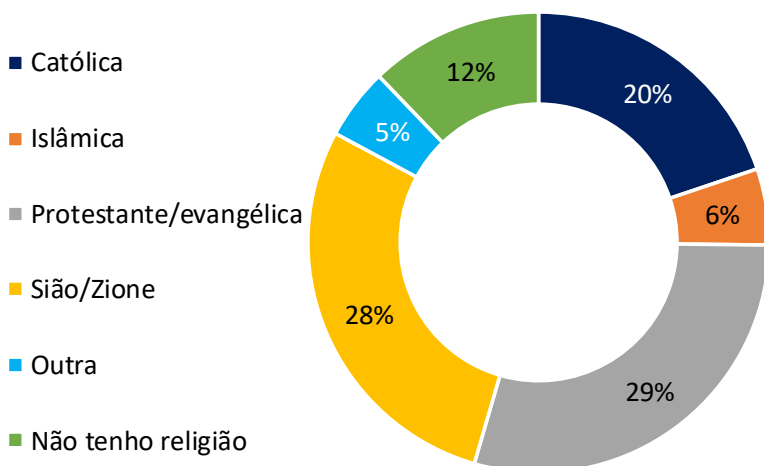
Tabela 2: Situação escolar dos participantes

Características	Faixa etária				Total	
	10 - 14 anos		15 - 19 anos		Participantes	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>Nível de escolaridade que frequenta</b>						
EP1 (1ª a 5ª classe)	157	(48.0)	4	(1.5)	162	(27.2)
EP2 (6ª a 7ª classe)	121	(37.0)	27	(10.2)	148	(25.0)
ESG (8ª a 10ª classe)	49	(15.0)	153	(57.7)	202	(34.1)
Ensino pré-universitário	0	(0.0)	73	(27.5)	73	(12.3)
Ensino técnico, outro	0	(0.0)	8	(3.0)	8	(1.4)
<b>Total</b>	<b>327</b>	<b>(100)</b>	<b>265</b>	<b>(100)</b>	<b>592</b>	<b>(100)</b>
<b>Em que classe parou</b>						
EP1 (1ª a 5ª classe)	54	(68.3)	21	(13.9)	75	(32.6)
EP2 (6ª a 7ª classe)	14	(17.7)	38	(25.2)	52	(22.6)
ESG (8ª a 10ª classe)	10	(12.7)	57	(37.7)	67	(29.2)
Ensino pré-universitário	1	(1.3)	33	(21.8)	34	(14.8)
Ensino técnico, outro	0	(0.0)	1	(0.7)	1	(0.4)
Nenhuma	0	(0.0)	1	(0.7)	1	(0.4)
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>(100)</b>	<b>151</b>	<b>(100)</b>	<b>230</b>	<b>(100)</b>

## Religião

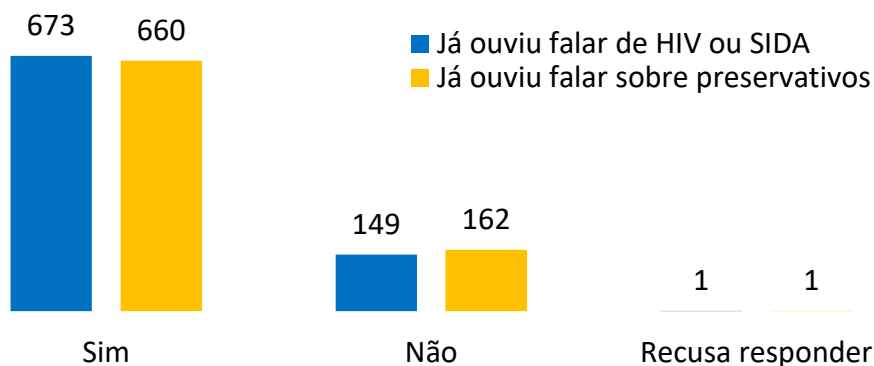
Os adolescentes na sua maioria, professam religião cristã (77%) sendo esta uma religião predominante nesta região sul de Moçambique. Constatou-se que 29% dos participantes pertenciam a igreja protestante/evangélica, 20% pertenciam a igreja católica e 28% são zione.

Gráfico 2: Religião dos participantes



### 3.2. Conhecimento sobre HIV/SIDA e métodos de prevenção

Gráfico 3: Conhecimento sobre HIV/SIDA e preservativos



Avaliando o conhecimento sobre HIV/SIDA e preservativos, 18.1% (n = 149) dos participantes afirmaram nunca ter tido acesso ou ouvido informação sobre HIV/SIDA, e 19.7% (n = 162) afirmaram nunca ter tido acesso ou ouvido sobre preservativos. Na tabela 3 verifica-se que pelo teste de Qui-Quadrado a um nível de significância de 5% conclui-se que há uma associação estatisticamente significativa ( $p=0.002$ ) entre o conhecimento sobre preservativo e o sexo, isto é, mais rapazes sabem sobre preservativos do que as raparigas. Em relação a informação sobre HIV/SIDA conclui-se que não há influência da opinião em função do sexo ( $p=0.485$ ).

Tabela 3: Conhecimento sobre HIV/SIDA e preservativos segundo o sexo

	Sexo			X <sup>2</sup> (p-value)
	Masculino n = 353 (%)	Feminino n = 470 (%)	Total n = 823 (%)	
<b>Ouviu falar sobre HIV/SIDA</b>				
Sim	286 (81.0)	387 (82.4)	673 (81.8)	1.378
Não	67 (19.0)	82 (17.4)	149 (18.1)	(0.485)
Recusa responder	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.1)	
<b>Ouviu falar sobre preservativos</b>				
Sim	301 (85.3)	359 (76.4)	660 (80.2)	11.692
Não	52 (14.7)	110 (23.4)	162 (19.7)	(0.002)
Recusa responder	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.1)	

Analisando o conhecimento sobre HIV/SIDA e preservativos em função da faixa etária (tabela 6), pelo teste de Qui-Quadrado conclui-se que há associação estatisticamente significativa entre as variáveis ouviu sobre HIV/SIDA e a faixa etária ( $p < 0.001$ ) e também entre as variáveis ouviu sobre preservativos e faixa etária ( $p < 0.001$ ). A tabela 6 apresenta a distribuição das faixas etárias e conclui-se que os adolescentes mais velhos isto é, com idade na faixa etária 15 a 19 anos, tendem a afirmar que já ouviram falar sobre HIV/SIDA e preservativos.

Notou-se que 31.8% e 36.7% adolescentes com idades na faixa etária entre os 10 e 14 anos, não têm conhecimento sobre HIV/SIDA e preservativos respectivamente.

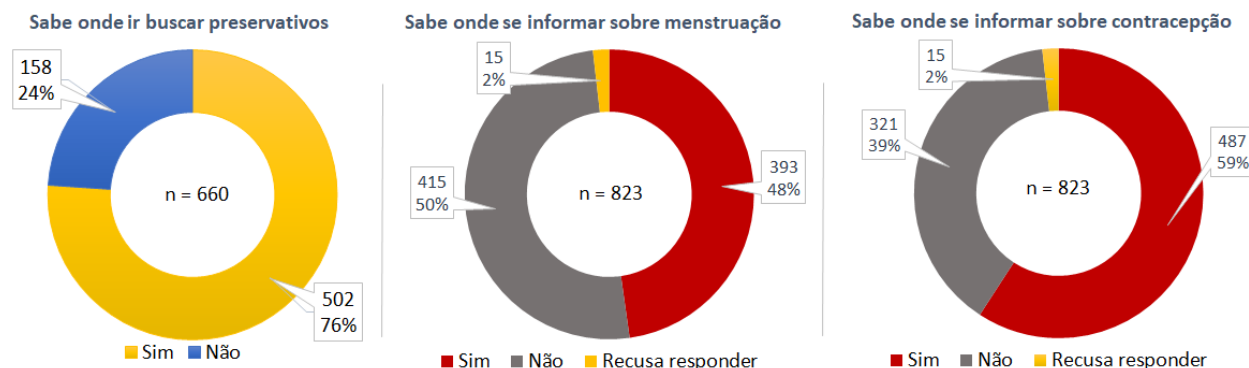
Tabela 6: Conhecimento sobre HIV/SIDA e preservativos segundo faixa etária

	Faixa etária		Total n = 823 (%)	X <sup>2</sup> (p-value)
	10-14 anos n = 406 (%)	15-19 anos n = 417 (%)		
<b>Ouviu falar sobre HIV/SIDA</b>				
Sim	276 (68.0)	397 (95.2)	673 (81.8)	110.960
Não	129 (31.8)	20 (4.8)	149 (18.1)	(<0.001)
Recusa responder	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.1)	
<b>Ouviu falar sobre preservativos</b>				
Sim	256 (63.1)	404 (96.9)	660 (80.2)	166.675
Não	149 (36.7)	13 (3.1)	162 (19.7)	(<0.001)
Recusa responder	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.1)	

### 3.3. Acesso a preservativos e informação sobre menstruação e contraceção

O gráfico 4, ilustra que dos 660 participantes que afirmaram já ter ouvido falar sobre preservativos, apenas 502 (76%) sabem onde ir buscar. Em relação a como se informar sobre menstruação, dos 823 participantes apenas 393 (48%), afirmaram saber onde se informar e 487 (59%) também afirmaram saber onde se informar sobre métodos de contraceção.

Gráfico 4: Acesso a informação sobre prevenção e saúde sexual



### 3.4. Prevenção do HIV

O participantes foram avaliados sobre o conhecimento em relação a prevenção contra HIV. Na tabela 7 verifica-se que 565 (68.7%) participantes afirmaram que o preservativo protege contra a transmissão do HIV mas, 210 (25.5%) não sabiam se o preservativo protege. Em relação a transmissão de HIV através do beijo, 133 (16.2%) afirmaram que é possível a transmissão e 265 (32.2%) não sabiam se é possível. O teste Qui-Quadrado mostra que existe uma relação de dependência entre as variáveis transmissão de HIV através do beijo e o sexo do participantes, sugerindo uma associação estatisticamente significativa ( $p=0.005$ ). Pela distribuição das observações nota-se que o conhecimento dos participantes é influenciado em função do sexo, sendo as raparigas o grupo que mais dúvidas apresentam sobre a possibilidade de transmissão do HIV através do beijo.

Tabela 7: Transmissão e protecção contra HIV

	Sexo		Total n = 823 (%)	X <sup>2</sup> (p-value)
	Masculino n = 353 (%)	Feminino n = 470 (%)		
<b>O uso de preservativo pode proteger contra o HIV</b>				
Sim	253 (71.7)	312 (66.4)	565 (68.7)	4.638 (0.098)
Não	23 (6.5)	25 (5.3)	48 (5.8)	
Não sei/Recusa responder	77 (21.8)	133 (28.3)	210 (25.5)	
<b>Você pode contrair o HIV beijando</b>				
Sim	72 (20.4)	61 (13.0)	133 (16.2)	10.649 (0.005)
Não	183 (51.8)	242 (51.5)	425 (51.6)	
Não sei/Recusa responder	98 (27.8)	167 (35.5)	265 (32.2)	
<b>Menina(o) pode tomar todos os dias um comprimido que proteja contra HIV</b>				
Sim	144 (40.8)	168 (35.7)	312 (37.9)	2.191 (0.334)
Não	85 (24.1)	124 (26.4)	209 (25.4)	
Não sei/Recusa responder	124 (35.1)	178 (37.9)	302 (36.7)	

### 3.5. Opinião dos maiores de 13 anos sobre a gravidez

Analisando a opinião dos participantes maiores de 13 anos (n=530) nas tabelas 8 e 9, nota-se baixo nível de conhecimento sobre prevenção da gravidez. Dos 590 adolescentes maiores de 13 anos, 19.3% afirmaram que a menina não pode engravidar na sua primeira relação sexual e 30.4% não sabiam se a menina pode engravidar na sua primeira relação sexual.

O teste Qui-Quadrado na tabela 8 indica existência de associação estatisticamente significativa entre o sexo dos adolescentes ( $p < 0.001$ ). Conclui-se que há dependência entre a opinião sobre os temas apresentados e o sexo dos participantes sendo que, as raparigas tendem a ter dúvidas sobre a possibilidade de engravidar (36.9% não sabia) ou contrair HIV (36.3% não sabia) na primeira relação sexual e também apresentam dúvidas se o preservativo protege contra a gravidez (17.6% não sabia).

Tabela 8: Opinião por sexo dos maiores de 13 anos sobre protecção contra HIV e gravidez

	Sexo			X <sup>2</sup> (p-value)
	Masculino n = 243 (%)	Feminino n = 347 (%)	Total n = 590 (%)	
<b>Uma menina pode engravidar na primeira vez que faz sexo</b>				
Sim	126 (51.9)	171 (49.3)	297 (50.3)	25.235 ( $<0.001$ )
Não	66 (27.1)	48 (13.8)	114 (19.3)	
Não sei/Recusa responder	51 (21.0)	128 (36.9)	179 (30.4)	
<b>Um(a) menino(a) pode contrair o HIV na primeira vez que faz sexo</b>				
Sim	163 (67.1)	175 (50.4)	338 (57.3)	22.660 (0.001)
Não	35 (14.4)	46 (13.3)	81 (13.7)	
Não sei/Recusa responder	45 (18.5)	126 (36.3)	171 (29.0)	
<b>O uso do preservativo protege contra a gravidez</b>				
Sim	219 (90.1)	270 (77.8)	489 (82.9)	18.396 ( $<0.001$ )
Não	10 (4.1)	16 (4.6)	26 (4.4)	
Não sei/Recusa responder	14 (5.8)	61 (17.6)	75 (12.7)	

A mesma análise para adolescentes maiores de 13 anos, sobre possibilidade de engravidar ou contrair HIV na primeira relação sexual e uso do preservativo na protecção contra a gravidez em grupos de faixa etária (tabela 9), o teste Qui-Quadrado permite concluir que existe associação estatisticamente significativa entre as faixas etárias e a opinião em relação aos temas apresentados ( $p < 0.001$ ,  $p = 0.022$  e  $p < 0.001$ ). Os adolescentes com idades entre os 13 e 14 anos são mais propensos a não saber se é possível engravidar ou contrair HIV na primeira vez que se mantém relações sexuais. Em relação a protecção contra a gravidez os adolescentes mais novos de 13 e 14 anos são mais propensos a não ter conhecimento sobre uso do preservativo na protecção contra gravidez.

A análise sobre sexo e faixa-etária dos adolescentes maiores de 13 anos permite concluir que as raparigas com idades entre 13 e 14 anos, são mais propensas a ter dúvidas sobre prevenção da gravidez usando preservativo e também sobre a transmissão do HIV e possibilidade de engravidar na primeira relação sexual.

Tabela 9: Opinião dos maiores de 13 anos sobre protecção contra HIV e gravidez

	Faixa etária		Total n = 590 (%)	X <sup>2</sup> (p-value)
	13-14 anos n = 173 (%)	15-19 anos n = 417 (%)		
<b>Uma menina pode engravidar na primeira vez que faz sexo</b>				
Sim	58 (33.5)	239 (57.3)	297 (50.3)	28.933 (<0.001)
Não	49 (28.3)	65 (15.6)	114 (19.3)	
Não sei/Recusa responder	66 (38.2)	113 (27.1)	179 (30.4)	
<b>Um(a) menino(a) pode contrair o HIV na primeira vez que faz sexo</b>				
Sim	84 (48.6)	254 (60.9)	338 (57.3)	7.643 (0.022)
Não	29 (16.7)	52 (12.5)	81 (13.7)	
Não sei/Recusa responder	60 (34.7)	111 (26.6)	171 (29.0)	
<b>O uso do preservativo protege contra a gravidez</b>				
Sim	113 (65.3)	376 (90.2)	489 (57.3)	63.601 (<0.001)
Não	9 (5.2)	17 (4.1)	26 (15.6)	
Não sei/Recusa responder	51 (29.5)	24 (5.7)	75 (27.1)	

Na tabela 10 apresenta-se a análise feita nos participantes maiores de 13 anos sobre a sua opinião em relação a possibilidade da rapariga engravidar através do beijo, prevenção da gravidez usando pílula e injeção ou depo e o uso de ervas para evitar a gravidez. Constata-se que, 214 (88.1%) rapazes responderam não ser possível engravidar através do beijo e 301 (86.7%) raparigas tem a mesma opinião.

O teste de Qui-Quadrado indica a existência de associação estatisticamente significativa entre os grupos de adolescentes ( $p < 0.05$ ) isto é, a sua opinião varia em função do sexo quando questionado sobre possibilidade de engravidar após o beijo ou abraço, uso da pílula diária, injeção ou depo na protecção contra gravidez. Analisando a distribuição de opinião dos rapazes, verifica-se que 17.3% afirmaram que a pílula não protege contra a gravidez e 32.1% não sabiam se a pílula realmente protege e em relação a questão sobre a injeção ou depo, 9.5% afirmaram que estes contraceptivos não protegem contra a gravidez e 37.9% não sabiam. Os rapazes mostraram ter menos conhecimento sobre o uso de métodos contraceptivos como pílula e depo.

Em relação ao conhecimento sobre uso de ervas na prevenir a gravidez pelo teste Qui-Quadrado conclui-se que não existe relação entre a opinião e o sexo dos adolescentes. 33.3% dos rapazes e 33.7% das raparigas afirmaram que a menina pode usar ervas para prevenir a gravidez.

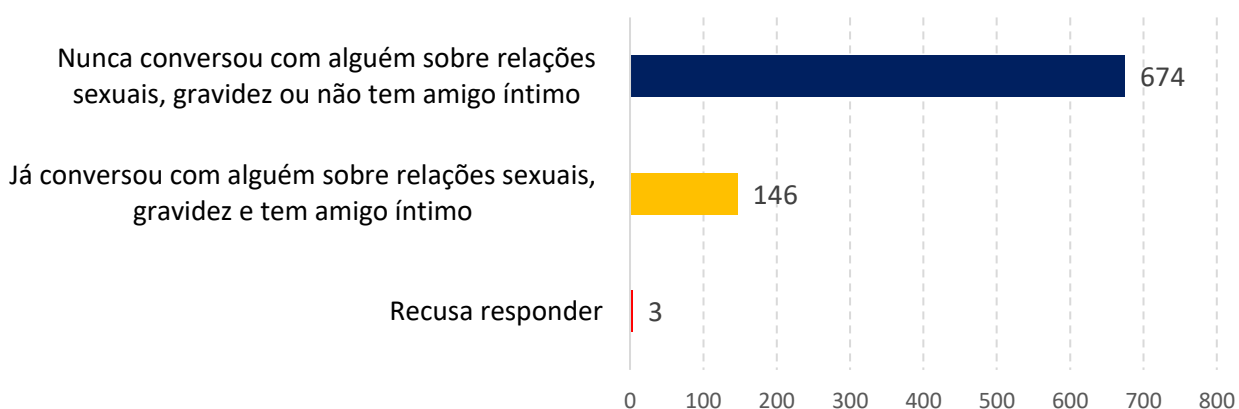
Tabela 10: Opinião dos maiores de 13 anos sobre gravidez

	Sexo		Total n = 590 (%)	$\chi^2$ (p-value)
	Masculino n = 243 (%)	Feminino n = 347 (%)		
<b>Uma menina pode engravidar depois de beijar ou abraçar</b>				
Sim	15 (6.1)	8 (2.3)	23 (3.9)	9.879 (0.007)
Não	214 (88.1)	301 (86.7)	515 (87.3)	
Não sei/Recusa responder	14 (5.8)	38 (11.0)	52 (8.8)	
<b>O uso da pílula todos os dias protege a rapariga da gravidez</b>				
Sim	123 (50.6)	210 (60.5)	333 (56.4)	8.065 (0.018)
Não	42 (17.3)	36 (10.4)	78 (13.2)	
Não sei/Recusa responder	78 (32.1)	101 (29.1)	179 (30.4)	
<b>A injeção ou depo protege a rapariga contra a gravidez</b>				
Sim	128 (52.6)	249 (71.8)	377 (63.9)	22.567 (<0.001)
Não	23 (9.5)	20 (5.8)	43 (7.3)	
Não sei/Recusa responder	92 (37.9)	78 (22.5)	170 (28.8)	
<b>Uma menina pode usar ervas para evitar uma gravidez</b>				
Sim	81 (33.3)	117 (33.7)	198 (33.6)	4.709 (0.095)
Não	87 (35.8)	98 (28.3)	185 (31.4)	
Não sei/Recusa responder	75 (30.9)	132 (38.0)	207 (35.0)	

### 3.6. Prática de relações sexuais

Os participantes foram submetidos a um bloco de perguntas de controlo onde pretendia-se apurar participantes que tenham experimentado as três situações que são: já ter conversado com alguém sobre relações sexuais, gravidez e confirmam ter amigo íntimo.

Gráfico 5: Abordagem sobre relações sexuais, gravidez e amigo íntimo



Os 146 participantes que afirmaram que já conversaram com alguém sobre relações sexuais, gravidez e têm amigo íntimo, foram questionados se já tinham experimentado relações sexuais. Verificou-se que 111 (87.4%) adolescentes com idade entre 15 e 19 anos, afirmaram já ter tido relações sexuais mais de uma vez e apenas 5 (29.4%) dos adolescentes com idade entre 10 e 14 anos afirmaram já ter tido relações sexuais mais de uma vez. O teste Qui-Quadrado ( $p < 0.05$ ) na tabela 11, confirma a existência de dependência entre a faixa etária e início de relações sexuais. 9% dos adolescentes afirmaram já ter experimentado uma vez, 80.6% mais de uma vez e apenas 10.4% nunca teve relações sexuais. Dos adolescentes com idade na faixa etária 10 a 14 anos verificou-se que 5 (29.4%) já teve relações sexuais mais de uma vez, outros 5 (29.4%) apenas uma vez e 7 (41.2%) é que nunca tiveram relações sexuais.

Tabela 11: Prática de relações sexuais por faixa etária

	Faixa etária		Total	p-value
	10 - 14 anos n = 17 (%)	15 - 19 anos n = 127 (%)	Adolescentes n = 144 (%)	
Uma vez	5 (29.4)	8 (6.3)	13 (9.0)	0.000
Mais de uma vez	5 (29.4)	111 (87.4)	116 (80.6)	
Nunca teve	7 (41.2)	8 (6.3)	15 (10.4)	

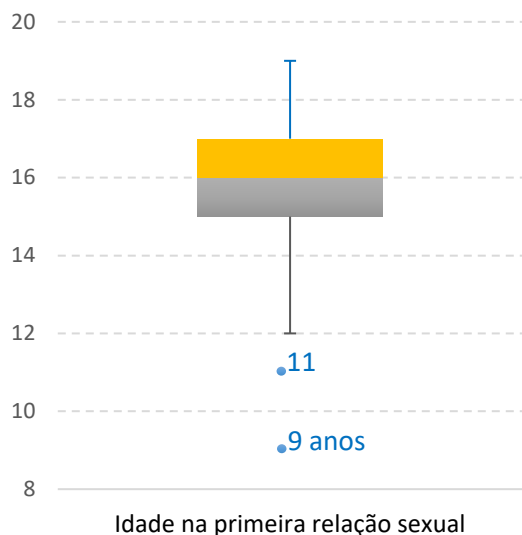
Segundo a tabela 12, os adolescentes que já tiveram relações sexuais mais de uma vez os rapazes correspondem a 84.6% e as raparigas 77.2% e para os que já tiveram uma vez, os rapazes correspondem a 7.7% e as raparigas 10.1%. Pelo teste de Qui-Quadrado ( $p = 0.523$ ) conclui-se que essa diferença não é estatisticamente significativa, isto é, tanto os rapazes assim como as raparigas tem o mesmo comportamento quando se trata de prática de relações sexuais.

Tabela 12: Prática de relações sexuais por sexo

	Sexo		Total	p-value
	Masculino n = 65 (%)	Feminino n = 79 (%)	n = 144 (%)	
Uma vez	5 (7.7)	8 (10.1)	13 (9.0)	0.523
Mais de uma vez	55 (84.6)	61 (77.2)	116 (80.6)	
Nunca teve	5 (7.7)	10 (12.7)	15 (10.4)	

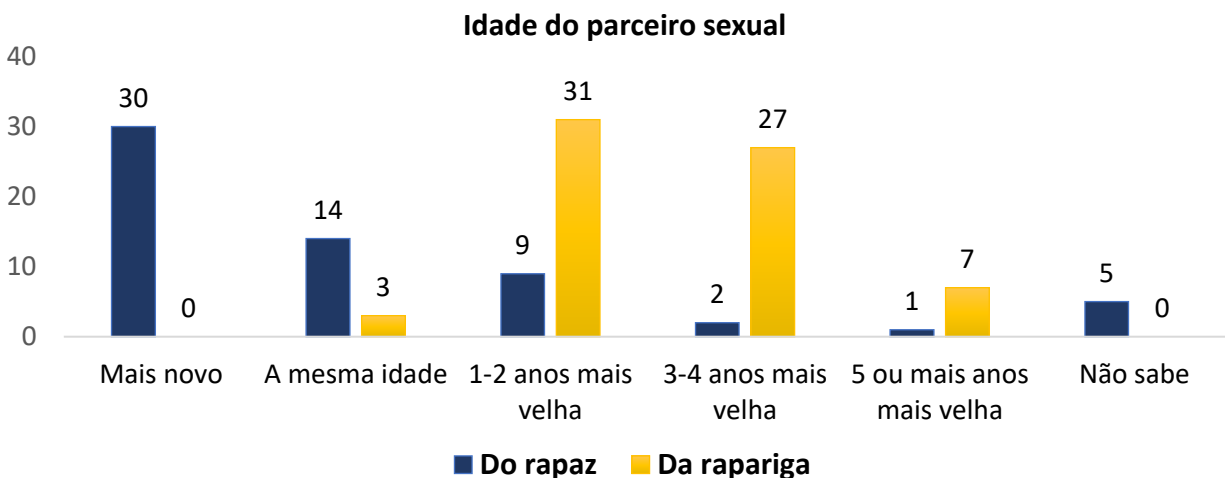
O gráfico 06 ilustra o comportamento dos adolescentes em relação a idade de início de relação sexual, 25% dos participantes iniciaram a relações sexuais entre os 12 e 15 anos mas verifica-se o registo de 2 outliers que são adolescentes que afirmaram ter iniciado a com 9 e 11 anos.

Gráfico 06: Idade de início das relações sexuais



Analisando a idade do parceiro sexual, verifica-se que existe uma diferença no comportamento entre rapazes e raparigas. Os rapazes estão propensos a iniciar a relações sexuais se relacionando com parceiras sexuais mais novas que eles, ou no máximo 2 anos mais velhas enquanto que as raparigas iniciam relações sexuais se relacionando com parceiros mais velhos com a diferença entre 1 até mais de 5 anos de idade e este facto, pode estar a indicar a ocorrências de sexo transacional ou intergeracional nestes dois distritos.

Gráfico 07: Idade do parceiro sexual no início da relação sexual



### 3.7. Comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva

Foi avaliado se os adolescentes procuram esclarecer questões ligadas a mudanças no corpo, relações sexuais, gravidez, contracepção e período menstrual e pelo teste Qui-Quadrado concluiu-se a existência de associação estatisticamente significativa entre faixa etária e a busca por esclarecimentos com alguém ( $p < 0.001$ ), sendo que, os adolescentes mais velhos com idade entre 15 e 19 anos demonstraram que são os que mais procuravam alguém para conversar.

Constatou-se que 57.4% dos adolescentes nunca conversou com alguém sobre mudanças no corpo mas, 41.1% dentre os rapazes e 41.7% dentre as raparigas já tinham conversado com alguém sobre mudanças no corpo e destes apenas 28.3% dos adolescentes tinham idade na faixa etária 10 a 14 anos e 54.2% com idade entre 15 e 19 anos. Pelo teste Qui-Quadrado concluiu-se não há associação estatisticamente significativa ( $p = 0.750$ ) entre o sexo e a opinião sobre as mudanças no corpo, as raparigas e os rapazes tem mesmo comportamento em termos de procurar esclarecimento sobre mudanças no corpo.

Tabela 13: Comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva

	Sexo			Total n = 823 (%)	X <sup>2</sup> (p-value)	Faixa etária			Total n = 823 (%)	X <sup>2</sup> (p-value)
	Masculino n = 353 (%)	Feminino n = 470 (%)				13-14 anos n = 406 (%)	15-19 anos n = 417 (%)			
<b>Já conversou com alguém sobre as mudanças no corpo</b>										
Sim	145 (41.1)	196 (41.7)	341 (41.4)			115 (28.3)	226 (54.2)	341 (41.4)		
Não	206 (58.4)	266 (56.6)	472 (57.4)	0.102		283 (69.7)	189 (45.3)	472 (57.4)	54,521	
Recusa responder	2 (0.5)	8 (1.7)	10 (1.2)	0.750		8 (2.0)	2 (0.5)	10 (1.2)	<0.001	
<b>Já conversou com alguém sobre relações</b>										
Sim	152 (43.1)	152 (32.3)	304 (36.9)			53 (13.1)	251 (60.2)	304 (36.9)		
Não	198 (56.1)	314 (66.8)	512 (62.2)	9,993		347 (85.5)	165 (39.6)	512 (62.2)	193,416	
Recusa responder	3 (0.8)	4 (0.9)	7 (0.9)	0.002		6 (1.4)	1 (0.2)	7 (0.9)	<0.001	
<b>Já conversou com alguém sobre como ocorre a gravidez</b>										
Sim	95 (26.9)	170 (36.1)	265 (32.2)			57 (14.0)	208 (49.9)	265 (32.2)		
Não	248 (70.3)	296 (63.0)	544 (66.1)	9,993		340 (83.8)	204 (48.9)	544 (66.1)	119,805	
Recusa responder	10 (2.8)	4 (0.9)	14 (1.7)	0.002		9 (2.2)	5 (1.2)	14 (1.7)	<0.001	
<b>Já conversou com alguém sobre contracepção</b>										
Sim	100 (28.3)	181 (38.5)	281 (34.1)			56 (13.8)	225 (54.0)	281 (34.1)		
Não	242 (68.6)	281 (59.8)	523 (63.6)	8,537		335 (82.5)	188 (45.0)	523 (63.6)	142,463	
Recusa responder	11 (3.1)	8 (1.7)	19 (2.3)	0.003		15 (3.7)	4 (1.0)	19 (2.3)	<0.001	

Em relação a busca de esclarecimentos sobre relações sexuais, apenas 36.9% afirmaram já ter conversado com alguém sobre relações sexuais sendo que dentre os rapazes 43.1% e dentre as raparigas 32.3% já tinham procurado conversar sobre relações sexuais. Pelo teste Qui-Quadrado concluiu-se que existe uma relação de dependência significativa ( $p < 0.05$ ) entre o sexo e a busca por esclarecimentos sobre relações sexuais, sendo os rapazes que mais buscam por esclarecimentos conversando com outras pessoas.

32.2% dos adolescentes confirmaram já ter procurado conversar com alguém sobre como ocorre a gravidez e em relação a métodos contraceptivos 34.1% dos adolescentes confirmaram já ter conversado com alguém. Verifica-se que quando se trata de esclarecimentos sobre gravidez e métodos contraceptivos, as raparigas são mais propensas a buscar por esclarecimentos.

Tabela 14: Comunicação das raparigas sobre cuidados durante o período menstrual

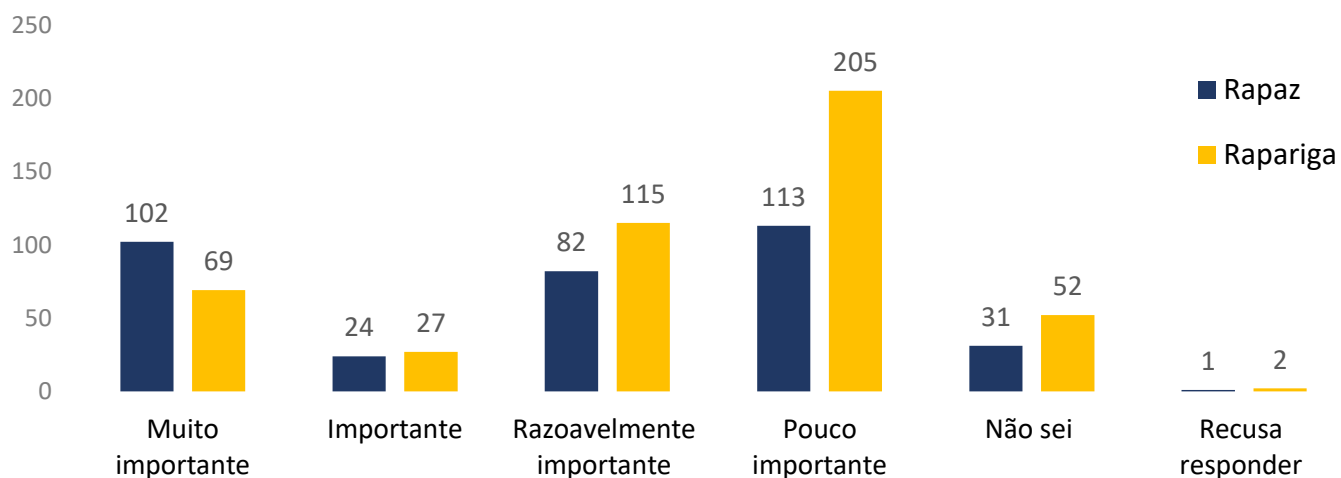
	Faixa etária			X <sup>2</sup> (p-value)
	13-14 anos n = 229 (%)	15-19 anos n = 241 (%)	Total n = 470 (%)	
Sim	74 (32.3)	169 (70.1)	243 (51.7)	
Não	154 (67.3)	72 (29.9)	226 (48.1)	66,583
Recusa responder	1 (0.4)	0 (0.0)	1 (0.2)	<0.001

Questionadas sobre busca de esclarecimentos sobre cuidados de higiene durante o período menstrual, 226 (48.1%) raparigas afirmaram nunca ter buscado esclarecimento com outras pessoas e destas, 154 (67.3%) tinham entre 13 e 14 anos. Pelo teste de Qui-quadrado conclui-se que existe uma relação de dependência significativa ( $p < 0.05$ ) entre a faixa etária e a busca por esclarecimentos sobre cuidados durante o período menstrual, sendo os raparigas mais velhas as que mais buscam por esclarecimentos conversando com outras pessoas.

### 3.8. Início do namoro

Analisando a importância que os adolescentes dão em ter um parceiro (namorado ou namorada), constatou-se que 20.8% dos adolescentes considerou muito importante, 23.9% razoavelmente importante e 38.6% pouco importante (tabela 15).

Gráfico 08: Importância do namoro para os adolescentes



Dentre os adolescentes com idade na faixa etária 10 à 14 anos, apenas 6.7% considerou muito importante e 77.4% não dão importância ao facto de ter um parceiro (57.1% considerou “pouco importante” e 20.3% “razoavelmente importante”). Cenário diferente verifica-se para os adolescentes com idade na faixa etária 15 a 19 anos onde 29.5% considerou “muito importante” e 53.4% considerou de menos importância (razoavelmente e pouco importante).

Tabela 15: Importância do namoro







Quão importante é para você ter um(a) namorado(a)	Faixa etária			Total n = 823 (%)	X <sup>2</sup> (p-value)
	10 - 14 anos n = 315 (%)	15 - 19 anos n = 508 (%)			
Muito importante	21 (6.7)	150 (29.5)		171 (20.8)	
Importante	7 (2.2)	44 (8.7)		51 (6.2)	
Razoavelmente importante	64 (20.3)	133 (26.2)		197 (23.9)	241,965
Pouco importante	180 (57.1)	138 (27.2)		318 (38.6)	0.000
Não sei	42 (13.3)	41 (8.1)		83 (10.1)	
Recusa responder	1 (0.3)	2 (0.4)		3 (0.4)	

### 3.9. Actores preferências de comunicação

Os participantes foram apresentados os actores de comunicação e estes deviam seleccionar quais actores se sentiam confortáveis em se comunicar ou conversar sobre determinado assunto. Os actores de comunicação apresentados são: mãe ou cuidadora, pai ou cuidador, irmão, irmã, outro familiar, médico ou enfermeiro, amigo ou parceiro, professor e outros.

Das 8 opções de preferência de comunicação dos adolescentes sobre mudanças no corpo, relações sexuais, gravidez, contracepção e higiene menstrual, realizamos o quadro de análise de 6 actores preferenciais em cada um dos tópicos de comunicação.

Quadro 3: Actores de comunicação para diferentes tópicos sobre SSR

Comunicação sobre	1ª Preferência de comunicação	2ª Preferência de comunicação	3ª Preferência de comunicação	4ª Preferência de comunicação	5ª Preferência de comunicação	6ª Preferência de comunicação
Mudanças no corpo à medida que crescem	 Amigo(a) / parceiro(a) 34.8%	 Mãe ou cuidadora 26.9%	 Irmão / irmã 13.5%	 Outro familiar 10.1%	 Professor(a) 6.1%	 Pai ou cuidador 4.0%
Relações sexuais	 Amigo(a) / parceiro(a) 47.5%	 Irmão / irmã 12.7%	 Mãe ou cuidadora 7.8%	 Outro familiar 7.2%	 Professor(a) 3.8%	 Outros 4.0%
Gravidez e como ela ocorre	 Amigo(a) / parceiro(a) 35.0%	 Irmão / irmã 12.3%	 Mãe ou cuidadora 11.0%	 Outro familiar 11.0%	 Professor(a) 4.7%	 Outros 3.1%
Métodos de contracepção	 Amigo(a) / parceiro(a) 36.1%	 Irmão / irmã 12.8%	 Mãe ou cuidadora 8.7%	 Professor(a) 7.2%	 Outro familiar 7.0%	 Provedor de saúde 6.1%
Como cuidar de si durante período menstrual (apenas raparigas)	 Mãe ou cuidadora 25.1%	 Amigo / parceiro 14.8%	 Irmão / irmã 11.3%	 Outro familiar 10.3%	 Outros 3.1%	 Professor(a) 1.8%

De um modo geral, os adolescentes tem preferência em se comunicar com o seu amigo ou parceiro, irmã ou irmão, mãe ou cuidadora e outro familiar. O amigo / parceiro é principal confidente nas abordagens sobre mudanças no corpo, relações sexuais, gravidez e métodos de contracepção, enquanto que na família, a mãe ou cuidadora é a opção preferencial quando se trata de mudanças no corpo mas perde esta influência quando o assunto é sobre gravidez, relações sexuais e métodos contraceptivos.

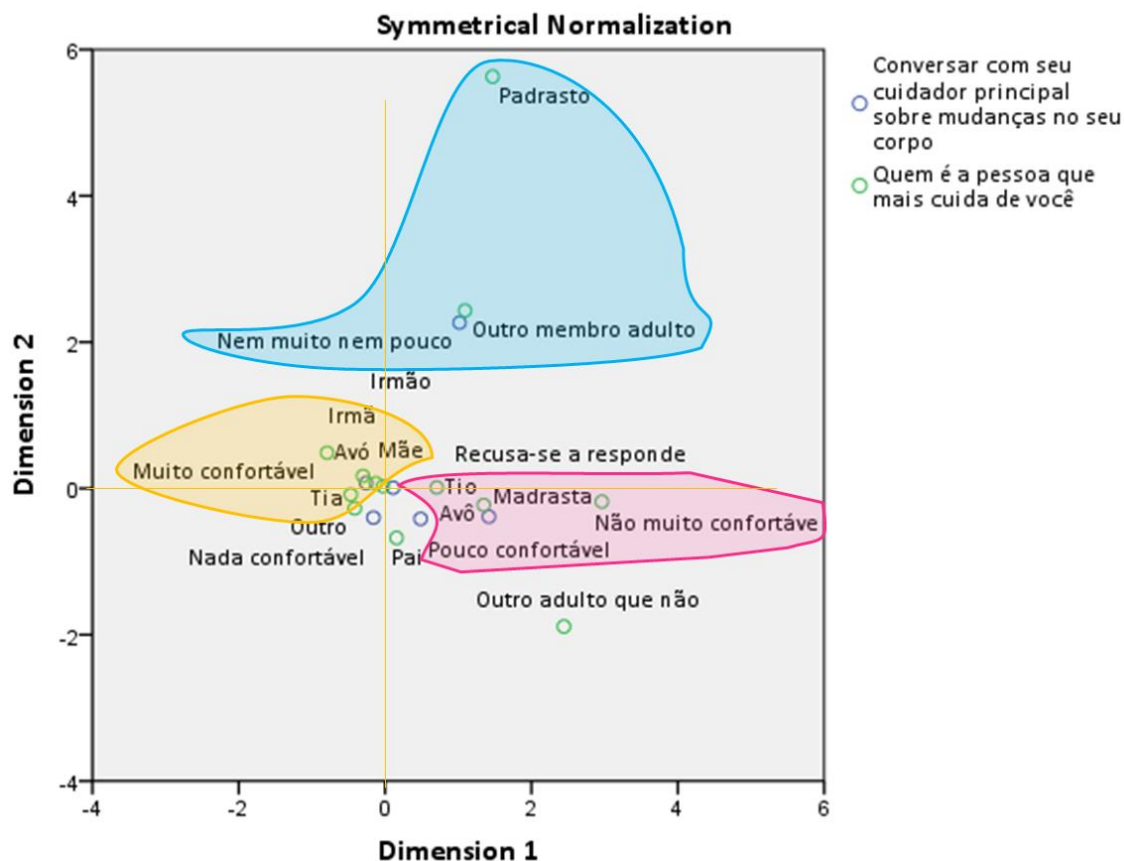
### 3.10. Relacionamento e envolvimento com o cuidador principal

Aplicou-se o método estatístico análise de correspondência para descrever a relação entre duas variáveis assim como a relação entre as categorias de cada variável e foi analisado o nível de conforto que o adolescente tem ao abordar o cuidador principal para conversar sobre coisas que lhes preocupam, mudanças no corpo e problemas com o seu namorado ou namorada.

Dada a realidade sobre composição das famílias nestes distritos, os participantes indicaram quem eram os seus cuidadores principais que variava de pais, irmãos, avós, tios, familiares e pessoas não membros das suas famílias.

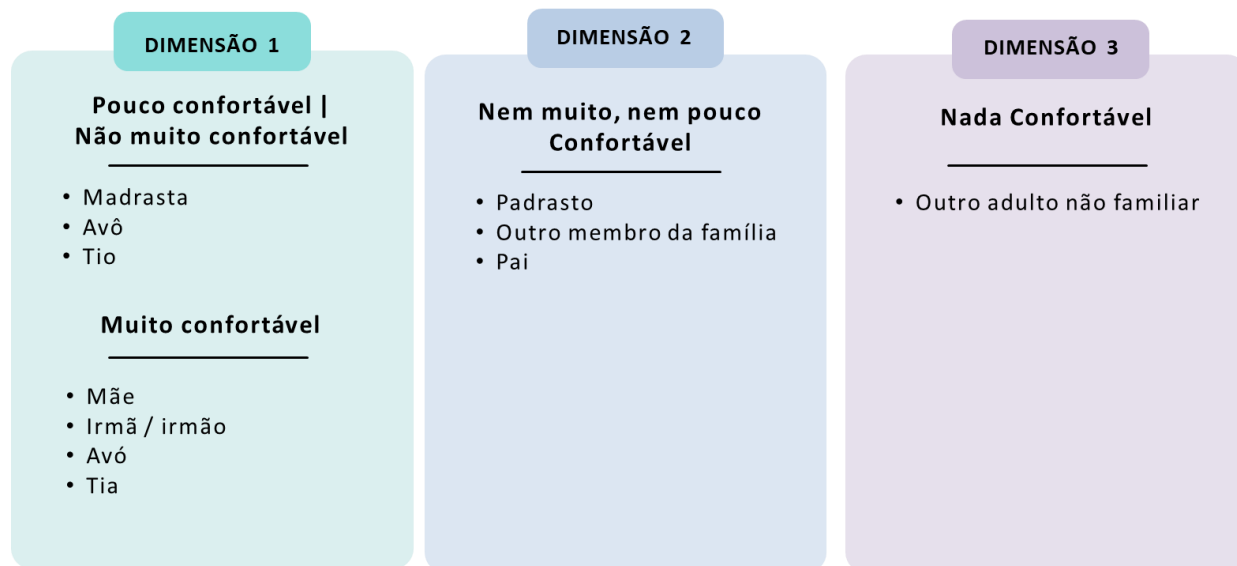
#### Abordar o cuidador principal sobre mudanças no corpo

Gráfico 09: Relação entre categorias de cuidador e níveis de conforto na conversa



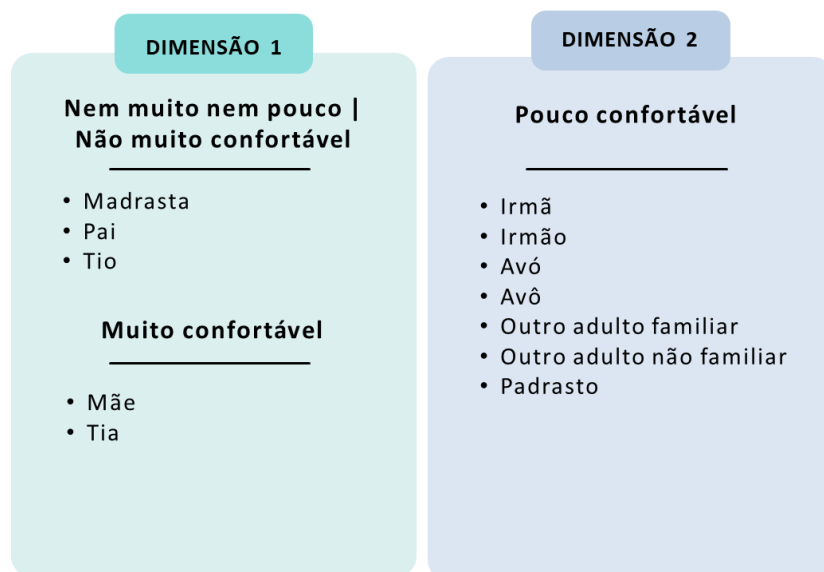
Através do gráfico 9 e resumido na figura 1, nota-se que assim como verificado nos actores preferenciais de comunicação, a mãe gera conforto nos adolescentes quando se trata de conversar sobre mudanças no corpo. Nota-se também que a figura adulta feminina sendo cuidadora principal neste caso a mãe, irmã, tia e avó tem um papel fundamental e geram conforto em abordagens sobre mudanças no corpo.

Figura 1: Categorias de cuidador e níveis de conforto na conversa sobre mudanças no corpo



### Abordar o cuidador principal sobre coisas que te preocupam

Figura 02: Categorias de cuidador e níveis de conforto na conversa sobre coisas que preocupam

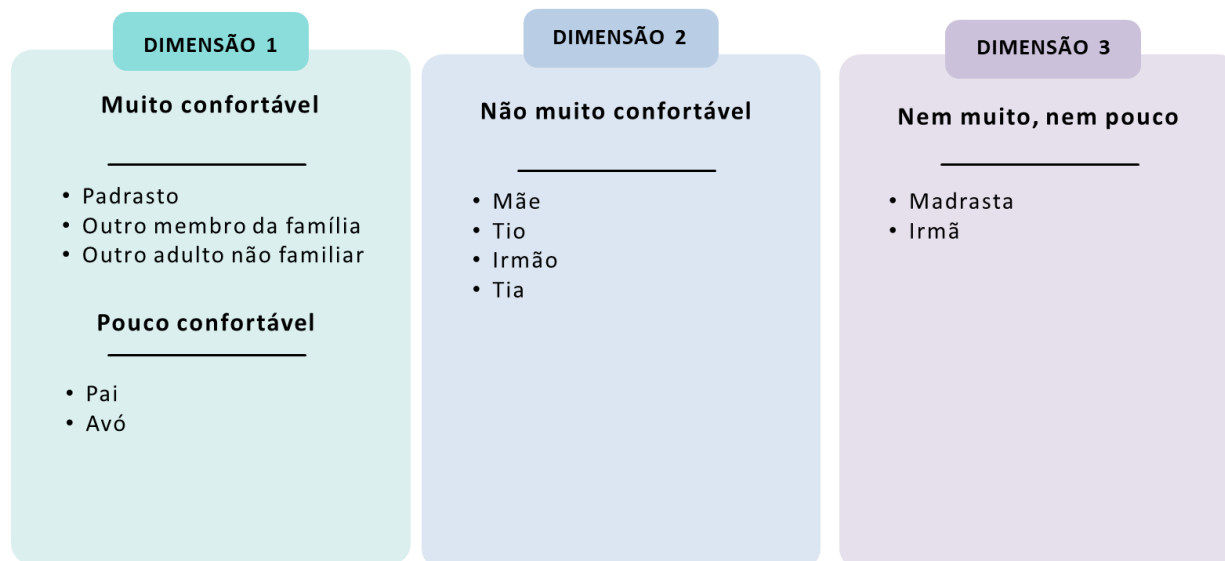


Quando os adolescentes pretendem abordar o seu cuidador principal sobre coisas que lhes preocupam, sentem muito confortáveis quando o cuidador é a mãe ou a tia e pouco confortáveis quando o seu cuidador principal é a irmão, avós, familiar ou padrasto.

## Abordar o cuidador principal sobre problemas com seu parceiro (namorado ou namorada)

Quando se trata de abordar o cuidador principal para apresentar problemas com seu namorado ou namorada, os adolescentes sentem-se confortáveis em conversar quando o cuidador é padrasto, um adulto não familiar ou outro membro da família que não seja irmão, tio ou avó.

Figura 3: categorias de cuidador e níveis de conforto na conversa sobre problemas com o parceiro



Relacionando o comportamento dos adolescentes nas opções de actores de comunicação e conforto com o seu cuidador principal nota-se que a figura paterna é evitada abordar sobre diferentes assuntos de SSR ou coisas que lhes preocupam. Dependendo do assunto a ser abordado, os adolescentes claramente tem comportamentos diferentes em termos de conforto em função da relação com o cuidador principal.

## 4. Conclusões e recomendações

---

A análise dos dados do presente estudo permite concluir que adolescentes mais novos, na faixa etária entre 13 e 14 anos, tem mais limitações de conhecimento sobre vários aspectos de saúde sexual e reprodutiva incluindo, uso do preservativo, transmissão do HIV e contraceção.

Os adolescentes dos distritos de Magude e Moamba, iniciam a actividade sexual muito cedo, antes dos 15 anos.

A falta de conhecimento sobre prevenção da gravidez e do HIV, expõe os adolescentes ao risco de gravidez indesejada e casos de transmissão de HIV.

Embora de um modo geral haja pouca comunicação dos adolescentes sobre questões ligadas a SSR, quando o fazem, os adolescentes tem preferência em se comunicar com o seu amigo ou parceiro, irmã ou irmão, mãe ou cuidadora e outro familiar.

O amigo ou parceiro, é principal confidente nas abordagens sobre mudanças no corpo, relações sexuais, gravidez e métodos de contraceção, enquanto na família, a mãe ou cuidadora é a opção preferencial quando se trata de mudanças no corpo mas esta, tem pouca influência quando o assunto é sobre gravidez, relações sexuais e métodos contraceptivos.

### Recomendações

Os adolescentes assim como os pais, devem ser encorajados a estabelecer diálogos sobre a sexualidade e outros aspectos da SSR.

Deve-se desenhar pacotes educativos destinados aos pais e adultos influentes sobre comunicação em questões de SDR antes da puberdade.

Instituições que trabalham nesta área, devem em parceria com o Ministério da Saúde, conceber programas multidimensionais e inclusivos de modo a responder as necessidades dos adolescentes em todas as suas fases.

Os professores e provedores de saúde, devem continuar a educar os adolescentes incluindo os mais novos, pais/mães e líderes comunitários.

## 5. Bibliografia

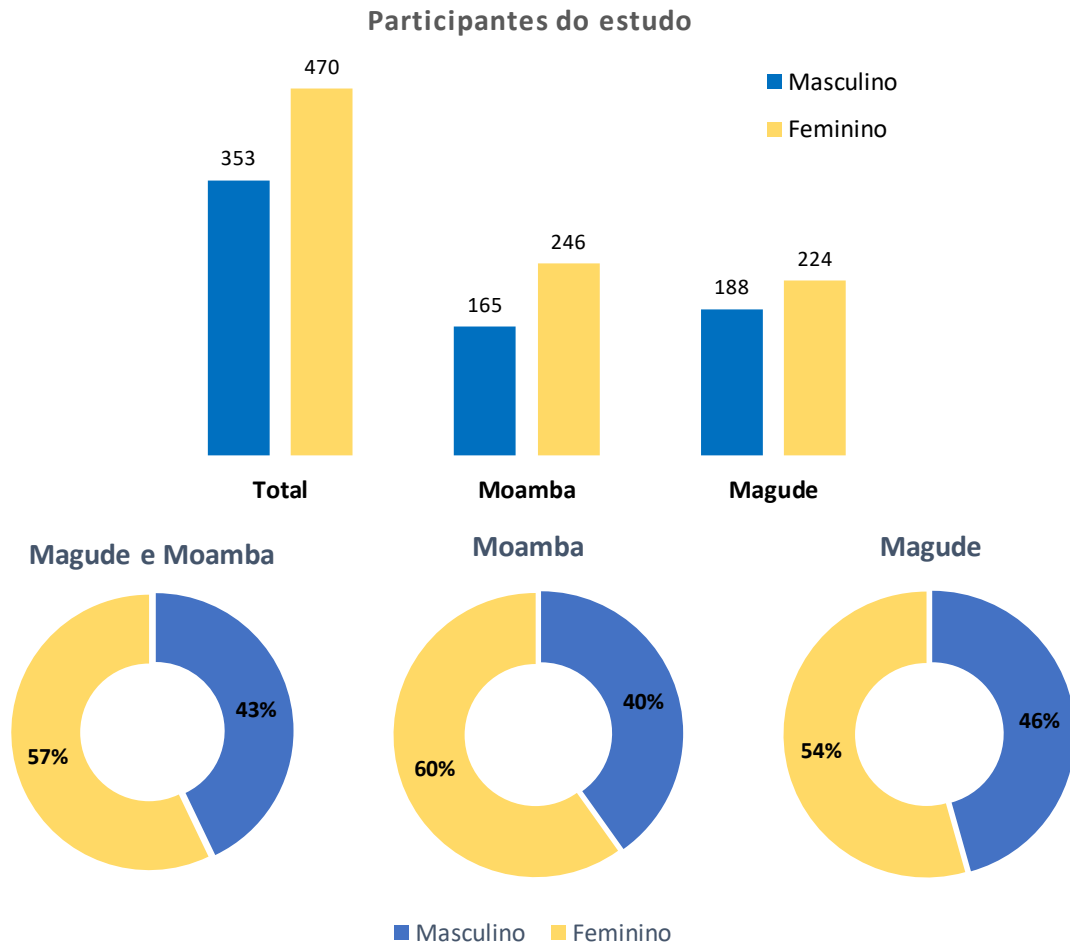
---

- Ayehu, A., Kassaw, T., & Hailu, G. (2016). Young people 's parental discussion about sexual and reproductive health issues and its associated factors in Awabel Woreda, Northwest Ethiopia. *Reproductive health*, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0143-y>
- Bastien, S., Kajula, L. J., & Muhwezi, W. W. (2011). A review of studies of parent-child communication about sexuality and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa, 1-17.
- Biddlecom, B., & Awusabo, K. (2009). Role of parents in adolescent sexual activity and contraceptive use in four african countries. *International perspectives on sexual and reproductive health*, 35(2), 72-81.
- Capurchande, R., Coene, G., Schockaert, I., Macia, M., & Meulemans, H. (2016). "It is challenging ... oh, nobody likes it! ": a qualitative study exploring mozambican adolescents and young adults experiences with contraception. *BMC women's health*, 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0326-2>
- Chandra-Mouli, V., Gibbs, S., Badiani, R., Quinhas, F., & Svanemyr, J. (2015). Programa Geração Biz: how did this adolescent health initiative grow from a pilot to a national programme, and what did it achieve? *Reproductive Health*, 12, 1-12.
- Crichton, J., Ibisomi, L., & Obeng, S. (2012). Mother - daughter communication about sexual maturation, abstinence and unintended pregnancy: Experiences from an informal settlement in Nairobi, Kenya, 35, 2011-2013. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.06.008>
- Frederico, M., Arnaldo, C., Michielsen; K. & Decat, P., (2019). Adult and young women communication on sexuality: a pilot intervention in Maputo-Mozambique. *Open Access Journal of Reproductive Health*, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0809-3>
- Hainsworth, G., Engel, D., Simon, C., Rahimtoola, M., & Ghiron, L. (2014). Scale-up of adolescent contraceptive services: lessons from a 5 country comparative analysis. *Journal of Acquired Immune Deficient Syndrome*, Volume 66, Supplement 2, July 1. <https://journals.lww.com/jaids/toc/2014/07011>
- ICRH-M & IPAS (2018). *Compreendendo as barreiras e facilitadores às opções de aborto seguro nas províncias de Nampula e Zambézia*. Maputo.
- Lane, C., Brundage, C., Kreinin, T., & A. M. H. S. (2017). Why we must invest in early adolescence: early intervention, lasting impact. *Journal of adolescent health*, 61(4), S10-S11. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.07.011>
- Leeds, C., Gallagher, K., Wass, T., Leytem, A., & Shlay, J. (2014). Improving parent-child communication around reproductive health for latino teen pregnancy prevention, (August), 1396-1404.

- Loforte, A. (2007). Noções de Sexualidade: Respondendo às necessidades dos jovens em matéria de saúde sexual e reprodutiva. *Outras Vozes*, 19, 1-5.
- Markham, C., Lormand, D., Gloppen, K., Peskin, M., Flores, B., Low, B., & House, L. (2010). Connectedness as a predictor of sexual and reproductive health outcomes for youth. *Journal of adolescent health*, 46(3), S23-S41. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.11.214>
- Matsinhe, J. (2011). *Programa Geração Biz: investing in youth: the story of a national SRH programme for adolescents and youths in Mozambique*. Mozambique: UNFPA.
- MISAU (2015). *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA)*. Maputo.
- Muhwezi, W., Katahoire, A., Banura, C., Mugooda, H., Kwesiga, D., Bastien, S., & Klepp, K. (2015). Perceptions and experiences of adolescents, parents and school administrators regarding adolescent-parent communication on sexual and reproductive health issues in urban and rural Uganda. *Reproductive health*, 1616. <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0099-3>
- Nash, K., Malley, G., Geoffroy, E., Schell, E., Bvumbwe, A., & Denno, D. (2019). “ Our girls need to see a path to the future ” perspectives on sexual and reproductive health information among adolescent girls, guardians, and initiation counselors in Mulanje district, Malawi, 1-13.
- Phetla, G., Busza, J., Hargreaves, J., Pronyk, P., Kim, J, Morison, L., Porter, J. (2009). “ They have opened our mouths ”: increasing women's skills and motivation for sexual communication with young people in rural south Africa“. *AIDS Education and prevention*, 20(6), 504-518. <https://doi.org/10.1521/aeap.2008.20.6.504>
- Silva, L. (2018). Communication Strategies of Adolescent Sexual and Reproductive Health Programmes in Mozambique: Cultural Challenges. *Open Access Journal of Public Health*. Vol. 2, Issue 3, 018.
- Silva, L. (2018a). Communication Strategies of Programa Geração Biz in Nampula and Maputo. *Open Access Journal of Public Health*. Vol. 2, Issue 3, 017.
- UNICEF (2015). *Child Marriage and Adolescent Pregnancy in Mozambique*. Maputo.

## Anexo

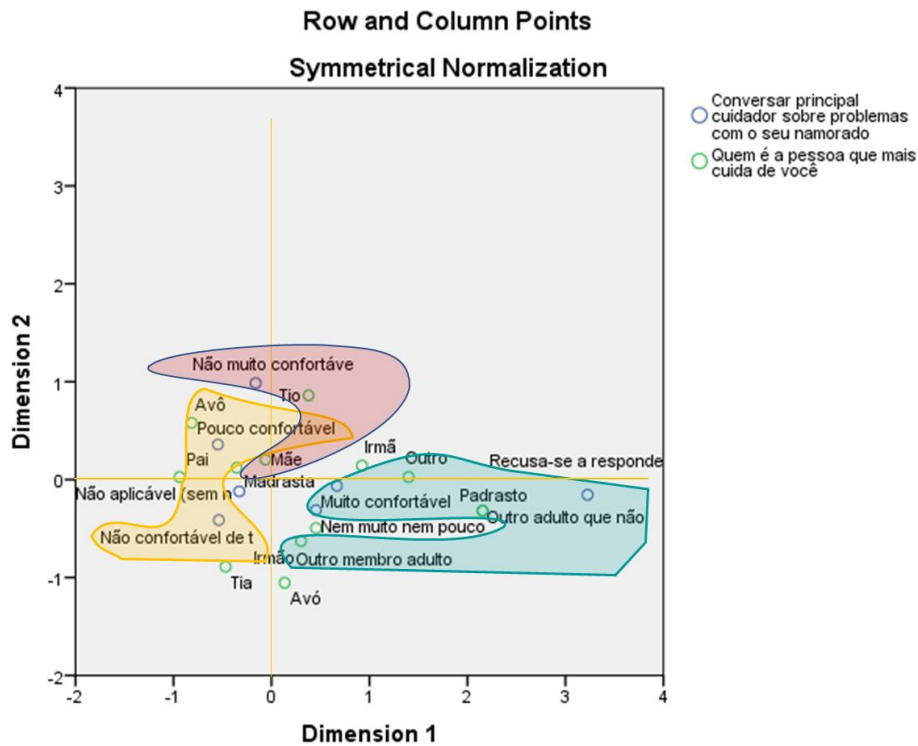
### Anexo 1: Dados sócio-demográfico dos participantes



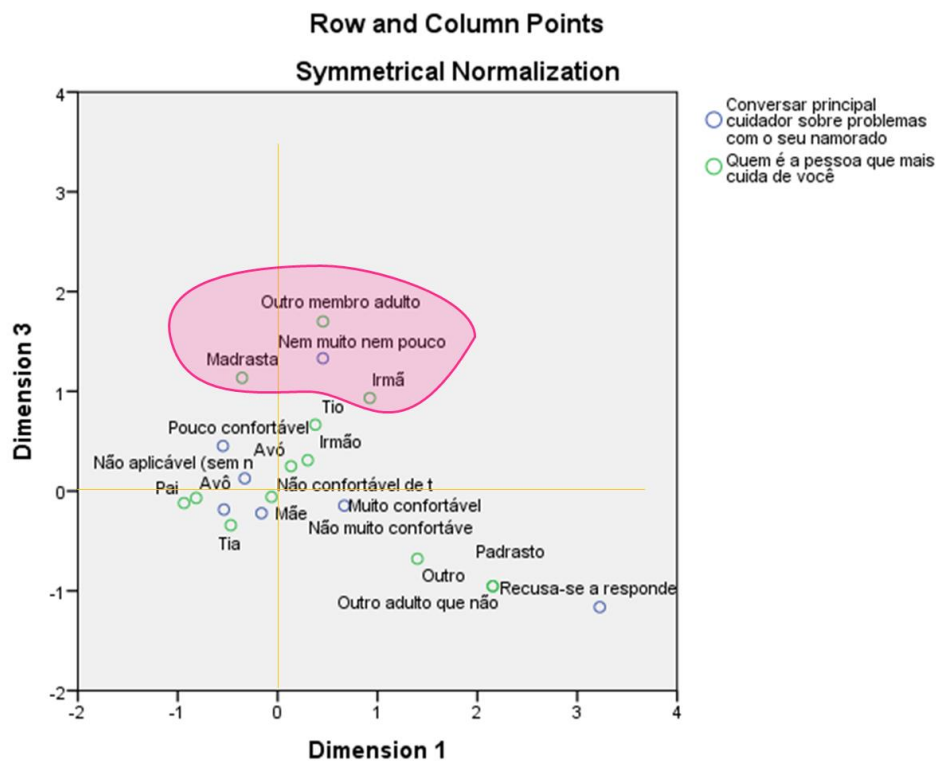
Anexo 2: Opinião dos maiores de 13 anos sobre gravidez

	Faixa etária				Total		Qui-quadrado (p-value)
	10-14 anos		15-19 anos				
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>Uma menina pode engravidar depois de beijar ou abraçar</b>							
Sim	7	(4.0)	16	(3.8)	<b>23</b>	<b>(3.9)</b>	28.767 ( $<0.001$ )
Não	134	(77.5)	381	(91.4)	515	(87.3)	
Não sei/Recusa responder	32	(18.5)	20	(4.8)	52	(8.8)	
Total	173	(100)	417	(100)	590	(100)	
<b>O uso da pílula todos os dias protege a rapariga da gravidez</b>							
Sim	73	(42.2)	260	(62.4)	333	(57.3)	20.691 ( $<0.001$ )
Não	28	(16.2)	50	(12.0)	78	(15.6)	
Não sei/Recusa responder	72	(41.6)	107	(25.7)	179	(27.1)	
Total	173	(100)	417	(100)	590	(100)	
<b>A injeção ou depo protege a rapariga contra a gravidez</b>							
Sim	80	(46.2)	297	(71.2)	377	(57.3)	33.160 ( $<0.001$ )
Não	18	(10.4)	25	(6.0)	43	(15.6)	
Não sei/Recusa responder	75	(43.4)	95	(22.8)	170	(27.1)	
Total	173	(100)	417	(100)	590	(100)	
<b>Uma menina pode usar ervas para evitar uma gravidez</b>							
Sim	49	(28.3)	149	(35.7)	198	(57.3)	4.514 (0.105)
Não	53	(30.6)	132	(31.7)	185	(15.6)	
Não sei/Recusa responder	71	(41.0)	136	(32.6)	207	(27.1)	
Total	173	(100)	417	(100)	590	(100)	

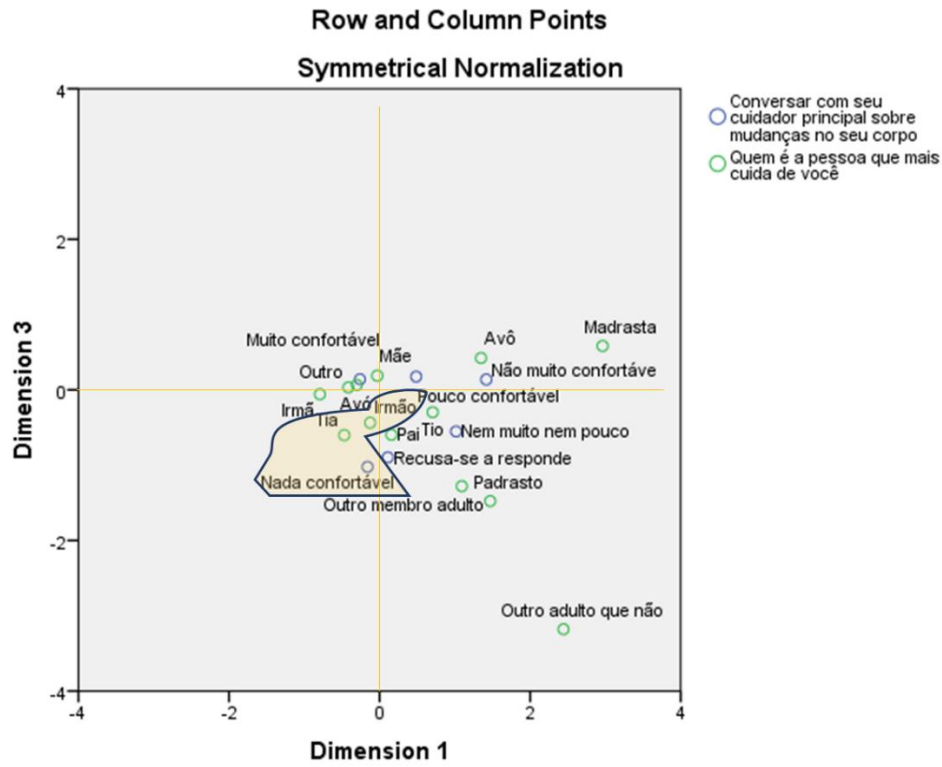
Anexo 3: A) Relação entre categorias de cuidador e de conforto para problemas com o parceiro



Anexo 4: B) Relação entre categorias de cuidador e conforto para problemas com o parceiro



Anexo 5: Relação entre categorias de cuidador e conforto para mudanças no corpo



Anexo 6: Relação entre categorias de cuidador e conforto para coisas que preocupam

