



ICRH *Mozambique*
CENTRO INTERNACIONAL PARA SAÚDE REPRODUTIVA



FICA

**ANÁLISE SITUACIONAL DA QUALIDADE
DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E
ENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE
PARA MAIOR USO DO PLANEAMENTO
FAMILIAR NA PROVÍNCIA DE MAPUTO,
MOÇAMBIQUE.**

Componente #2

*Conhecimentos, Atitudes, Práticas e Comportamentos dos
Membros das Comunidades Relacionados ao Planeamento
Familiar nos Distritos da Manhiça e Marracuene.*



**RELATÓRIO FINAL DA AVALIAÇÃO DE LINHA
DE BASE**

Outubro, 2014

Implementador

***Direção Provincial de Saúde de Maputo
Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação
Social de Manhica e Marracuene***

Assistência Técnica

***ICRH-M Centro Internacional de Saúde
Reprodutiva, Moçambique***

Financiamento

***FICA – Agência Flamengo de Cooperação
Internacional***

Autores

***Gilda G. Sitefane¹ - Coordenadora da Pesquisa
Joelma Joaquim¹ - Investigadora Principal
Celestina Maria da Conceição² - Co-investigadora
Florência Mucale³ - Co-investigadora
Sawda Neves⁴ - Co-investigadora***

¹ Centro Internacional Para Saúde Reprodutiva (ICRH)
Moçambique.

² Direção Provincial de Saúde de Maputo.

³ Serviços Distritais de Saúde da Manhica.

⁴ Serviços Distritais de Saúde da Marracuene.

Consultores, Análise e Relatório

***LAC A Molecular, Consultoria
Pesquisa & Projetos***

Índice

Abreviaturas e Siglas.....	i
Agradecimentos.....	ii
Sumário Executivo.....	iii
Introdução.....	1
Visão Geral do Projeto.....	2
Estudo CAPC dos Membros da Comunidade.....	3
Justificação do estudo.....	3
Objetivo geral.....	5
Objetivos específicos.....	5
Características gerais da população na área do estudo.....	6
Situação sanitária na área do estudo.....	7
CAPC – Material e Métodos.....	9
1. Pesquisa quantitativa	9
1.1. Questionários.....	9
1.2. Desenho e tamanho da amostra.....	9
1.3. Seleção dos agregados familiares.....	11
1.4. Seleção dos respondentes.....	11
1.5. Treino dos inquiridores e piloto dos questionários.....	11
1.6. Colheita de dados.....	12
1.7. Entrada e análise de dados.....	13
2. Entrevistas individuais.....	13
2.1. Entrevistas.....	13
2.2. Amostragem e tamanho da amostra.....	13
2.3. Colheita de dados.....	13
2.4. Manuseamento e análise de dados.....	14
3. Grupos de discussão focal.....	14
3.1. Formato das sessões.....	14
3.2. Amostragem e tamanho da amostra.....	14
3.3. Colheita de dados.....	14
3.4. Manuseamento e análise de dados.....	14
Resultados.....	15
Características sócio-demográficas dos respondentes.....	15

CAPC Planeamento Familiar e Contraceção, Marracuene e Manhiça – Relatório Final

Características das habitações.....	18
Bens de consumo duráveis	19
Número de filhos desejados.....	20
Tipo e local de parto	21
Contraceção	22
Conhecimentos sobre planeamento familiar	22
Uso anterior de algum método moderno de contraceção	26
Uso actual da contraceção	28
Meio de transporte para unidade sanitária mais próxima	30
Experiencia no uso de métodos modernos de contraceção	31
Razões para a não aderência ao PF	32
Acções para aumentar a frequência de homens aos serviços de planeamento familiar	34
Discussão.....	36
Recomendações.....	40
Apêndices.....	41
Apêndice A: Questionário para mulheres.....	41
Apêndice B: Questionário para homens.....	46
Apêndice C: Guião de entrevista individual.....	51
Apêndice D: Roteiro para grupos de discussão focal.....	52

Lista de Tabelas

Tabela 1: Características gerais da população na área do estudo.....	7
Tabela 2: Situação sanitária na área do estudo.....	8
Tabela 3: Características sociodemográficas dos entrevistados . Distribuição percentual de mulheres e homens de 15-49 anos por características sociodemográficas	16
Tabela 4a: Características sócio-demográficas das mulheres.....	17
Tabela 4b: Características sócio-demográficas dos homens.....	18
Tabela 5: Características das habitações.....	19
Tabela 6: Bens duráveis do agregado familiar.....	20
Tabela 7: Distribuição de número de filhos.....	21
Tabela 8: Local e tipo de parto.....	22
Tabela 9: Distribuição percentual dos entrevistados segundo o seu nível de conhecimento sobre os métodos contraceptivos.....	24
Tabela 10: Distribuição percentual dos entrevistados segundo o uso dos métodos contraceptivos.....	27
Tabela 11: Uso actual de método moderno de contraceção.....	29
Tabela 12: Meio de transporte e tempo para US.....	31
Tabela 13: Distribuição percentual das razões de não do uso de métodos contraceptivos por distrito.....	32

Lista de Figuras

Figura 1: Mapa de localização dos distritos de Marracuene e Manhiça.....	6
Figura 2: Conglomerados seleccionados para amostra.....	11
Figura 3: Meios de informação pelos entrevistados sobre planeamento familiar por sexo.	25
Figura 4: Métodos contraceptivos utilizados pela população do estudo.....	28
Figura 5: Percentagem da importância do planeamento familiar nos entrevistados.....	28

Abreviaturas e Siglas

CAPC	Conhecimentos, Atitudes, Práticas e Comportamentos
CS	Centro de Saúde
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
EP I/II	Ensino Primário do tipo I ou tipo II
ESG	Ensino Secundário Geral
FP 2020	Iniciativa Global para Planeamento Familiar e Contraceção
GDF	Grupo de Discussão Focal
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
ICRH - M	Centro Internacional para a Saúde Reprodutiva, Moçambique
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
LARC	Contraceptivos Reversíveis de Longa Duração
MISAU	Ministério da Saúde
MMC	Método Contraceptivo Moderno
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milénio
PF	Planeamento Familiar
RMM	Taxa de Mortalidade Materna
SIDA	Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida
SMI	Saúde Materna e Infantil
SPSS	Pacote Estatística para Ciências Sociais
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População e Alimentação
US	Unidade Sanitária

Agradecimentos

A Investigadora principal e toda a equipa de investigação agradecem em primeiro lugar, a todos que de uma forma direta ou indireta, tornaram possível a realização deste estudo. Os nossos agradecimentos vão para a equipa de coordenação do ICRH-M pela oportunidade e apoio que prestaram em todas as etapas da realização desta pesquisa.

Estendemos o nosso agradecimento a Direção Provincial de Saúde de Maputo, aos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social dos distritos de Marracuene e Manhiça pelo inestimável suporte dado a realização das diferentes atividades ligadas ao estudo e as valorosas informações e dados fornecidos que muito contribuíram para o sucesso do mesmo.

O nosso muito 'kanimambo' às comunidades e aos agregados familiares dos distritos de Marracuene e Manhiça pela paciência e disponibilidade voluntariamente expressa para participarem desta jornada. O mesmo é extensivo aos inquiridores, moderadores e supervisores de campo.

Por fim o nosso muito obrigado a consultora LAC A Molecular pelo valoroso e inigualável apoio e direção na análise e interpretação dos dados do estudo e na elaboração deste relatório.

A TODOS, O NOSSO KANIMAMBO.

SUMÁRIO EXECUTIVO

Este relatório sumariza os resultados do estudo de linha de base sobre Conhecimentos, Atitudes, Práticas e Comportamentos (CAPC) dos membros da comunidade dos Distritos de Manhica e Marracuene, da Província de Maputo em relação ao Planeamento Familiar, realizado no âmbito do projeto "Aquisição de Conhecimento para a Prestação de Serviços de Melhor Qualidade e Envolvimento da Comunidade para Maior uso do Planeamento Familiar (IQSCI)" a ser implementado pela Direção Provincial de Saúde de Maputo nos Distritos de Manhica e Marracuene, com assistência técnica do ICRH-M (Centro Internacional para Saúde Reprodutiva – Moçambique). A empresa de consultoria LAC A Molecular, realizou a análise de dados do estudo CAPC para medir os principais indicadores do planeamento familiar (PF), uso dos métodos modernos de contraceção (MMC) e avaliar as percepções dos membros da comunidade sobre PF e MMC.

Foi realizado um estudo longitudinal descritivo, do tipo CAPC onde foram visitados 363 agregados familiares e inquiridas 228 mulheres e 230 homens dos distritos de Manhica e Marracuene. Foram igualmente realizados e validadas 11 sessões de grupos de discussão focal e 20 entrevistas individuais com membros de ambos os sexos das comunidades. Para análise dos dados qualitativos foi usado a metodologia da estatística descritiva e inferencial para medir a significância das inequidades. A análise qualitativa foi efetuada com recurso a técnica da análise de conteúdos e a estruturação da narrativa.

Os resultados do presente estudo mostram três tendências principais:

- O nível de conhecimento sobre PF (99,4%) é elevado entre as mulheres de 15-49 anos de idade, embora seja em geral, ainda restrito ao conceito de espaçamento de pelo menos dois anos entre duas gravidezes para permitir a amamentação eficiente do bebe e para descanso da mãe. Entre os homens, 97,0% afirmam ter conhecimento sobre PF, embora o mesmo não seja consolidado, sendo a sua principal fonte de informação as esposas/parceiras.
- O uso atual dos MMC nos distritos de Manhica e Marracuene é alto (46%) com 69,1 % das mulheres a afirmarem já ter usado pelo menos um MMC. Estes números são superiores a aqueles observados no IDS 2011 (prevalência nacional de uso de MMC de 14,5%) e comparável as prevalências encontradas nos meios urbanos. O MMC mais usado entre as mulheres casadas ou em união de fato é a pílula (46%) seguida da injeção/Depo-provera (39%); entre as mulheres solteiras a pílula (40%) e o preservativo (40%) são os métodos de eleição. Entre os homens, 43% afirmam estar a usar um MMC na sua relação conjugal. O preservativo masculino não é ainda considerado um método de PF pela maioria dos homens.
- O número de novas usuárias (mulheres que procuram MMC pela primeira vez) é baixo, tendo em conta que mais de metade das entrevistadas afirmam usar um MMC há mais de um ano; do total de mulheres, que atualmente usam um MMC, 93% afirmaram já ter usado um MMC no passado. Isto evidencia que o uso de MMC é intermitente e mais frequente entre as mulheres mais velhas e/ou com maior número de filhos nascidos.

Os principais achados desta componente da pesquisa, mostram que o nível de conhecimento dos indivíduos e em especial das mulheres é satisfatório nos dois distritos alvo do estudo não obstante este conhecimento esteja limitado a aspetos relativos ao intervalo entre as gravidezes, permanece no entanto, baixo o nível de informação sobre os efeitos adversos ou colaterais decorrentes do uso de certos MMC em especial dos LARCs, fator que influencia a aderência e a escolha do método pelas mulheres. Entre a população masculina o conhecimento sobre PF e contraceção feminina é notoriamente baixo, situação que se estende ao uso do preservativo masculino. A razão mais

frequentemente apontada para este baixo conhecimento é a falta de informação e educação orientada para o homem sobre PF.

A aceitabilidade do PF e dos MMC quer por mulheres, quer por homens é alta, especialmente depois de um "consentimento informado" adequado. Um aspeto de importância capital que ocorre com especial ênfase entre a população masculina, é a percepção cada vez maior que os filhos representam uma despesa (alimentação, escola, etc) e que o PF pode ser uma via para balancear a relação custo-benefício da procriação (17,4%).

Embora o uso dos MMC seja alto quando comparado com a média nacional, o mesmo é fortemente condicionado por fatores culturais associados a mitos e tabús prevalecentes. Muito embora o direito de escolha seja reclamado pelas mulheres, o medo de violar códigos e condutas culturais e étnicos sobrepõem-se a esse direito. Por outro lado, o contexto cultural e definição do casamento/união de fato nas sociedades patrilineares na área de estudo impõe regras, cuja a violação pode acarretar consequências negativas especialmente para as mulheres. Decorrente destes fatores o uso dos MMC nas comunidades estudadas tem um caráter intermitente. O uso do preservativo masculino pela população masculina ainda não é adequadamente entendida como uma forma de PF; o seu uso está mais fortemente associado a prevenção de doenças, especialmente as de transmissão sexual, percepção esta, alimentada pelo assinalável peso da infecção pelo HIV.

Os fatores sociais e culturais acima referidos, provocam nos indivíduos comportamentos que podem estar associados com o relativamente lento crescimento dos programas de PF nas comunidades. O PF embora seja uma ação individual, defende-se o conhecimento por parte do casal, das atitudes e decisões tomadas; na área do estudo, se por um lado este conhecimento é essencialmente detido pela mulher, por outro, as mulheres, cientes de que a sua saúde e de suas crianças é que está em causa, e face a potencial falta de consenso com o parceiro e/ou outros membros influentes da esfera familiar (mães, sogras), praticam a contraceção sem o conhecimento destes. Este comportamento pode igualmente resultar em consequências negativas para a mulher que podem inclusive chegar ao extremo desta ser expulsa da casa e da família. Do outro lado, os homens, apartados das fontes de conhecimento e informação por culpa própria ou por culpa do sistema, quando confrontados com o fato consumado (mulher usando MMC), recorrem a comportamentos que vão da submissão, ao uso de estratégias baseados em mitos para fazerem prevalecer os valores culturais e sociais que lhes são impostos pela sociedade.

Neste contexto, conclui-se que embora o nível de conhecimento sobre PF e MMC seja razoavelmente elevado, identificados alguns dos fatores sociais e culturais que influenciam o acesso e uso dos serviços de PF e contraceção, é necessário desenvolver uma estratégia de comunicação e educação que possa tornar sustentável os ganhos até agora adquiridos. A esta estratégia passa necessariamente por incluir uma maior capacitação institucional e um marketing social que inclua para além dos aspetos de saúde ligados ao indivíduo, outros ligados ao desenvolvimento humano e social.

INTRODUÇÃO

Estima-se que cerca de 222 milhões de mulheres que vivem em países sub-desenvolvidos gostariam de retardar a gravidez ou não ter mais filhos, mas não usam nenhum método de contraceção. As razões para esta situação, incluem: opção de métodos contraceptivos limitada, particularmente entre as mulheres mais jovens, segmentos populacionais mais carenciados ou pessoas não casadas; medo ou experiência vivida de efeitos secundários decorrentes do uso de contraceptivos; oposição ao uso devido a questões culturais ou religiosas; fraca qualidade dos serviços de saúde disponíveis e, barreiras baseadas relacionadas com o género (*MISAU, Estratégia Nacional de PF e Contraceção*).

Neste contexto, o volume de necessidades não satisfeitas no campo da contraceção permanece bastante alto. Esta inequidade é alimentada pelo rápido crescimento populacional e pela exiguidade de serviços de planeamento familiar. Em África, 53% das mulheres em idade reprodutiva vêm a sua necessidade para uso de um método moderno de contraceção não satisfeita. Na Ásia e na América Latina e Caraíbas, regiões com uma prevalência de contraceção relativamente alta, os níveis de necessidade não satisfeita é de 21% e 22%, respetivamente. (*OMS, Family Planning, Fact sheet nº351, 2013*)

Em Moçambique, com uma população estimada de 22 milhões de habitantes (Recenseamento da População e Habitação, 2007, Instituto Nacional de Estatística, INE), os dados do IDS 2011 (Inquérito Demográfico e de Saúde, 2011, Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Estatística), mostram uma elevada taxa de fecundidade específica (5,9 sendo de 6,6 para as zonas rurais e 4,5 para as áreas urbanas), com uma percentagem baixa de mulheres que usam pelo menos um método de contraceção moderno (14,5% a nível nacional, com 21,6% e 7,4% para áreas urbana e rural, respetivamente).

O planeamento familiar (PF) é definido como um conjunto de acções que permitem às mulheres e aos homens escolher quando querem ter um filho, o número de filhos que querem ter e o espaçamento entre o nascimento dos seus filhos (*Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, 2001:25*) e tem um impacto fundamental na saúde da mulher e da criança e na redução da mortalidade materna e infantil.

Tendo em conta os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), nomeadamente a meta número 5 (redução da taxa de mortalidade materna em dois terços entre 1990 e 2015), os dados mostram que Moçambique está ainda longe de alcançar este compromisso; os resultados do IDS 2011, mostram que o rácio de mortalidade materna (RMM) continua alto, 550/100.000 nados vivos em 2010 (OMS, 2011). Para enfrentar esta realidade, o Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), definiu o PF como uma prioridade de saúde pública tendo para o efeito lançado em 2010, a Estratégia de Planeamento Familiar e Contraceção 2011 – 2015 (2020) tendo como principais metas: aumentar a taxa de prevalência do uso de métodos modernos de contraceção de 14% em 2003, para 25% em 2014 e, aumentar a cobertura de novas utentes de métodos modernos de planeamento familiar de 12.5% em 2008 para 19% em 2014. Estas metas deverão ser atingidas através do: (i) aumento da disponibilidade e qualidade dos serviços de PF e Contraceção; (ii) incremento da procura dos Serviços de PF e Contraceção; (iii) reforço do sistema de gestão, logística, monitoria e avaliação dos Serviços de PF e Contraceção, e; (iv) aumento do compromisso e a mobilização de recursos e reforço os mecanismos de coordenação.

PROJETO "AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTO PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE MELHOR QUALIDADE E ENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE PARA MAIOR USO DO PLANEAMENTO FAMILIAR (IQSCI)" – DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE DE MAPUTO / ICRH MOÇAMBIQUE

Visão geral do projeto

Tendo como meta final, aumentar o acesso de homens e mulheres ao planeamento familiar e ao uso de métodos modernos de contraceção e ao abrigo da Estratégia de Planeamento Familiar e Contraceção 2011–2015 (2020) do Ministério da Saúde de Moçambique, vários parceiros desenvolveram e implementam projetos virados ao alcance rápido desses objetivos. A Pathfinder iniciou em 2010 um projecto de PF de cinco anos, denominado Extensão da Prestação dos Serviços de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, que visa aumentar o acesso aos serviços de PF para as comunidades de cinco províncias seleccionadas. Contudo, a visão do projecto é limitada, dado que não inclui ações visando a compreensão dos fatores que concorrem para o uso do PF a longo prazo, em particular dos LARCs e do envolvimento dos homens. Contudo, estas duas componentes são essenciais para garantir a sustentabilidade dos serviços de PF e sua integração no sistema nacional de saúde.

Constatou-se que a Província de Maputo beneficia de apoio limitado ou inexistente dos parceiros na área de PF para a implementação de projectos dessa natureza. O uso do PF não aumentou significativamente entre os estudos demográficos de saúde de 2003 e 2011; apenas 33,6% (2011) das mulheres "casadas" usam algum tipo método de PF. Em 2003 a cobertura era de 32,3%. O uso de LARC continua sendo extremamente baixo, com apenas 0,5% das mulheres usando DIU em 2011.

Analisada a actual taxa de cobertura das consultas de PF, a homogeneização do uso de métodos de PF, o tamanho da população e a disponibilidade de outro doador/apoio, a Direcção Provincial de Saúde de Maputo identificou dois distritos para a implementação do projecto, distrito de Manhiça, com uma prevalência do uso de métodos contraceptivos estimada em 16%, (pílula: 56,2%, DIU: 1,1% e injectáveis: 42,7%) e o distrito de Marracuene, com uma prevalência de uso de métodos contraceptivos estimada em 13% (pílula: 49,3%, DIU: 0,5%, injectáveis: 51,2%) (*Direcção Provincial de Saúde de Maputo, 2013*).

O projecto será composto por três fases:

- 1) análise situacional em profundidade,
- 2) desenvolvimento e implementação de acções,
- 3) monitoria e avaliação do impacto.

PESQUISA SOBRE CONHECIMENTOS, ATITUDES, PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS DOS MEMBROS DAS COMUNIDADES (CAPC)

No âmbito do projeto "Aquisição de Conhecimento para a Prestação de Serviços de Melhor Qualidade e Envolvimento da Comunidade para Maior Uso do Planeamento Familiar (IQSCI)" o ICRH-M desenvolveu o presente protocolo de pesquisa e que foi realizado nos distritos de Marracuene e Manhiça, na província de Maputo.

Justificação do Estudo

A redução das mortes maternas e infantis constitui um dos maiores desafios do setor saúde em Moçambique. Como foi anteriormente referido, o país está ainda longe de alcançar o ODM 5, tendo por isso estabelecido um conjunto de estratégias para acelerar ações para o alcance deste objetivo. Em geral, os programas visando a redução das mortes maternas, estão divididos em duas grandes abordagens: a primeira, consiste em programas virados para a melhoria do acesso e qualidade dos cuidados de saúde pré-natal, peri-natal e pós-parto, onde a capacitação dos provedores de cuidados de saúde, a extensão e melhoria da rede sanitária e mobilização e educação das comunidades em geral e das mulheres grávidas em particular, constituem as ações prioritárias e, a segunda, orientada para a redução da mortalidade maternal, através de um melhor planeamento familiar (espaçamento entre as gravidezes e redução do número de gestações por cada mulher).

Nessa perspectiva, o Governo e parceiros tem trabalhado para a injeção de um maior investimento em estratégias e programas de PF. A contraceção (uso de métodos modernos de contraceção) constitui hoje a maior e mais eficaz ferramenta de PF; o uso de contraceptivos permite que a mulher possa decidir quando ter um filho, espaçar de forma segura o intervalo entre as gestações ou decidir sobre não ter mais filhos. Os impactos desta ferramenta são enormes, sendo que em termos individuais, contribui para a melhoria da saúde da mulher e das respectivas crianças, reduz o recurso ao aborto e, em termos globais, contribui para o controlo da natalidade e consequentemente regula o crescimento populacional, vista hoje como um dos grandes desafios para o desenvolvimento nos países pobres.

Em 2010, um estudo financiado pelo Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) avaliou a disponibilidade de métodos contraceptivos e medicamentos essenciais para cuidados obstétricos em 141 US. Os resultados do referido estudo mostraram que 95% dos centros de cuidados primários de saúde forneciam PF com regularidade. Entretanto, as rupturas de stocks de métodos contraceptivos constituíam um grande problema na prestação dos serviços; em 46% dos Centros de Saúde (CS) verificou-se ruptura no stock de pílulas anticonceptivas nos 6 meses anteriores a realização da pesquisa; 54% dos CS apresentaram rupturas de stock de DIU e 45% dos CS, de contraceptivos injectáveis. O estudo ilustrou ainda que a falta de conhecimento e habilidades dos profissionais de saúde, em especial no que diz respeito aos *LARCs*, resulta na fraca promoção e numa baixa autoconfiança na utilização dos referidos métodos.

Este estudo e outros descritos na literatura mundial, mostram haver uma conjugação de fatores institucionais e ambientais que influenciam negativamente no acesso ao PF e utilização dos

métodos contraceptivos modernos. Nos fatores institucionais, a baixa cobertura de serviços de saúde reprodutiva, a fraca qualidade dos mesmos são cruciais, enquanto que, a nível ambiental, o conhecimento e informação, a mistificação da concepção/contraceção por crenças ou culturas, aliadas a uma fraca capacidade de autonomia de decisão das mulheres especialmente nas zonas rurais jogam um papel fundamental no fraco acesso aos serviços (*WORLD BANK. 1994*).

No âmbito da Estratégia de PF do MISAU, foram recentemente desenvolvidos vários projetos/programas visando expandir quantitativa e qualitativamente os serviços de saúde reprodutiva e PF. Entretanto, grande parte destas intervenções não envolvem a compreensão dos factores que concorrem para o uso do PF e dos MMC a longo prazo (em particular dos LARCs) e não abordam a componente do envolvimento masculino.

Neste contexto, a pesquisa visa em termos gerais, estabelecer os valores de linha de base sobre o acesso e uso dos serviços de PF e MMC e estudar os fatores que influenciam o acesso e utilização desses serviços.

Objetivos do estudo

Esta pesquisa teve como objetivos:

Geral:

- ✓ Identificar os fatores favoráveis ou não que influenciam no uso dos métodos contraceptivos ao nível das comunidades, de modo a aceder a informação útil para o desenvolvimento de actividades de promoção do PF e do uso dos métodos contraceptivos.

Específicos:

- ✓ Aferir ao grau de conhecimento e uso dos métodos de PF pelas mulheres e homens na comunidade;
- ✓ Identificar as barreiras e os factores favoráveis ao nível comunitário e individual que influenciam no acesso e uso do PF e dos métodos contraceptivos e;

Características gerais dos distritos e da população da área de estudo

O estudo sobre CAPC relacionado ao PF entre os membros da comunidade foi realizado em 15 comunidades/bairros dos distritos de Manhica e Marracuene na província de Maputo. O Distrito de Marracuene, com uma superfície de 697 Km² e 84.975 habitantes, (INE-Estatísticas do Distrito, 2008) situa-se no nordeste da Província, sendo limitado a sul pela Cidade de Maputo, a oeste, pelo Distrito de Moamba e Cidade da Matola, a este, pelo Oceano Índico e a norte, pelo Distrito da Manhica. O distrito está subdividido em 2 postos administrativos e 6 localidades sendo que 88% da população reside na área do posto administrativo de Marracuene sede, onde se localiza a área urbanizada

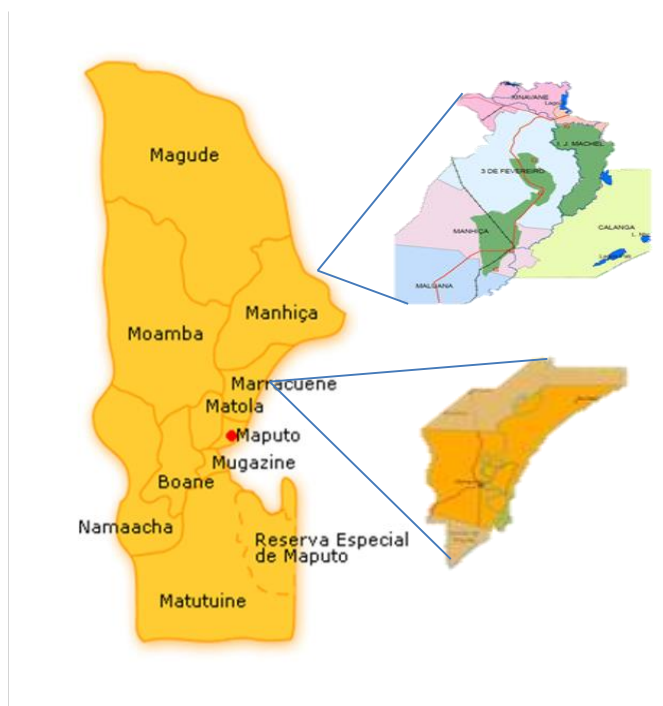


FIGURA 1: Mapa das Província de Maputo e dos Distritos de Marracuene e Manhica

Relativamente ao distrito da Manhica, igualmente atravessado pela Estrada Nacional Nr.1, está dividido em 6 postos administrativos e 13 localidades, numa superfície de 1.798 Km² com 157.645 habitantes (INE-Estatísticas do Distrito, 2008) distribuídos em cerca de 35.454 agregados familiares. É limitado a sul, pelo Distrito de Marracuene e Oceano Índico, a oeste, pelos Distritos de Moamba e Magude, a este, pela Província de Gaza e oeste, pelo Distrito de Magude. Uma parte considerável da população habita as áreas urbanizadas ou semi-urbanas do Município da Vila da Manhica e da Vila de Xinavane.

A Tabela 1 apresenta a distribuição da população dos dois distritos por género, grupos etários e escolaridade. No distrito da Marracuene, 88% dos habitantes reside na área do posto administrativo de Marracuene sede. O grupo social predominante no distrito é o patrilinear e a religião praticada pela maioria da população é a Sião ou Zione. Das 20.712 famílias que residiam no distrito em 2007 a maioria possuía mais de um parente para além dos filhos e tinham, em média, 3 a 5 membros. A língua materna predominante é o Varhonga e a taxa de analfabetismo é de 52%, na sua maioria entre as mulheres. Por seu lado, no distrito da Manhica, habitam grupos sociais predominantemente patrilineares e a religião dominante é a Sião ou Zione praticada pela maioria da população. Das 35.454 famílias que residiam no distrito em 2007 a maioria possuía mais de um parente para além dos filhos e tinham, em média, 3 a 5 membros. A língua materna mais falada é o Xichangana e a taxa de analfabetismo é de 58%, predominantemente entre as mulheres.

A análise aos indicadores de bem-estar (INE – Estatísticas do Distrito, 2008), indica que em Marracuene, 49,7% dos agregados familiares habitam uma casa construída de material convencional, 56,0% possuem rádio e/ou televisão, 62,8% tem acesso a uma fonte de água potável, 21,8% usam uma retrete ligada a fossa áseptica ou latrina melhorada e 16,7% dos

agregados estão ligados a rede nacional de energia elétrica. Em relação ao distrito da Manhiça, 27,2% dos agregados familiares habitam em casa construída de material convencional, 46,1% possuem rádio e/ou televisão, 57,5% tem acesso a uma fonte de água potável, 18,6% usam uma retrete ligada a fossa aséptica ou latrina melhorada e 11,0% dos agregados estão ligados a rede nacional de energia elétrica.

TABELA 1: População, Grupos etários e escolaridade nos distritos de Marracuene e Manhiça, população projetada 2012

Grupos Etários e Género	Número Distrito	%	Número Província	Distrito /Província
DISTRITO DA MARRACUENE				
Total	118.949	100	1.506.442	7,9
População feminina	61.616	51,8	785.240	8,3
População masculina	57.333	48,2	721.202	8,4
Grupos etários				
População total 0-4 anos	20.443	16,2	210.050	9,7
População total 5-14 anos	31.556	25,0	385.380	8,2
População total 15-64 anos	62.672	49,6	750.448	8,4
População total +65 anos	34.279	3,4	47.195	9,1
Educação				
Taxa bruta de Admissão, 1 ^a (EPI+II)	-	286,1	-	124,0
% de raparigas na escolar (EP+ESG)	-	51,4	-	51,7
Taxa de analfabetismo	-	123,8	-	121,3
DISTRITO DA MANHIÇA				
Total	214.751	100	1.506.442	15,2
População feminina	115.966	54,0	785.240	15,8
População masculina	98.785	46,0	721.202	14,6
Grupos				
População total 0-4 anos	33.539	14,6	210.050	16,0
População total 5-14 anos	58.864	25,6	385.380	15,3
População total 15-64 anos	112.251	48,9	750.448	15,0
População total +65 anos	10.097	4,4	47.195	21,4
Educação				
Taxa bruta de Admissão, 1 ^a (EPI+II)	-	257,8	-	124,0
% de raparigas na escolar (EP+ESG)	-	50,8	-	51,7
Taxa de analfabetismo	-	77,7	-	121,3

Fonte: INE – Estatísticas dos Distritos, Novembro 2013

Situação sanitária na área geográfica do estudo

A Tabela 2 apresenta os principais indicadores de saúde de ambos distritos referidos ao ano de 2007 (III Censo Populacional). O Distrito de Marracuene, dispõe de uma rede sanitária composta por 8 centros de saúde servidos por cerca de 21 profissionais capacitados em SMI (1 US/87,1 Km² e 1 profissional/2.100 mulheres, respectivamente). Importa referir que no período de 2007 a 2013, registou-se um incremento de dois novos centros de saúde. O quadro epidemiológico do distrito é caracterizado pela malária, diarreia, ITSs, HIV e SIDA (Fonte). A prevalência de uso de métodos contraceptivos é de 13% em 2012 (pílula 49.3%, DIU 0.5%, injectáveis 51.2%) (DPS

Maputo, 2012). Relativamente ao Distrito da Manhiça, a rede sanitária é composta por dois hospital rural e 14 centros de saúde servidos por 29 profissionais capacitados em SMI (1 US/119,8 Km² e 1 profissional/2.962 mulheres, respectivamente). Neste distrito registou-se um crescimento de um novo centro de saúde no período entre 2007 e 2013. O perfil epidemiológico do distrito é caracterizado pela malária, diarreia, ITSs, HIV e SIDA. A prevalência do uso de métodos contraceptivos foi estimada em 16% em 2012 (pílula 56.2%, DIU 1.1% e injectáveis 42.7%) (DPS Maputo, 2012).

TABELA 2: Indicadores de saúde por tipo, no distrito e na província, 2012

Indicador	Marracuene	Manhiça	Província
Infraestrutura			
Hospital distrital/rural	0	2	2
Centro de Saúde	6	13	67
Equipamentos			
Camas gerais	92	266	419
Camas de maternidade	41	117	627
Camas por 1000 habitantes	0,80	1,20	0,83
Saúde Materna e Infantil			
Cobertura (%), consultas pré-natal	61,0	71,8	--
Cobertura (%), partos institucionais	41,8	64,7	--
Cobertura (%), consultas 0-11 meses	63,3	90,8	--
Vacinação, Crianças			
Cobertura (%), BCG	58,3 ⁽²⁰¹⁰⁾	81,6 ⁽²⁰¹⁰⁾	--
Cobertura (%), DPT/Hep B, 3ª dose	78,6,6 ⁽²⁰¹⁰⁾	70,8 ⁽²⁰¹⁰⁾	--
Cobertura (%), Sarampo	78,6 ⁽²⁰¹⁰⁾	71,9 ⁽²⁰¹⁰⁾	--

Fonte: INE – Estatísticas dos Distritos de Marracuene e Manhiça, Nov.2013

Este estudo foi desenvolvido no sentido de estabelecer os valores de linha de base, identificar fatores e avaliar a cobertura com relação ao PF nos distritos de Marracuene e Manhiça, na província de Maputo.

Para alcançar estes objetivos, foi usado o método misto de pesquisa. O método misto permite potenciar conjuntamente as capacidades e o melhor dos métodos quantitativos e qualitativos. Os métodos quantitativos permitem a generalização imparcial de uma amostra para a população, enquanto que os métodos qualitativos, permitem a captura e descrição das experiências vividas pelos sujeitos.

O potencial benefício da abordagem usando o método misto nesta pesquisa é de tornar possível ao estudo, estimar estatisticamente o peso e a distribuição de cada tipo de inequidade. A análise qualitativa correspondente permite-nos que através das experiências vividas pelos grupos alvo/vulneráveis, entendermos os mecanismos e processos de exclusão a que os mesmos estão sujeitos. Para a componente quantitativa desta pesquisa, foi desenhado e implementado um estudo transversal de CAPC numa coorte da comunidade; as técnicas de colheita de dados associadas a componente qualitativa incluíram: grupos de discussão focal e entrevistas com membros da comunidade.

1. Pesquisa quantitativa

1.1. Questionários

No inquérito comunitário, foram usados dois questionários, o questionário para mulher em idade reprodutiva (15 – 49 anos) (Apêndice A) e o questionário para o homem com idade compreendida entre 20 e 49 anos de idade (Apêndice B). Ambos questionários foram desenhados de modo a permitir capturar informação que permitisse estabelecer os principais indicadores de PF (MISAU, FP 2020). Os questionários para mulheres e homens incluíram os seguintes módulos:

- ✓ Características gerais da(o) respondente;
- ✓ Conhecimentos sobre PF;
- ✓ Experiência no uso de métodos de PF e;
- ✓ Percepção sobre métodos de PF.

Os questionários foram escritos em Português e embora não tenham sido traduzidos, os mesmos foram administrados na língua em que os respondentes se sentiam mais confortáveis (Ronga e Changane). Durante o treino dos inquiridores e após o piloto, foram adoptadas algumas palavras chave em ambos dialetos para efeitos de padronização.

1.2. Desenho e tamanho da amostra

O estudo CAPC foi desenhado como um inquérito de múltiplos indicadores usando uma amostragem estratificada e por aglomerados que incluía 21 aglomerados (Bairros) de 40 agregados familiares. Para a estratificação, a amostragem foi composta pelos dois distritos (Marracuene e Manhiça). A amostra foi tirada de cada distrito. Foi feita uma alocação proporcional em que a amostra de cada distrito correspondia ao peso proporcional do mesmo. A amostragem foi realizada em duas etapas: na primeira, foi achada a população total da área de estudo e calculada a percentagem relativa a cada distrito; na segunda, o tamanho dos aglomerados em cada distrito

foi calculado multiplicando a percentagem de cada distrito pelo tamanho total da amostra. Para a amostragem dos aglomerados, o agregado familiar foi tomado como a unidade básica de amostragem e as comunidades selecionadas proporcionalmente ao tamanho da sua população, significando que aquelas comunidades com uma população maior tiveram mais chances de serem selecionadas como aglomerado, em comparação com as de menor população.

A fórmula usada para calcular o tamanho da amostra e os intervalos de confiança para cada resultado do inquérito foi a seguinte:

$$n = \frac{n_0}{1 + (n_0 - 1) / N}$$

Onde:

$$n_0 = \frac{z_\alpha^2 pq}{d^2}$$

N = Tamanho da população

n = Tamanho da amostra

z_α = Intervalo de confiança de 95% (=1,96)

p = é a proporção real estimada no inquérito (usualmente = 0,5)

q = 1-p

d = grau de precisão (0,05)

A dimensão da amostra em cada estrato foi calculada com base na fórmula:

$$W = \frac{N_h}{N} ; n_h = n w_h \quad (h = 1, \dots, 4)$$

onde:

n_h : representa a dimensão amostral do estrato h .

N_h : representa a dimensão populacional do estrato h .

O tamanho final da amostra foi de 728 inquéritos, correspondentes a 364 agregados familiares, sendo igual a proporção de mulheres e homens. Foi atribuído um número único de identificação a cada agregado, seguido pela seleção dos 40 agregados familiares de cada aglomerado (aldeia/bairro). Os agregados familiares foram entrevistados em cada distrito de acordo com distribuição apresentada na Figura 2.

FIGURA 2: Conglomerados selecionados para amostra

Distrito	Posto Administrativo	Localidade	Bairro/Povoado
Marracuene	Sede	Michafutene	Cumbeza

			Agostinho Neto Memo 15 de Agosto Ricatla Mateque
		Macaneta	1º Bairro 2º Bairro 4º Bairro
Manhiça	3 de Fevereiro	Nwamatibjana	2º Bairro 4º Bairro Manguedene 3 de Fevereiro Sede
	Xinavane	Eduardo Mondlane	Bairro 2000 Sambo Xinhembanine

1.3. Seleção dos agregados familiares

Na segunda etapa de seleção (p.ex. depois dos aglomerados terem sido selecionados de acordo com a proporção do seu tamanho), a seleção dos agregados familiares foi feita usando o método do "caminho aleatório". Após a chegada a comunidade e da apresentação às autoridades locais, os inquiridores colocaram-se no centro geográfico da aldeia/comunidade e com auxílio de uma garrafa rodada no solo, escolheram sortearam uma direção onde foram entrevistados os agregados. Os inquiridores foram instruídos a visitar cada segunda casa proxima da última entrevistada e a solicitarem uma entrevistas onde os questionários foram preenchidos. Esta regra permitiu alargar a área de amostragem e tornar a amostra mais representativa.

1.4. Seleção dos respondentes

- a) No agregado familiar, todas as mulheres elegíveis (mulheres em idade reprodutiva, 15–49 anos, que tinham pelo menos um filho) e todos os homens elegíveis (20–55 anos de idade, que também tivessem pelo menos um filho) foram inicialmente identificados.
- b) Foram estabelecidas regras para seleccionar entre os vários homens e mulheres elegíveis, aqueles que deveriam responder ao questionário. Assim, dentre eles, foram selecionados homens e mulheres com pelo menos um filho.

1.5. Treino dos inquiridores e teste piloto dos questionários

O investigador principal do estudo atuou como facilitador do treinamento dos inquiridores e supervisores do estudo. Os inquiridores foram recrutados entre aqueles com experiência prévia em estudos CAPC ou outro tipo de inquéritos e com domínios das línguas locais (Ronga e Changana). Foram matérias do treino os seguintes tópicos: o que é um inquérito, os objetivos do inquérito, metodologia para seleção dos aglomerados, como seleccionar a comunidade e os agregados familiares para entrevista e boas práticas na condução das entrevistas. O treino incluiu também procedimentos para seleccionar a mulher e o homem a ser entrevistado.

Os participantes da formação receberam igualmente, regras para assegurar a confidencialidade dos envolvidos na pesquisa. Os controladores ou supervisores receberam a mesma formação que os inquiridores e adicionalmente foram instruídos em matérias como logística para a colheita de dados, amostragem, manuseamento de dados e controlo de qualidade. Inicialmente, 20

candidatos participaram no treino e no final foram seleccionados 10 inquiridores e quatro controladores/supervisores.

Durante o treinamento, questionários e os procedimentos foram sujeitos a um ensaio piloto/pré teste realizado na comunidade/bairro de Massinga no distrito de Marracuene. Cada participante foi orientado a administrar quatro questionários. O piloto serviu para informar a equipa de pesquisa de entre vários aspectos, o tempo necessário para realizar as entrevistas num agregado familiar, se quer os entrevistadores, quer os respondentes entendiam as perguntas do questionário e alertar a equipa sobre as dificuldades que os inquiridores encontrariam no terreno. Pequenas alterações (ortográficas e termos) foram efectuadas e padronizados os termos em línguas locais.

Em resumo, o treinamento consistiu das seguintes sessões:

- Apresentação e discussão das técnicas de entrevista (incluindo conceitos específicos de conduta, vestuário, escolha de palavras e apresentação apropriada);
- Revisão completa do texto de ambos questionários (estrutura, conceito e relevância das questões) e;
- Identificação dos fatores difíceis e sensíveis dos vários cenários de entrevistas e discussão de possíveis soluções.

1.6. Colheita de dados

Entre 5 e 20 de Junho de 2014, quatro equipas de inquiridores efetuaram a colheita de dados nos agregados familiares das comunidades seleccionadas. As equipas eram compostas por 3 inquiridores, um supervisor e um motorista. Por dia, cada equipa cobriu uma comunidade onde preencheu aproximadamente 40 questionários. Os supervisores/controladores foram responsáveis pela seleção do primeiro agregado familiar e pela escolha aleatória da direção do inquérito em cada comunidade com ajuda de um ou mais membros da comunidade.

As equipas obtiveram aprovação e informação prévia das autoridades da comunidade antes de iniciarem a colheita de dados, e deste modo facilitaram o acesso aos agregados. No final, as equipas de inquérito visitaram 364 agregados familiares tendo completado 228 questionários para mulher e 230 questionários para homem.

Devido a dificuldade de encontrar os respondentes de sexo masculino, durante o período de trabalho, a equipa de pesquisa decidiu marcar por telefone, as entrevistas e a deslocar um inquiridor ao local de trabalho dos respondentes ou marcar para uma hora em que o respondente estivesse na sua residência; esta estratégia permitiu cumprir com o cronograma e o plano de seleção de agregados previamente estabelecido. No final de cada dia de trabalho, os controladores/supervisores fizeram a verificação dos inquéritos preenchidos para a deteção de erros e/ou omissões. Todos os erros e/ou omissões foram corrigidos/completados através de uma nova visita ao agregado. As equipas de inquérito tiveram uma supervisão sistemática por membros da equipa de pesquisa do ICRH-M.

1.7. Entrada e análise de dados

Os dados recolhidos nos questionários foram armazenados numa base de dados electrónica criada no programa SPSS por digitadores treinados para o efeito. Foi usado o método de entrada dupla

independente com objetivo de reduzir a ocorrência de erros e efectuado um teste de consistência para a identificação de erros e sua correção. O acesso aos dados armazenados na base de dados foi limitado aos digitadores, gestor de dados (que verificou a qualidade dos dados entrados) e ao investigador principal.

O investigador principal foi responsável pela codificação das perguntas abertas constantes do questionário; para tal foi usado o critério de frequência da similaridade para a formulação do padrão de resposta. A validação dos dados foi efectuada pelo gestor de dados e os questionários em papel usados para corrigir os erros detetados. O consultor foi responsável pela fusão e tabulação da base de dados de acordo com o plano de análise previamente estabelecido. A análise foi executada com o pacote estatístico SPSS v.22.0 for Windows (IBM Corp).

2. Entrevistas individuais

2.1. Entrevistas

Para as entrevistas individuais foi usado o método de entrevista semi-estruturada. O conteúdo da entrevista foi definido num guião de entrevista (Apêndice D). O guião foi igual para as entrevistas para mulheres e para homens, cabendo ao entrevistador alterar a tónica de algumas perguntas conforme o sexo do entrevistados. A entrevista foi administrado presencialmente e conduzidas por um membro da equipa de pesquisa. As mulheres foram seleccionadas junto as US de ambos os distritos para aumentar a probabilidade de encontrar mulheres que tenham alguma experiência relativa a saúde sexual e reprodutiva. A selecção foi completamente aleatória. Também o foi a selecção dos homens, tendo a mesma ocorrido nas comunidades seleccionadas.

2.2. Amostragem e tamanho da amostra

Foi usado o método de amostragem útil "purposive sample" com critério de saturação (Morse, 1995) de modo a cobrir as diferentes realidades relativas as características da área de influência geográfica das US, fatores etno-linguísticos, culturais e da influência dos indivíduos nas comunidades da área de estudo. Neste sentido, foram realizadas 20 entrevistas individuais, sendo 9 com homens e 11 com mulheres. A distribuição por distritos foi de 50% do total tendo na Manhiça sido entrevistados 5 mulheres e 5 homens e na Marracuene 4 homens e 6 mulheres.

2.3. Colheita de dados

As entrevistas foram realizadas entre os dias 5 à 20 de Junho de 2014. As conversas foram conduzidas por um entrevistador devidamente treinado para o efeito. Sempre que possível as entrevistas foram conduzidas em língua portuguesa e, nos casos em que tal não foi possível, foram feitas na língua em que o entrevistado se sentia mais confortável e, posteriormente traduzidas e transcritas para Português por uma pessoa qualificada. Todas entrevistas foram inicialmente gravadas em audio e posteriormente transcritas para papel.

2.4. Manuseamento e análise de dados

Para a análise de dados, foi usada a metodologia de análise de conteúdos e estruturação da narrativa (Reissman, 1990 & Reissman, 1993). Foram consideradas válidas 20 entrevistas, sendo 10

realizadas em Marracuene e 10 na Manhiça. Nos dois distritos foram entrevistadas 11 mulheres (incluindo uma enfermeira de SMI) e 9 homens. Com base nas transcrições em papel foi feita uma análise profunda de cada entrevista para se encontrar as frequências das inequidades presentes no estudo qualitativo. A análise foi sumarizada numa matriz de conhecimentos, atitudes, práticas e comportamentos capturados nestas entrevistas.

3. Grupos focais de discussão

3.1. Formato das sessões

As sessões de discussão foram baseadas no guião previamente definido (Apêndice E). Todas as discussões foram conduzidas em português ou na língua local em que os participantes se sentiram mais confortáveis.

1.1. Amostragem e tamanho da amostra

Foi feita uma amostragem útil com critério de saturação (Morse, 1995) para cobrir proporcionalmente os dois distritos e as localidades segundo critérios de acessibilidade às US e condições sócio-económicas aparentes. No total foram realizadas 11 sessões de discussão sendo 6 no distrito da Manhiça e 5 em Marracuene. Destas, 7 foram dirigidas a grupos constituídos por mulheres, três para grupos de homens e uma para um grupo misto de jovens.

3.2. Colheita de dados

A coleta de dados decorreu entre 5 à 20 de Junho de 2014. Os encontros foram marcados por contactos prévios com os líderes comunitários e autoridades administrativas, para aqueles que foram realizados nas comunidades e, em coordenação com as US para as sessões que ocorreram com grupos de utentes da US. Após a obtenção do consentimento informado verbal, a discussão foi gravada em áudio e posteriormente transcrita para papel.

3.3. Manuseamento e análise de dados

As entrevistas foram analisadas com recurso às técnicas de análise de conteúdos e estruturação da narrativa (Riessman, 1990 & Riessman, 1993). No final, foram analisadas 11 sessões de discussão, com os resultados inicialmente sumarizados numa matriz de conhecimentos, atitudes, práticas e comportamentos. Foram igualmente colhidos e estruturados algumas narrativas constantes das gravações para serem usados na ilustração dos resultados.

RESULTADOS, ESTUDO CAPC

Os resultados da análise qualitativa e quantitativa foram triangulados e são descritos de forma conjunta para melhor harmonização da análise, foram inicialmente definidos os critérios de juízo das variáveis maiores (conhecimento, atitude, prática e comportamento).

Conhecimento. Capacidade de mulheres e homens de definir de forma espontânea o planeamento familiar (PF) e de forma igualmente espontânea reconhecer pelo menos três métodos modernos de contraceção (MMC).

Atitude. De forma espontânea, eleger o PF como uma ferramenta de bem-estar (físico, mental e de saúde) e concordar com o uso dos MMC.

Prática. Usar pelo menos um MMC ou manifestar intenção informada de aderir as práticas de PF (homens).

Comportamento. Resposta/reação/ação dos indivíduos perante eventos externos selecionados com a prática do PF e uso de MMC.

Caraterísticas sócio-demográficas dos respondentes

A descrição e caracterização específica da população entrevistada é importante na medida em que permite a contextualização dos dados apresentados nos capítulos seguintes deste relatório. A Tabela 3 apresenta a distribuição percentual de mulheres e de homens entrevistados, segundo a idade, nível de escolaridade, estado civil e distrito de residência. Há mais mulheres que não frequentaram a escola do que homens (13% vs 4%). Uma proporção menor de mulheres e homens (3%) frequentou o ensino superior e só 10% de mulheres e 13% de homens têm nível médio. Metade de ambos (mulheres e homens frequentaram o nível primário).

A maioria dos entrevistados (mulheres – 90% e homens - 92%) viviam em união marital ou eram casados. As primeiras três religiões professadas pelas mulheres são: Protestante (43%), São/Zione (31%) e Cristã independente (12%) e nos homens são as mesmas: Protestante (40%), São/Zione (27%), Cristã independente e Católica (11%).

As Tabelas 4a e 4b, apresentam as características sócio-demográficos das mulheres e dos homens entrevistados por distrito: **(i)** Quatro em cada cinco mulheres (80%) em Marracuene e três em cada quatro mulheres na Manhiça tinham idade entre 16-34 anos. **(ii)** Um por cento das mulheres tinha idade de 15 anos. Há mais mulheres que não frequentaram a escola em Marracuene que Manhiça (19% vs 10%). **(iii)** No geral, uma proporção menor (1%) de mulheres frequentou o ensino superior e só 5% de mulheres em Marracuene e 12% na Manhiça têm nível médio. Mais de metade (51%) das mulheres em Marracuene e 47% das mulheres da Manhiça frequentaram o nível primário. **(iv)** Não há diferenças no estado civil das mulheres entre Marracuene e Manhiça. **(v)** Quanto a religião há diferenças significativas entre os dois distritos. Enquanto em Marracuene é a religião São (43%) a mais frequente, na Manhiça a religião Protestante com 47%. **(vi)** Mais de dois terços em Marracuene (69%) e na Manhiça (69%) dos homens tinham idade entre 25-44 anos. Quinze por cento dos homens tinha idade de 24 anos. **(vii)** Há mais homens que não frequentaram à escola em Marracuene que Manhiça (8% vs 4%). **(viii)** No geral, uma proporção menor (4%) de homens frequentou o ensino superior, melhor que as mulheres e só 7% dos homens em Marracuene e 16% na Manhiça têm nível médio. **(ix)** Menos de metade (49%) dos homens em Marracuene e 51% dos homens da Manhiça frequentaram o nível primário. **(x)** Havia mais homens em união marital em Marracuene (90%) que na Manhiça (83%). **(xi)** Quanto a religião

há diferenças significativas entre os dois distritos. Enquanto em Marracuene é a religião Sião (37%) a mais frequente, na Manhiça é a religião Protestante com 43%.

TABELA 3: Características sócio-demográficas dos entrevistados . Distribuição percentual de mulheres (15-49 anos) e homens (20-55 anos) por características sócio-demográficas.

Características	Mulheres		Homens	
	%	N	%	n
Nível de escolaridade				
Nenhum	13.2	48	4.1	15
Alfabetização	3.0	11	2.7	10
Primário	48.8	177	50.0	183
Básico	24.2	88	26.8	98
Médio	9.6	35	12.6	46
Superior	1.1	4	3.8	14
Estado civil				
Solteira	7.7	28	6.0	22
Casada	6.1	22	6.0	22
União marital	84.0	305	85.5	313
Divorciada/Viúva	2.2	8	2.5	9
Religião				
Católica	8.5	31	10.9	40
Islâmica	1.1	4	2.5	9
Sião/Zione	31.1	113	27.0	99
Protestante	43.0	156	39.6	145
Cristã independente	12.4	45	11.2	41
Pagã/Nenhuma	3.6	13	8.5	31
Outra	3	1	3	1
Distrito de Residência				
Marracuene	37.2	135	37.2	136
Manhica	62.8	228	62.8	230

TABELA 4a: Características sócio-demográficas das mulheres

Características	Marracuene	Manhiça	p-value	Total
-----------------	------------	---------	---------	-------

CAPC Planeamento Familiar e Contraceção, Marracuene e Manhica - Relatório Final

	%	N	%	N	
Idade					0.528
15 anos	0.7	1	1.3	3	1.1
16-24 anos	38.5	52	31.1	71	33.9
25-34 anos	40.0	54	44.3	101	42.7
35-44 anos	20.7	28	23.2	53	22.3
Nível de escolaridade					0.012
Nenhum	19.3	26	9.6	22	13.2
Alfabetização	0.7	1	4.4	10	3.0
Primário	51.1	69	47.4	108	48.8
Básico	23.0	31	25.0	57	24.2
Médio	5.2	7	12.3	28	9.6
Superior	0.7	1	1.3	3	1.1
Estado civil					0.063
Solteira	5.9	8	8.8	20	7.7
Casada	2.2	3	8.3	19	6.1
União marital	88.9	120	81.1	185	84.0
Divorciada/Viúva	3.0	4	1.8	4	2.2
Religião					0.002
Católica	6.7	9	9.6	22	8.5
Islâmica	0.7	1	1.3	3	1.1
Sião/Zione	43.0	58	24.1	55	31.1
Protestante	36.3	49	46.9	107	43.0
Cristã independente	7.4	10	15.4	35	12.4
Pagã/Nenhuma	5.2	7	2.6	6	3.6
Outra	0.7	1	0.0	0	0.3
Total	37.2	135	62.8	228	

TABELA 4b: Características sócio-demográficas dos homens

Características	Marracuene		Manhiça		p-value	Total
	%	N	%	N		
Idade					0.385	
20 anos	2.9	4	4.3	10		3.8
21-24 anos	11.0	15	11.7	27		11.5
25-34 anos	45.6	62	37.4	86		40.4
35-44 anos	23.5	32	31.7	73		28.7
45-50 anos	16.9	23	14.8	34		15.6
Nível de escolaridade					0.009	
Nenhum	8.1	11	1.7	4		4.1
Alfabetização	2.9	4	2.6	6		2.7
Primário	48.5	66	50.9	117		50.0
Básico	29.4	40	25.2	58		26.8
Médio	6.6	9	16.1	37		12.6
Superior	4.4	6	3.5	8		3.8
Estado civil					0.014	
Solteiro	2.9	4	7.8	18		6.0
Casado	2.9	4	7.8	18		6.0
União marital	89.7	122	83.0	191		85.5
Divorciado/Viúvo	4.4	6	1.3	3		2.5
Religião					0.001	
Católica	5.9	8	13.9	32		10.9
Islâmica	0.7	1	3.5	8		2.5
Sião/Zione	36.8	50	21.3	49		27.0
Protestante	34.6	47	42.6	98		39.6
Cristã independente	8.8	12	12.6	29		11.2
Pagã/Nenhuma	13.2	18	5.7	13		8.5
Outra	0.0	0	0.4	1		0.3
Total	37.2	136	62.8	230		

Caraterísticas da habitação

O estudo recolheu informações sobre as condições físicas de habitação onde residem os agregados familiares com o objectivo de conhecer as condições sócio-económicas em que vivem os entrevistados. O acesso à electricidade, o tipo de abastecimento de água, tipo material usado para o teto e pavimento. Estes indicadores são importantes para as condições de saúde e bem estar dos membros de agregados familiares, particularmente para as mulheres e, podem influenciar na tomada de decisão sobre o uso de métodos modernos de anticoncepção. A tabela 3 mostra que:

(i) As três principais fontes de água nos distritos estudados são: água canalizada fora de casa dentro do quintal (49% em Marracuene e 59% em Manhiça), água canalizada da casa do vizinho (15% em Marracuene e 9% na Manhiça), e água de furo com bomba manual (14% em Marracuene e 1% na Manhiça). O consumo de água canalizada é comum nos locais estudados; (ii) três quartos (77%) e quatro quintos (83%) dos agregados familiares urbanas tem energia eléctrica nos distritos de Marracuene e Manhiça, respectivamente e; (iii) nove em cada dez agregados familiares

reportaram cimento como o material de construção do piso de casa e mais de 95% dos agregados familiares reportaram chapas de zinco/lusalite como o material de construção do teto.

TABELA 5: Características das habitações

Caraterística	Marracuene		Manhiça		Total	P-value	Mulheres		Homens	
	%	N	%	n			%	N	%	N
Fonte de água	<0.001									
Água canalizada dentro de casa	2,6	7	9,2	42	6,7		6,6	24	6,8	25
Água canalizada fora de casa dentro do quintal	49,1	133	59,2	271	55,4		54,8	199	56,0	205
Água canalizada casa vizinho	14,8	40	8,5	39	10,8		11,6	42	10,1	37
Água do fontenário	9,2	25	5,0	23	6,6		6,9	25	6,3	23
Água do poço protegido/com tampa	4,8	13	9,2	42	7,5		7,7	28	7,4	27
Água poço não protegido/sem tampa	5,9	16	7,4	34	6,9		6,6	24	7,1	26
Água furo com bomba manual	13,7	37	1,1	5	5,8		5,5	20	6,0	22
Outro	0,0	0	0,4	2	0,3		0,3	1	0,3	1
Electricidade	76,9	203	82,9	373	79,9	0,044	79,1	287	79,0	289
Material de construçao do piso da casa	0,098									
Terra batida	4,8	13	3,1	14	3,7		3,9	14	3,6	13
Terra n/ batida	1,1	3	1,7	8	1,5		1,4	5	1,6	6
Madeira rudimentar	0,4	1	1,1	5	0,8		1,1	4	0,5	2
Adobe/Matope	1,5	4	0,4	2	0,8		0,8	3	0,8	3
Parquet/Madeira serrada	0,0	0	0,7	3	0,4		0,0	0	0,8	3
Tijoleira/Ladrilho	1,1	3	3,5	16	2,6		3,0	11	2,2	8
Cimento	91,1	247	89,5	410	90,1		89,8	326	90,4	331
Material de construçao do teto da casa	0,068									
Sem telhado/cobertura	0,7	2	0,0	0	0,3		0,0	0	0,5	2
Capim/colmo/palmeira	1,8	5	2,0	9	1,9		1,9	7	1,9	7
Chapas de zinco/lusalite	97,0	263	95,9	439	96,3		96,4	350	96,2	352
Laje de betão	0,4	1	2,2	10	1,5		1,7	6	1,4	5

Bens de consumo duráveis

Além das características de habitação analisadas anteriormente, como indicadores de bem estar da população, o estudo recolheu também informação adicional sobre bens de consumo duráveis existentes nos agregados familiares. A disponibilidade de bens de consumo duráveis é um indicador que pode ilustrar o nível sócio-económico de agregados familiares, e cada tipo de bem tem o seu benefício particular. A existência de alguns bens duráveis, indica também o acesso aos meios de comunicação de massa (TV e rádio) e a exposição à informação sobre saúde em particular PF.

No estudo foi recolhida a informação sobre a posse de geleiras ou congeladores, informação sobre os meios de transporte (bicicleta, mota e carro) como um indicador de acesso aos serviços distantes do local de residência. Também foi recolhida a informação sobre a disponibilidades de outros itens incluídos no estudo como posse de machamba e animais. A Tabela 4 apresenta a disponibilidade de bens de consumo duráveis por distrito e sexo do entrevistado.

O celular é o bem durável mais predominante nos agregados familiares dos distritos estudados (94%), seguido de rádio (77%) e televisor (77%). O distrito de Marracuene reportou mais agregados com radio (80%) comparado com o distrito de Manhiça (74%). O distrito da Manhiça reportou mais agregados com celular (95%) e televisor (81%) comparado com Marracuene (92% e 73% para celular e televisor, respectivamente). As diferenças observadas são significativas. Há mais agregados familiares com machamba em Marracuene (71%) do que Manhiça (40%).

TABELA 6: Bens duráveis do agregado familiar

	Marracuene		Manhiça		Total	P-value	Mulheres		Homens	
	%	N	%	n			%	n	%	n
Bem durável						0,017				
Rádio	80,3	212	74,0	333	77,2		74,1	269	75,4	276
Televisor	73,1	193	81,1	365	77,1		76,0	276	77,0	282
Celular	92,0	243	94,9	427	93,5		91,2	331	92,6	339
Telefone fixo	0,8	2	3,6	16	2,2		2,2	8	2,7	10
Geleira/Congelador	46,6	123	48,9	220	47,7		46,0	167	48,1	176
Bicicleta	27,7	73	8,4	38	18,0		14,6	53	15,8	58
Mota/Carro	13,3	35	16,7	75	14,9		14,9	54	15,3	56
Machamba	70,1	190	40,0	183	51,2		52,3	190	50,0	183
Gado ou Aves:										
Vacas/Bois	1,02	143	0,84	202	0,93	0,643	0,84	172	0,99	173
Cavalos/Burros	0,00	143	0,03	202	0,02	0,158	0,03	172	0,00	173
Cabritos	1,59	143	0,84	202	1,22	0,017	1,17	172	1,13	173
Porcos	0,85	143	0,52	202	0,69	0,133	0,62	172	0,70	173
Galinhas/Patos	9,31	143	9,23	202	9,27	0,934	9,24	172	9,29	173
Outros animais	0,62	143	0,07	202	0,35	0,112	0,36	172	0,30	173

Número de filhos

As mulheres e os homens entrevistados foram questionados sobre a última gravidez, a decisão de ter filho, desejo de ter mais filhos, número de filhos que gostaria de ter e o tamanho ideal de uma família. A Tabela 7 mostra que:

Um pouco mais de três quartos das mulheres (77%) e um pouco mais que quatro quintos dos homens (83%) reportaram que na última gravidez queriam ter filho. Não há diferença entre distritos. Apenas 10% em Marracuene e 8% na Manhiça reportaram que a decisão foi tomada pelo marido/parceira ou pela esposa/parceiro. Houve mais mulheres (14%) reportando que a decisão foi tomada pelo marido que homens (4%). Sobre de quem foi a decisão de ter filho, 81% dos entrevistados reportaram que foi de ambos (Marracuene – 82% e Manhiça – 80%). Houve mais homens (87%) reportarem que a decisão foi de ambos do que mulheres (74%). Cinquenta e oito por cento dos entrevistados gostaria de ter entre 2 a 3 filhos, com mais homens com tal desejo que mulheres (62% vs 54%). Sessenta e três por cento dos entrevistados (Marracuene - 61% e Manhiça 65%) reportaram que iam esperar 3 ou mais anos para ter o próximo filho. O tamanho ideal de família em média foi de 6 membros.

TABELA 7: Distribuição de número de filhos

	Marracuene	Manhiça	Total	Mulheres	Homens
--	------------	---------	-------	----------	--------

CAPC Planeamento Familiar e Contraceção, Marracuene e Manhiça – Relatório Final

	%	N	%	N		P-value	%	N	%	n
Na última gravidez a esposa/parceira queria ter filho						0,889				
Sim	79,7	216	80,1	367	80,0		76,6	278	83,3	305
Não	20,3	55	19,9	91	20,0		23,4	85	16,7	61
De quem foi a decisão de ter filho						0,083				
Marido/Esposa	10,2	22	8,4	31	9,1		14,4	40	4,3	13
Sogra/Sogro	0,0	0	2,2	8	1,4		1,1	3	1,6	5
Mãe/Pai	0,0	0	1,1	4	0,7		1,1	3	0,3	1
Irmãos/Cunhado	0,0	0	0,3	1	0,2		0,4	1	0,0	0
Sozinho/Próprio	6,5	14	7,9	29	7,4		8,3	23	6,6	20
Ambos	82,4	178	79,8	293	80,8		74,1	206	86,9	265
Outros	0,9	2	0,3	1	0,3		0,7	2	0,3	1
Desejo de ter mais filhos						0,043				
Sim	65,3	177	56,3	258	59,7		60,6	220	58,7	215
Nao	33,9	92	43,2	198	39,8		38,6	140	41,0	150
Número de filhos gostaria de ter						0,396				
1	24,7	44	26,9	70	26,0		31,8	71	20,0	43
2	37,1	66	42,3	110	40,2		36,3	81	44,2	95
3	21,3	38	15,8	41	18,0		17,9	40	18,1	39
4+	16,9	30	15,0	39	15,8		13,9	31	17,7	38
Tempo para ter o próximo filho (em anos)						0,673				
1	20,2	36	19,3	50	19,7		18,9	42	20,5	44
2	19,1	34	16,2	42	17,4		18,9	42	15,8	34
3+	60,7	108	64,5	167	62,9		61,3	138	63,7	137
Tamanho ideal de família						0,147				
	6,09	164	5,83	243	6,0		5,80	205	6,07	202

Tipo e local de parto

As mulheres foram perguntadas sobre o tipo de parto da última criança, local do parto e razões para não dar parto na maternidade.

A maioria (89%) em Marracuene e (85%) na Manhiça das mulheres entrevistadas reportaram que o último parto foi normal sem complicações. Quatro por cento em Marracuene e 10% na Manhiça tiveram cesariana. Nove em cada dez mulheres em ambos os distritos tiveram parto da última criança na US. Quanto ao motivo para os partos não institucionais (fora da US) mais de metade (57%) das mulheres de Marracuene e 33% das mulheres da Manhiça reportaram a falta de transporte. Contrário foi observado em relação a longa distância, com Manhiça (42%) a reportar mais esta razão que Marracuene (14%). Uma em cada quatro em ambos os distritos não tiveram parto na maternidade porque o parto aconteceu de repente e não deu tempo para ir a US.

TABELA 8: Local e tipo de parto

	Marracuene		Manhica		Total	p-value
	%	n	%	n		
Tipo de parto						0,196
Normal s/ complicações	88,9	120	84,6	193	86,2	
Cesariana	4,4	6	10,1	23	8,0	
Normal c/ complicações	5,2	7	4,8	11	5,0	
Não aplicável	1,5	2	0,4	1	0,8	
Local do parto						0,521
Na Unidade Sanitária/hospital	92,6	125	93,0	212	92,8	
Em casa	5,9	8	4,8	11	5,2	
A caminho da US/hospital	0,0	0	1,3	3	0,8	
Outro	1,5	2	0,9	2	1,1	
Razões para não dar parto na US						0,435
Longa distância	14,3	1	41,7	5	31,6	
Falta de transporte	57,1	4	33,3	4	42,1	
Parto aconteceu de repente	28,6	2	25,0	3	26,3	

Contraceção

1. Conhecimento sobre Planeamento Familiar

O PF é utilizado para várias finalidades, como um meio para espaçar os nascimentos entre os casais, para retardar o nascimento do primeiro filho entre as mulheres mais jovens, facto frequentemente associado ao aumento da escolarização feminina. Também é usado pelos casais que já não pretendem ter mais filhos. Além disso, as jovens solteiras fazem PF para evitar gravidezes não desejadas.

Esta secção aborda aspectos fulcrais da concepção, desde do nível de conhecimento sobre os métodos anticonceptivos, passando pelo uso, até as fontes de obtenção. No entanto, os conteúdos desta secção circunscrevem-se em três vertentes principais: A primeira diz respeito ao nível de conhecimento dos entrevistados sobre métodos contraceptivos, o que permite avaliar as pré-condições para a prática do PF; a segunda é relativa ao uso actual, possibilitando assim a identificação dos segmentos da população mais carentes de serviços. Esta vertente inclui também o nível de divulgação do PF pelos meios de comunicação social (mídia) e a sua aceitabilidade; a terceira vertente trata de aspectos ligados a percepção sobre os métodos de contraceção.

A Tabela 9 apresenta a percentagem de mulheres e de homens, segundo o seu nível de conhecimento sobre os métodos contraceptivos, assim como o significado e as fontes de informação sobre o PF. De referir que o conhecimento de algum método contraceptivo moderno é um indicador sumário do conhecimento sobre métodos, devido à sua maior relevância para os programas de promoção do acesso à contraceção, que são normalmente focalizados a métodos modernos. Entretanto, importa referir que o conhecimento tido em consideração não tem em conta o saber usar um determinado método e nem conhecer suas possíveis contra-indicações.

Da tabela observa-se que, independentemente do sexo, distrito de residência dos participantes, o nível de conhecimento total de algum método contraceptivo é bastante alto, chegando a atingir cerca de 98%, o que significa que tanto homens como mulheres, já ouviram falar do PF.

Mais de 80% dos entrevistados residentes nos distritos de Marracuene e Manhiça, sabem que o PF previne a gravidez e cerca de 30% sabem que o PF cria/possibilita espaçamento nos nascimentos e, controla ou limita o número de filhos. Cerca de 83% das mulheres e 78% dos homens sabem que o PF previne a gravidez.

Tendo em consideração os locais da entrevista (distritos), em relação à forma pela qual adquiriram esse conhecimento, a maioria dos entrevistados relatou que foi por meio de palestras na unidade sanitária (45%) e através de enfermeiras durante a consulta pré-natal (41%). Um pouco mais de um terço dos entrevistados declaram terem ouvido ou visto a informação sobre PF por via dos meios de comunicação de massas, tais como a rádio e a televisão. As mulheres participantes das entrevistas e dos grupos focais apresentaram um nível de conhecimento adequado, reconhecendo o conceito de PF e pelo menos um MMC. As mulheres relacionaram de forma fiel e espontânea os MMC com o PF e, prevenção e proteção foram usados como sinónimos por várias delas tanto nas entrevistas como nos grupos focais.

Entre as mulheres, o conceito mais importante de PF é o espaçamento das gravidezes, com objetivo de "*descaçar*", "*permitir que a criança cresça bem e possa ser amamentada*":

"... *Deixo espaço entre as crianças, para que? Para quando eu quiser ter filho me possa programar. A mulher precisa de descaçar o seu corpo, não é estar a nenecar um bebé e ter outro na barriga, isso cansa...*". Mulher em entrevista individual.

"... *Para mim PF é algo que me protege de tal forma que não apresse a ficar grávida. Para o meu bebé mamar à vontade. me apressar a ficar grávida, que se eu estiver a amamentar o meu bebé vai mamar à vontade até atingir dois anos...*". Mulher em GDF.

Tal como foi observado no inquérito, participantes homens nas entrevistas e nos grupos focais apresentaram conhecimento não adequado sobre PF e MMC. PF muitas vezes foi confundido com prevenção de doenças e mostraram dificuldade em relacionar PF com MMC. Conhecem o preservativo masculino, mas não ouviram falar dele como MMC. Os participantes do sexo masculino reconhecem ainda a falta de exposição à informação sobre PF e MMC.

Entre a população masculina, a definição é difusa, e em geral, restrita a informação transmitida pelas esposas/parceiras. O termo "*prevenir*" é o mais corrente:

"... *Eu fico satisfeito. Porquê é que fico satisfeito? Alegro-me porque nas nossas famílias temos como nos prevenir, converte-se em motivo de alegria porque alguns de nós fazemos filhos sem controlo, outras nascem e ficam em casa, o pai ou o avô fica sobrecarregado, por isso uma forma de prevenir-se, ter um planeamento, é o que é bom...*" Homem em entrevista individual.

"... *Ehh, meu caro, eu digo que planeamento familiar é, significa eu viver prevenindo-me a mim e à minha família no sentido de que as crianças que possamos ter ao longo do tempo não adoçam, assim como para que eu a minha parceira não tenhamos muitas complicações...*" Homem em entrevista individual.

No entanto, tomando em consideração o sexo dos entrevistados mais de 60% das mulheres tiveram como fonte de informação de PF, as palestras na Us e durante a consulta pré-natal. E apenas 25% e 9% dos homens de Marracuene e Manhiça respetivamente, tiveram palestras na US

e com as enfermeiras na consulta pré-natal, como fonte de informação, respectivamente. As fontes de informação como folhetos, pôsteres apresentaram uma percentagem muito abaixo de 10%.

TABELA 9: Distribuição percentual dos entrevistados segundo o nível de conhecimento sobre os métodos contraceptivos

	Marracuene		Manhica		Total	p-value	Mulheres		Homens		
	%	n	%	N			%	n	%	n	
Ja ouviu falar do PF						0.923					
Sim	98.2	266	98.3	450	98.2		99.4	361	97.0	355	
Não	1.8	5	1.7	8	1.8		0.6	2	3.0	11	
Significado de PF						<0.001					
Prevenção gravidez	80.8	215	80.4	362	80.6		83.3	301	77.7	276	
Espaçamento dos nascimentos	34.6	92	29.6	133	32.1		38.7	140	23.9	85	
Planear sua vida familiar	19.9	53	29.6	133	24.8		24.9	90	27.0	96	
Controle/limitação do nr. filhos	25.2	67	34.9	157	30.1		29.0	105	30.7	109	
Outro	6.8	18	5.8	26	6.3		6.3	23	9.0	32	
Fonte de informação						<0.001					
Enfermeira na consulta pré-natal	42.9	114	39.3	177	41.1		64.2	232	9.0	32	
Palestras na comunidade	15.0	40	12.9	58	14.0		14.6	53	12.7	45	
Palestra na US/Hospital	45.9	122	43.6	196	44.8		63.7	230	24.8	88	
Amiga/Vizinha	33.1	88	37.3	168	35.2		37.3	135	34.1	121	
Folhetos/Cartazes/Placa de publicidade	3.8	10	9.3	42	6.6		5.0	20	9.0	32	
Rádio	19.9	53	32.7	147	26.3		21.8	79	34.1	121	
Televisão	26.3	70	46.9	211	36.6		32.1	116	46.5	165	
Parteira tradicional	0.4	1	0.9	4	0.7		1.0	4	0.3	1	
Familiares	10.5	28	14.4	65	12.5		14.1	51	11.8	42	
Outros	16.2	43	15.1	68	15.7		5.2	19	7.6	27	
O que ouviu sobre PF						0.075					
Espaçamento entre nascimentos	14.0	38	13.3	61	13.6		17.1	62	10.1	37	
Nunca ouviu falar	0.4	1	1.1	5	0.8		0.3	1	1.4	5	
Planificação da vida familiar	1.8	5	2.0	9	1.9		0.3	1	3.6	13	
Planificação de número de filhos	14.8	40	20.7	95	18.5		13.5	49	23.5	86	
Prevenção de gravidez	52.0	141	49.1	225	50.2		53.7	195	46.7	171	
Prevenção de ITS	3.3	9	5.7	26	4.8		5.8	21	3.8	14	
Saúde da Mulher e criança	4.4	12	3.5	16	3.8		4.7	17	3.0	11	
Sem resposta/NA	9.2	25	4.6	21	6.3		4.7	17	7.9	29	

Levando em consideração o sexo dos participantes (Figura 4), cerca de dois terços das mulheres (64%) afirmaram terem ouvido informação sobre o PF na consulta pré-natal e nas palestras na US. Quarenta e sete por cento dos homens e 32% das mulheres declararam ter ouvido e visto a informação sobre o PF na televisão e cerca de 34% dos homens e 22% das mulheres na rádio.

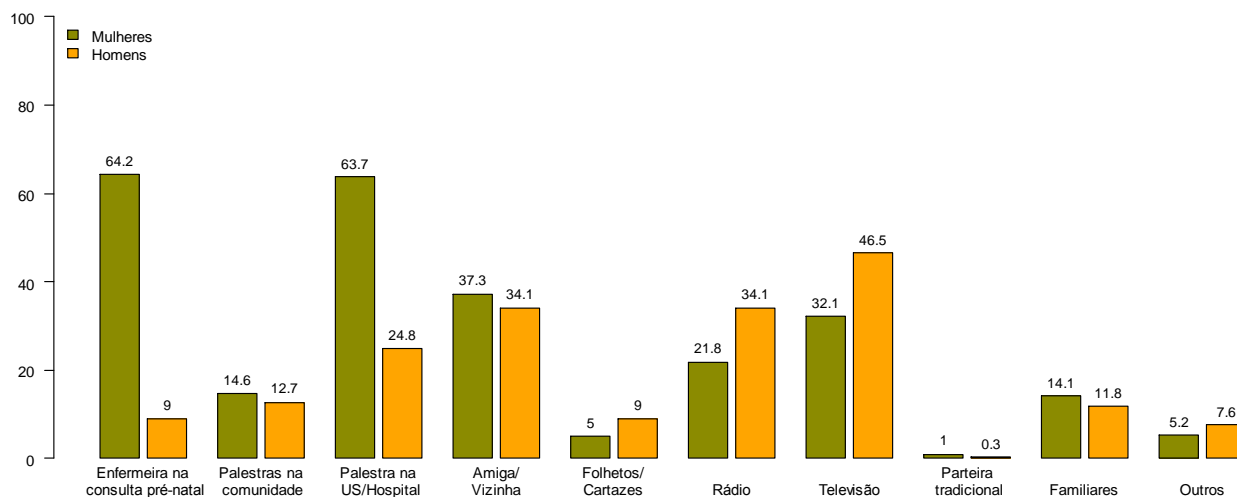


FIGURA 3: Fontes de informação sobre planeamento familiar pelos entrevistados por sexo

Quanto ao conteúdo da informação que ouviram, no geral, tanto nas mulheres como nos homens, cerca de 50% dos entrevistados ouviram falar sobre a prevenção da gravidez, 19% e 14% dos entrevistados ouviram falar sobre planificação de número de filhos e espaçamento entre nascimentos, respectivamente. Contudo, constatou-se diferenças significativas nas afirmações dos entrevistados levando em consideração os distritos de residência, no que diz respeito ao significado e fonte de informação relacionado ao PF.

A atitude dos participantes nas entrevistas em profundidade e grupos focais é positiva e há reconhecimento de que o PF constitui uma abordagem essencial para a saúde reprodutiva da mulher. Para além disso, os informantes concordam que os MMC são a ferramentas de eleição para PF. Embora, alguns participantes nas entrevistas e nos grupos focais tenham mencionado o poder de decisão da mulher como um factor condicionante. No inquérito tanto as mulheres como os homens foram unânimes em afirmar que a decisão de ter filho é de ambos (marido e esposa) com pouca interferência da família (mãe e sogra). Os homens mencionaram que os MMC são efetivos, que as mulheres devem usar e ser apoiadas neste desafio.

Embora, haja falta de autonomia da mulher em relação a decisão de sobre quando e quantos filhos deve ter, mulheres afirmam que em última análise a decisão de usar MMC como forma de planeamento é sua pertença, encontram no consenso com o esposo/parceiro a melhor plataforma para um processo saudável mas, porém, admitindo implicitamente que a decisão final do esposo/parceiro é imperativa e por outro lado reconhecem como um dever seu, o de serem procriadoras.

"As vezes maior parte, somos nós mulheres que decidimos, as vezes outra faz planeamento e o seu marido não sabe vêem lhe dizer enquanto ela já fez...." Mulher em GDF.

"... tem acontecido que algumas mães não possam fazer planeamento porque algumas mães estão no lar mas os seus maridos não aceitam que possam fazer planeamento na unidade de saúde, algumas não conseguem fazer sem o consentimento do marido...." Mulher em GDF

A atitude dos homens parece condicionada ao grau de informação e assimilação de cada indivíduo em relação ao PF e uso de MMC; factor positivo tem a ver com uma atitude cada vez mais condicionada pela compreensão dos contextos sócio-económicas ligadas a natalidade. No universo masculino, especialmente no contexto regional da área do estudo, onde impera o modelo de família patrilinial, ter muitos filhos equivale a demonstração de poder económico do homem; o oposto aparece igualmente como válido, ou seja, se não tem poder económico não deve ter muitos filhos, porque não vai ter como criá-los. Independentemente do nível de conhecimento sobre PF, os homens concordam que deve haver uma forma de planejar o nascimento dos filhos. Admitem que uso de MMC permite que as parceiras possam intercalar melhor os nascimentos "prevenir gravidez indesejada" e que, possam em último caso limitar o número de filhos nascidos.

" ... Eu por minha parte digo que mamã vai lá fazer o planeamento porque mesmo as crianças já nos criam dificuldades para sustentar. A escola é que cria mais dificuldades, eu faço planeamento e digo a minha esposa para ir comprar comprimidos ir falar com os médicos para lhe darem comprimidos mensalmente, para mensalmente recebermos comprimidos, isso para brincarmos enquanto temos um limite que basta vermos que já criamos e também já dar para termos mais um filho, podemos ter, porque outros já são crescidos....." Homem em entrevista individual.

"... Bom... fazer muitos filhos para o custo de vida aquilo que hoje em dia é, é muito importante. A pessoa tem que fazer um número de filhos consoante aquilo que ele é capaz de assumir, sustentar os filhos, não ter um número elevado para depois não conseguirem ir para escola, não conseguirem o pão do dia-a-dia, então é muito importante a pessoa ter filhos, consoante as suas capacidades..." Homem em GDF.

2. Uso anterior de algum método moderno de contraceção

A Tabela 10 mostra que o uso anterior de algum método de contraceção foi alto. 61% em Marracuene e 68% na Manhiça os entrevistados reportaram que já usaram algum método e no geral, dois terços (66%) dos entrevistados referira ter usado algum método moderno. Houve um pouco mais de mulheres (69%) a reportar que ter usado algum método moderno de contraceção em relação aos homens (62%). O método usado mais reportado é a pílula com 35%, seguido de injecção (23%) e preservativo (14%).

A proporção de entrevistados que reportou uso de injecção foi mais alta na Manhiça (27%) comparado com Marracuene (20%). Um pouco mais de três quartos (76%) das mulheres e 43.2% dos homens referiram que uma das razões que levou a fazer o PF foi prevenção de gravidez. E cerca de 9% das mulheres e 14.2% dos homens mostra que a razão para aderir ao PF foi espaçar os nascimentos e apenas 3.8% das mulheres afirmou tanto a prevenção de gravidez como o espaçamento entre os nascimentos.

TABELA 10: *Distribuição percentual dos entrevistados segundo o uso dos métodos contraceptivos*

	Marracuene		Manhiça		Total	p-value	Mulheres		Homens		
	%	n	%	N			%	n	%	n	
Ja usou algum método						0.108					
Sim	61.4	164	68.3	308	65.7	69.1	251	62.3	221		
Não	38.6	103	27.7	143	30.5	30.9	112	37.7	134		
Método utilizado						<0.001					
Pílulas	36.0	59	34.1	105	35.1	45.1	164				
Injecção/(Depo-provera)	20.1	33	26.6	82	23.4	31.1	113				
Aparelho/DIU	0.0	0	1.0	3	0.5	0.8	3				
Preservativo	11.6	19	17.2	53	14.4	19.8	72				
Implante	0.0	0	2.6	8	1.3	2.2	8				
Outro	0.6	1	0.6	2	0.6	0.8	3				
Razões que a levaram a fazer o PF						0.015					
Curiosidade	2.3	5	0.7	3	1.3	1.9	5	0.8	3		
Espaçamento entre nascimentos	17.4	38	9.0	37	11.9	8.7	23	14.2	52		
Prevenção de gravidez	28.9	63	35.1	145	33.0	55.6	202	43.2	158		
Prevenção e espaçamento entre nascimentos	24.3	53	24.5	101	24.4	3.8	10	0.0	0		
Prevenção de gravidez e ITS	25.7	56	26.6	110	26.3	3.0	8	0.0	0		
Prevenção de ITS	0.9	2	1.2	5	1.1	2.6	7	0.8	3		
Sem resposta/NA	0.5	1	2.2	9	1.6	29.8	108	39.3	144		
Importância de PF						0.584					
Espaçamento entre nascimentos	7.4	20	6.8	31	7.0	10.5	38	3.6	13		
Planificação de número de filhos	10.7	29	11.6	53	11.2	17.4	63	36.1	132		
Planificação da vida familiar	17.7	48	23.4	107	21.3	6.3	23	0.0	0		
Prevenção da gravidez	33.6	91	32.5	149	32.9	36.4	132	29.5	108		
Prevenção de ITS	10.0	27	7.4	34	8.4	7.7	28	0.0	0		
Saúde da mulher e criança	17.3	47	15.1	69	15.9	15.2	55	9.0	33		
Sem resposta/NA	3.3	9	3.3	15	3.3	6.6	24	21.9	80		

A maioria (96%) dos entrevistados reportou razões relacionadas como a prevenção da gravidez ou espaçamento entre os nascimentos.

Quanto ao uso anterior de métodos específicos (Figura 4), o anticonceptivo oral, mais conhecido por pílula (45%) e a injecção/Depo-provera (31%) foram os mais comumente utilizados, seguidos do preservativo (19.8%) e aparelho DIU (0.8%), que representam dados significativos.

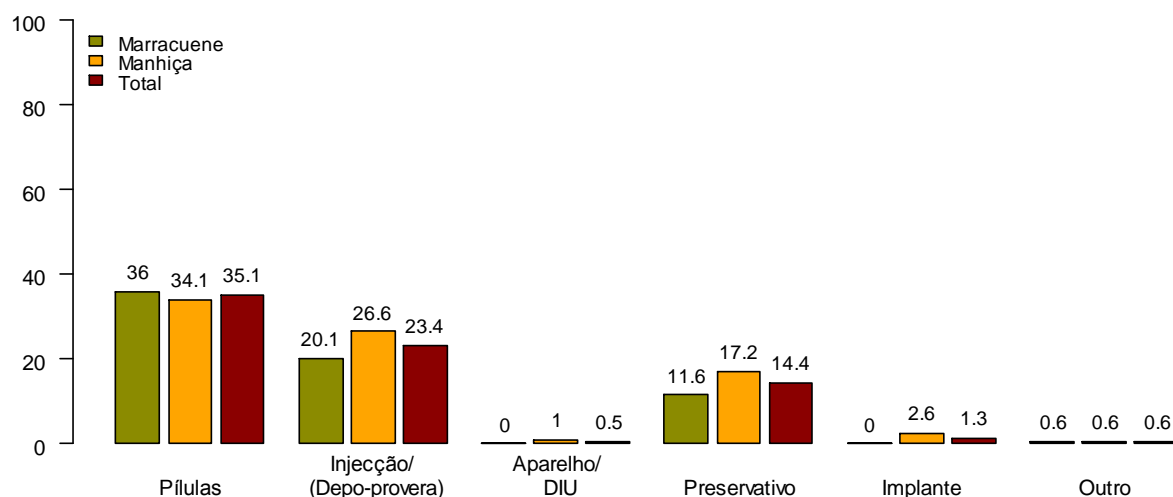


FIGURA 4: Métodos contraceptivos utilizados pela população do estudo (n=365)

De acordo com a Figura 5, sobre a importância de PF, 36% das mulheres afirmou que o planeamento é importante para a prevenção da gravidez e 36% dos homens referiu que o PF é importante para a planificação do número de filhos.

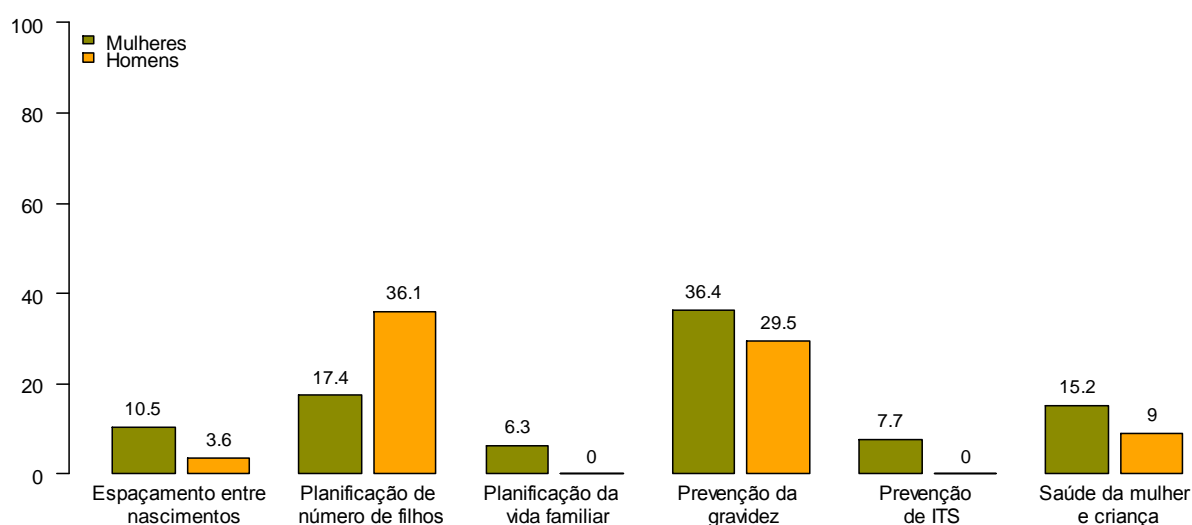


FIGURA 5: Percentagem da importância do planeamento familiar nos entrevistados

3. Uso actual da contraceção

Todos os entrevistados foram perguntadas se no momento do inquérito estavam a usar algum método. Infelizmente gravidez actual não foi questionada, não se sabendo se aquelas que disseram que não estão a usar método moderno, não estaria grávida. A Tabela 11 apresenta a proporção do total de mulheres e homens casados ou unidos maritalmente que afirmaram estar a usar métodos contraceptivos no momento do inquérito.

No geral, na Tabela 11, 46% das mulheres e 43% dos homens reportaram estar a usar algum método contraceptivo moderno. Os métodos modernos mais reportados pelas mulheres foram:

pílulas (45%), injeção (37%) e preservativo (20%), enquanto entre os homens os foram: pílulas (49%) e injeção (36%). Nenhum homem reportou preservativo como método moderno de contraceção. Os dados revelam que entre as mulheres unidas, 46% afirmaram que estão a usar pílulas, 39% usam a injeção e cerca de 18% estão a usar o preservativo. A distribuição entre homens unidos é similar aquela encontrada entre as mulheres, com mais homens unidos a reportar uso de pílulas.

Entretanto, 43% entre as mulheres afirmaram que utilizam o método moderno de contraceção por um período menor que um ano e, aproximadamente 40% usa por um longo período de tempo. No geral, tanto nas mulheres como nos homens afirmaram ter tido uma boa experiência com o método de PF.

TABELA 11: Uso actual de método moderno de contraceção

	MULHERES						HOMENS					
	Todas as mulheres		Mulheres unidas		Mulheres solteiras		Todos os homens		Homens unidos		Homens solteiros	
	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n
Está usar algum método contraceptivo												
Sim	46,0	166	47,4	154	35,7	10	42,8	152	45,1	147	19,0	4
Não	54,0	195	52,6	171	64,3	18	57,2	203	54,9	179	81,0	17
Método contraceptivo												
Pílulas	44,6	74	45,5	70	40,0	4	48,7	74	49,7	73	25,0	1
Injeção/(Depo-provera)	37,3	62	39,0	60	20,0	2	36,2	55	35,4	52	50,0	2
Aparelho/DIU	0,6	1	0,0	0	0,0	0	0,7	1	0,0	0	25,0	1
Preservativo	19,9	33	17,5	27	40,0	4	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Implante	4,8	8	5,2	8	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Outro	1,2	2	0,6	1	0,0	0	11,2	17	11,6	17	0,0	0
Tempo de utilização do método												
< 1 ano	42,8	71	43,5	67	40,0	4						
1-2 anos	16,9	28	16,9	26	10,0	1						
> 2 anos	40,4	67	39,6	61	50,0	5						
Experiência com PF												
Má	1,8	3	1,9	3	0,0	0	5,3	8	4,8	7	25,0	1
Razoável	12,7	21	13,6	21	0,0	0	9,9	15	9,5	14	25,0	1
Boa	78,9	131	77,3	119	35,7	10	74,3	113	75,5	111	25,0	1
Muito boa	6,6	11	7,1	11	0,0	0	3,3	5	3,4	5	0,0	0

No que concerne as práticas em relação ao PF e uso de MMC, segundo as participantes nas entrevistas em profundidade e nos grupos focais, as mulheres aderem aos serviços de PF se tiverem acesso. Também foi mencionado que as mulheres usam os métodos de forma intermitente, o que contrasta com o observado no inquérito onde 93% das utilizadoras actuais reportaram uso anterior e em menos de um ano, o que significa que as actuais utentes não são novas utentes.

Como observado com as atitudes, as práticas do homens são condicionadas pela informação que estes têm sobre PF e MMC. Quando bem informados permitem o uso de MMC pelas respectivas parceiras. O uso do preservativo é baixo, especialmente nas relações com as parceiras conjugais.

Regra geral, o conhecimento e a atitude com relação ao PF e ao uso dos MMC está presente nas mulheres, mas com relação a prática e uso efetivo dos MMC a situação é condicionada por vários fatores: uma percepção generalizada que o uso dos MMC é útil e adequado para usar após o parto

(dois meses) e por um período que permita amamentar a criança (cerca de dois anos), findo o qual a mulher está pronta para nova gravidez.

"... Para mim PF é algo que me protege de tal forma que não apresse a ficar grávida. Para o meu bebé mamar à vontade... que se eu estiver a amamentar o meu bebé vai mamar à vontade até atingir dois anos... Depois de um período eu interrompo (MMC) quando vejo que o bebé já está crescido..." Mulher, entrevista individual.

"... Planeamento é planificar nem e... planificar quando a pessoa pode engravidar, sei lá como estão a dizer que é em dois, dois anos e tomar alguns comprimidos para não engravidar ou injeção sei lá, que for para evitar..." Mulher, entrevista individual.

A decisão sobre a prática de PF e uso de MMC é ainda maioritariamente detida pelo homem e em muitos casos também pelas famílias (mães e sogras).

"...mas há homens que negam?... existem (resposta em coro)... porque negam?... cada um tem a sua lei na sua casa, quer ter muitos filhos mas quando adoecem já não quer saber, nessa altura a mulher é que passa vergonha, quando adoecem e traz a unidade sanitária vê que as crianças têm a mesma idade, muitas vezes a mulher fala com o marido mas este não quer saber nada disso, diz as vezes que se não lhe obedecer vai viver nas casas das pessoas que lhe dão essas ideias." Mulheres, GDF.

"...as vezes os maridos proibem as suas mulheres, diz que a mulher não pode fazer planeamento porque quer ter mais filhos, as mães e sogras também falam, isso faz com que a mulher não vá..." Mulher, GDF.

No que diz respeito a o uso do preservativo masculino, os homens admitem (com reservas) o seu uso, mas consideram que o mesmo é um meio de evitar a contração de doenças e não uma ferramenta de PF.

"Eish, o preservativo podes acabar gostando porque as nossas parceiras não conseguem se segurar.....É daí que podemos acabar dando a entender que gostamos do preservativo, mas não gostamos. Uma mulher que estejas a viver com ela na sua casa como esposa, não sendo uma amante, podes ter coragem porque não sabes se ao sair o que fica a acontecer, quando saís tu o homem não sabes em que é que ela fica metida. É daí que pode se dar o caso de hoje eu ter vontade de me deitar com ela, e me dizer que não se sente bem, não se sente bem, não dá. ..." Homem GDF.

4. Meio de transporte para a Unidade Sanitária

Em relação ao meio de transporte usado e o tempo que leva para a unidade sanitária, 53% das mulheres entrevistadas afirmaram que vão a unidade sanitária a pé e 40% afirmaram que usam o transporte semi-colectivo. Quase a maioria dos entrevistados leva no mínimo 30 minutos para se deslocar a US. A maioria das mulheres entrevistadas prefer ir sozinha a US, apesar da decisão sobre PF ser conjunta, isto é, entre ela e seu parceiro ou marido (Tabela 12).

TABELA 12: Meio de transporte e tempo para chegar a US

	MULHERES			
	Todas as mulheres		Mulheres unidas	
	%	n	%	n
Meio de transporte para a US				
Nenhum/a pé	53,0	88	53,9	83
Transporte público	3,0	5	3,2	5
Transporte semi-colectivo	41,0	68	40,3	62
Carro/Mota particular	2,4	4	1,9	3
Outro	0,6	1	0,6	1
Tempo que leva para a US				
< 30 minutos	54,6	89	55,0	83
30 - 1 hora	35,0	57	34,4	52
> 1 hora	10,4	17	10,6	16
Acompanhante				
Marido	12,0	20	13,0	20
Sogra/sogro	6,0	10	6,5	10
Irmãos/cunhados	0,6	1	0,6	1
Sozinha/Própria	78,3	130	76,6	118
Ambos	0,6	1	0,6	1
Outros	2,4	4	2,6	4
Quem decide sobre o uso de PF				
Marido	11,4	19	12,3	19
Sogra/sogro	0,6	1	0,6	1
Mãe/Pai	0,6	1	0,0	0
Irmãos/cunhados	1,8	3	1,9	3
Sozinha	23,5	39	19,5	30
Filhos	9,6	16	10,4	16
Ambos	52,4	87	55,2	85

5. Experiência no uso de métodos modernos de contraceção

Em relação a experiência no uso dos métodos contraceptivos, a pílula, a injeção/(Depo-provera) e o preservativo foram consideradas pelas mulheres entrevistadas como métodos que dão muita segurança (48%, 45% e 53%, repetivamente), de fácil uso (41%, 45% e 58%, respetivamente), com maior conforto (35%, 29% e 36%, respetivamente) e efetivo (40%, 44% e 42%, respetivamente). E no que se refere ao DIU e o implante, mais de 50% das mulheres entrevistadas não sabem falar sobre a segurança, facilidade de uso, conforto e a efectividade dos mesmos.

Embora durante o inquérito as mulheres tenham reportado que os métodos são seguros e confortáveis, as entrevistadas reportaram que algumas vezes é difícil saber quais os efeitos adversos dos MMC e, mais difícil ainda saber como lidar com eles. Algumas mulheres expressaram as suas opiniões referindo o seguinte:

*"Algumas dizem que provoca muita hemorragia. Outras dizem que lhes cai bem. Outras ainda dizem que lhes interrompe a menstruação ou fazem com que não menstruem e, passado algum tempo isso pode fazer com elas fiquem com barrigas inchadas ou outras coisas..."*Mulher, entrevista individual.

"Eu acho que isso de ficar aguada é tabu também, sim porque eu também fazia injeções e eu perguntava ao meu marido as vezes [risos]... Para ouvir qual é a opinião [risos] ele dizia que "não, sei lá o quê, quê, quê".... acabava falando cada coisa só que eu, sozinha acabei deixando e comecei a tomar a pílula..." Mulher, entrevista individual.

6. Razões para não adesão ao Planeamento Familiar

Neste estudo fez-se uma análise das razões que estão na origem da não adesão das mulheres ao PF. Os resultados estão apresentados na Tabela 13.

As mulheres entrevistadas reportaram como razão de não adesão aos métodos em causa, a falta de informação (20%), proibição dos esposos (18%) e vontade ter mais filhos (14%).

TABELA 13: Distribuição percentual das razões de não adesão ao PF por distrito

	Marracuene		Manhiça		Total	p-value
	%	N	%	n		
Mulheres não aderem aos métodos de PF						0.016
Falta de informação	14.8	20	22.4	51	19.6	
Falta de interesse	4.4	6	14.9	34	11.0	
Falta de parceiro	0.7	1	0.4	1	0.6	
Falta de planificação	1.5	2	0.0	0	0.6	
Não sabe	14.1	19	11.0	25	12.1	
Proibição do esposo	20.0	27	17.1	39	18.2	
Querem ter mais filhos	17.8	24	11.8	27	14.0	
Receio de efeitos colaterais	8.9	12	9.6	22	9.4	
Receio que vizinhos e familiares saibam	4.4	6	3.1	7	3.6	
Sem resposta/NA	11.9	16	6.6	15	8.5	
Uso de métodos tradicionais	1.5	2	3.1	7	2.5	

No que diz respeito ao impedimento no uso de método de contraceção, cerca de 15% dos entrevistados reportaram a existência de algo que impede, e é mais evidenciado por parte do grupo dos homens entrevistados, onde 36% impedem o parceiro de usar o PF por querer mais filhos e 14.9% por querer engravidar a parceira. No entanto, cerca de 58% das mulheres e 41% dos homens entrevistados referiram ter recebido alguma informação sobre doenças durante a consulta. Destes, 51.9% das doenças abordadas relacionavam-se ao HIV (19.9%), ITS (18.8%) e cancro do colo do útero.

Das mulheres entrevistadas, cerca de 57.1% reportaram que o parceiro tem conhecimento de que ela está a usar algum método moderno de Contraceção. No entanto, 63% das mesmas não conversou com o marido/parceiro sobre o PF nos três meses anteriores ao inquérito. Mais de 80% das mulheres declarou que o marido/parceiro não a acompanha a US nas consultas de PF.

Enquanto os homens existe a consciência de que a parceira usa algum método de PF, mas para estas mulheres apenas isso não basta, é importante ter a companhia do marido/parceiro para este esteja melhor informado (47.1%). Em relação a esta questão 59% dos homens prefere que a mulher vá sozinha ao PF.

Em relação as condições para o atendimento dos homens e casais, cerca de 46.8% das mulheres e 34% dos homens afirmou não haver condições para atendimento dos utentes do sexo masculino, e 50% referiu a mesma questão para o atendimento de casais.

No geral, 60% dos entrevistados avaliou como sendo bons os serviços de PF, por apresentarem um atendimento eficaz. Verificou-se diferenças significativas nas proporções dos entrevistados se levarmos em consideração o distrito. Pese embora, os mitos e tabus frequentemente usados pelos homens para persuadir as mulheres a não aderirem aos métodos, condicionem o uso dos MMC pelas esposas e/ou parceiras:

"...alguns homens proíbem as suas esposas porque pensam que a mulher vai ficar aguada, tenho uma vizinha que o marido não quer que a esposa possa fazer o planeamento porque senão vai ficar aguada, o sangue já não vibra, perde apetite sexual. Acontece que algumas mulheres não venham fazer planeamento com receio de ficarem aguadas...." Mulheres, GDF.

Na população masculina, o PF é visto como um assunto de mulheres, e por conseguinte, elas devem tomar as iniciativas necessárias mas, e ressalve-se, com a devida anuência dos esposos/parceiros.

"Os homens participam porque só para a mulher tomar a iniciativa de ir fazer o planeamento sabendo de que o marido tem conhecimento, é porque participou... O homem, participou. Ehh, participa de que forma também? Uhmmm, sempre que vai para o hospital e traz a informação a mulher daquilo que é o método, sempre traz informação e vem informar o homem, o homem toma conhecimento, nesse caso participou, uhm...." Homem, GDF.

Fazer PF e usar MMC às escondidas dos parceiros e comunidade é prática corrente entre as mulheres dos distritos de Manhiça e Marracuene; tal comportamento, permite a um sem número de mulheres contornarem a rejeição do PF e MMC pelos parceiros e membros das suas comunidades.

"Oh, não aceitam porque alguns dizem que ao fazer o PF os maridos não se sentem bem com elas nas relações sexuais, alguns alegam que num determinado período a mulher começa a sentir-se aguada, estás a ver?... Se ele não quiser eu vou fazer o PF às escondidas, desde que eu queira. " Mulher, entrevista individual.

"Como nós as mulheres quando nos encontramos trocamos experiências, e algumas mulheres revelam que os seus maridos não aceitam usar preservativo... e nós conversamos e aconselhamos para simularem que vão a US porque o bebé está doente, enquanto vão pedir fazer o PF e ao chegar a casa esconder o cartão. Mesmo se for pílula tomar sem ele te ver e esconder num sítio onde ele não possa ter acesso..." Mulheres, GDF misto de jovens.

Esta rejeição dos homens, resulta essencialmente da falta de informação e da crença em mitos e tabus.

"Eu acho que é falta de escolaridade, porque a pessoa se tem noção de escola, acho que entende o que quer dizer planeamento familiar neh, sim. Agora sem escola, tu falas com a pessoa e essa pessoa vai te dizer que eh pah vais me introduzir coisas aqui dentro, ou mete aparelho ou o quê, ou vai dar anticonceptivos sejam comprimidos não sei o quê, vai dizer que eh, eu não tomo isso, nunca tomei comprimidos, há pessoas que de verdade não tomam comprimidos. Agora isso é mais escolaridade no meu ponto de vista.... Acesso à informação... Não vão subir para este lado,

sei lá como é que se chama esta zona. Vocês estão aqui na vila, saem daqui da vila e voltam. Se vem uma brigada com sei lá, com os contraceptivos ou com os aparelhos ou o quê, vão favorecer às pessoas que vocês informaram. Os de lá das zonas recônditas têm 3 a 4 crianças quase da mesma idade; o outro ainda a amamentar a senhora já está de barriga. Então no geral, é acesso à informação..." Homens, GDF masculino.

"Outras usam injeções, outras, comprimidos, já aquilo depende da mulher e do seu marido, naquilo que achas que se ela usar tu também te sentes confortável com isso... Já quando ela usa comprimidos é quando achas que tudo corre bem, porque aí também há diferenças. Há que ela usar injeção e depois prejudicar a si como marido... E acontecer que o amor começa a abrandar, então isso não é bom. Então há que ela usar comprimidos e as coisas andarem bem, ou utilizar, já aquilo depende de cada pessoa com a sua parceira do que eles acham, de como se sentem. Porque de facto acontece de dizer eh muda passe a usar injeções, usem comprimidos, ou deixe comprimidos e usem injeções..." Homem, GDF masculino.

Estas constatações levam-nos a concluir que na realidade, os homens são o elo fraco da equação.

"...há homens com cabeças duras que não compreendem quando a esposa diz que quer fazer o PF é porque no hospital querem que o bebé crescer bem amamentado e só depois é que voltaria a engravidar, pensam que você quer se fechar (deixar unilateralmente de ter filhos) ... Sim que você quer ir se fechar e por isso se houvesse grupos na comunidade acho que as pessoas de cabeça dura acabariam percebendo que não é tua criação..." Mulheres, GDF misto jovens.

"Outro facto que condiciona o planeamento é, por exemplo no campo, a população diz que fazer muitos filhos é a nossa riqueza está ver?... É a nossa riqueza. Riqueza dum pobre, dum negro, então tem que fazer muitos filhos porque você não sabe qual deles vai te ajudar mais tarde com a pobreza, está ver? ..." Homens, GDF masculino.

E esta equação é tão complexa e ao mesmo tempo simples, quanto isto:

"Então, eu gostaria de repisar mais um pouco nesse assunto de planeamento. Eh afinal de contas esse planeamento, quando se diz que as pessoas devem fazer o planeamento é obrigatório ou não?... (Entrevistador: Não, é um serviço disponível no hospital, é um serviço disponível)... Não, não é obrigatório, obrigatório não... Mas e então, existe um limite sobre o número de filhos que nós as pessoas devemos ter?... (Entrevistador: Não, não existe)... (Muita gente falando em simultâneo). Isso depende de si Matavel, depende do seu bolso!!!" Homens, GDF masculino.

7. Acções para melhorar frequência aderência dos homens ao Planeamento Familiar

Tomando em conta as informações obtidas nas entrevistas, em relação as acções para melhorar os serviços de planeamento foram sugeridas acções como incremento dos recursos humanos e US, melhoria no atendimento dos utentes nas consultas, disponibilização dos serviços de PF para homens e mulheres, actividades de marketing social nos meios de comunicação social como na rádio e televisão para sensibilização sobre a importância do PF, expansão das actividades de PF para às comunidades e intensificação da sensibilização nas US.

Em relação às acções para aumentar a frequência dos homens aos serviços, os participantes sugeriram a criação de condições para que os homens acompanhem as esposas/parceiras aos

serviços de PF, dispensa do local do trabalho por parte do patronato e expansão do serviço para as comunidades.

DISCUSSÃO

Os programas de Planeamento Familiar têm sido considerados, em muitos países em desenvolvimento, uma política pública eficaz para o aumento da utilização de contraceptivos e a diminuição da fecundidade. Em geral, o nível de redução na fecundidade depende do nível de

desenvolvimento de determinado local. Em Moçambique, e segundo dados do IDS 2011, a prevalência do uso de MMC nos centros urbanos (21,4%) representa o dobro daquela observada no meio rural (7,2%).

Tendo este estudo sido realizado em comunidades localizadas numa área considerada rural, os resultados do mesmo são comparados com os resultados para áreas rurais do Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) realizado a nível nacional pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) e Ministério da Saúde (MISAU) em 2011. Os resultados do estudo mostram que a prevalência do uso de MMC nos distritos de Manhiça e Marracuene (46%) é 6,3 vezes superior à média nacional para a zona rural e cerca de duas vezes da prevalência reportada para as zonas urbanas.

Estes valores expressivos podem estar a ser alimentados por diferentes fatores. O PF é um conceito individual e parte integrante do processo de desenvolvimento dos povos. Com o conhecimento consciente de todos os elementos que integram o PF, deve deixar-se ao critério do indivíduo a opção de aceitar ou não esta forma de pensar e de viver. Sendo a família a célula base da sociedade, onde todos os aspectos comunitários se reflectem, o conhecimento por parte do agregado familiar é imprescindível e condiciona o êxito ou fracasso da divulgação do PF.

Vários estudos mostram que o desenvolvimento sócio-económico contribui para a redução da taxa de fecundidade; em regiões com culturas e hábitos tradicionais como as da área deste estudo, a manutenção de famílias extensas é um fenómeno presente, mas que nos últimos anos tem vindo a sofrer alterações na sua estrutura. A mudança é alimentada em grande parte pelas transformações sócio-económicas originadas pelo crescente número de núcleos urbanizados, cujo funcionamento depende de um conjunto de actividades que por sua vez aliciam à concentração de populações, em busca de melhores condições de trabalho e de vida. A urbanização resulta em individualismo, obriga ao planeamento económico do tamanho da família, limita o controlo do grupo comunitário sobre o comportamento do indivíduo, permitindo a este último libertar-se de laços e obrigações familiares com o grupo. A importância da família e do controlo do parentesco deixa de ter nestes locais, o peso que tinha no passado, concentrando-se nelas uma população cada vez mais heterogénea, e obrigada a alterar os modelos rurais. O efeito da acumulação de comunidades ao longo das grandes vias rodoviárias que cortam regiões rurais, pode ter modelado os resultados dos níveis de CAPC em homens e mulheres e das taxas de prevalência do uso de MMC mas, reflete também as características peculiares do desenvolvimento sócio-económico das comunidades residentes em ambos distritos. Observa-se um desenvolvimento assinalável e uma urbanização acelerada das comunidades que residem ao longo da estrada nacional N°1, no troço entre Michafutene no distrito da Marracuene e Incoloane no distrito da Manhiça. O mesmo sucede em áreas sinalizadas tais como a vila de Xinavane (indústria açucareira) e nas regiões litorâneas de Macaneta (Marracuene), esta última fortemente influenciada pelo seu potencial turístico. Os dados de bem estar, resultantes deste estudo mostram que mais de dois terços desta população tem acesso a energia eléctrica da rede nacional e que mais de metade se beneficia de água canalizada na residência o que traduz um desenvolvimento humano assinalável.

No entanto, estes números devem analisados sem grandes triunfalismos. Das mulheres que responderam estar a usar um MMC à data da realização do estudo, 43% usavam a menos de um ano, 17% entre 1-2 anos e 40% usavam a mais de dois anos. Destas, 93% afirmaram já ter usado um MMC em algum período anterior a realização do estudo, o que significa que as atuais utentes não são necessariamente novas utentes. Neste contexto, pode-se esperar que a elevada taxa de prevalência possa estar a ser alimentada por um uso intermitente, mas regular entre as mulheres

mais velhas (25-34 anos de idade) e que representam 64% da amostra deste estudo. Os dados do IDS 2011, mostram que o uso de MMC entre as mulheres de 15 a 39 anos (11,6%) é mais baixa na faixa etária de 15-19 anos (5,8%). No presente estudo observou-se que, o uso de MMC entre as mulheres solteiras (35,7%) é mais baixo que a média.

No entanto outros fatores de natureza institucional (disponibilidade e qualidade de serviços), sócio-económicos e culturais podem afetar o acesso e uso dos serviços de PF e Contraceção). A análise de dados secundários recolhidos em US localizadas em áreas não cobertas pela amostra do estudo e, com relativa dificuldade de acesso (Calanga e Ilha Josina Machel na Manhiça), mostram que não obstante a realização das semanas de saúde (MISAU) durante o mês de Junho (mesma data da realização do inquérito) onde o número de consultas de PF foi elevado (CS Calanga: 788, CS Ilha Josina Machel: 950) a dispensa de MMC não sofreu alterações significativas em relação aos períodos normais sendo o número de MMC de 173 (Prevalência MMC= 21,9%) na semana de saúde, contra 160 (média, um mês antes e um mês depois da campanha) e 134 (Prevalência MMC= 14,1%) contra 189 para Calanga e Josina Machel respetivamente. O conceito de PF entre a população é ainda restritivo, baseado essencialmente na ideia de que o PF e especialmente o uso dos MMC ser uma ferramenta de prevenção da gravidez, no período fértil imediatamente após o parto e durante o período de amamentação dos bebés. Raramente é visto como uma forma de os casais programarem sobre espaçamento dos nascimentos e o número de filhos adequados a sua capacidade de gerar recursos a curto e longo prazo para a sustentação dos mesmos. Neste estudo, 61% das mulheres e 59% dos homens, afirmaram o seu desejo de ter mais filhos, sendo que 14% das mulheres e 18% dos homens gostariam de ter mais de quatro filhos. Dados de nível nacional do IDS 2011 revelam uma tendência similar onde 21% das mulheres que já tinham quatro filhos desejavam ter mais um filho imediatamente e 29% desejavam ter mais filhos um pouco mais tarde. Estes dados comparativos mostram que no contexto atual, o recurso ao PF e MMC esta mais fortemente associado a vontade de espaçamento da gravidez do que a uma pretensão de redução da fecundidade.

O papel dos fatores culturais, especialmente no que se refere à difusão das ideias, tem certamente considerável importância nas questões ligadas à fecundidade e à mudança de valores, mas é também um fato que os mecanismos mediante os quais as mesmas são difundidas afectam as decisões relativas aos filhos. A família autoritária do sistema patrilinear, predominante na zona sul do país incluindo a área do estudo, traz consigo o ideal de controlo do casamento, dos nascimentos e influencia a taxa de natalidade. Embora apenas 3% das mulheres e 2% dos homens afirmarem que a vontade de ter o último filho tenha sido de terceiros dentro do núcleo familiar, os relatos obtidos nas entrevistas e GDF mostram que a realidade é outra. Por isso, é imperioso que os programas de PF estejam alinhados ou integrem ações descritas noutras iniciativas, particularmente naquelas relacionadas com a promoção e defesa dos direitos da mulher.

Por exemplo, as ações de advocacia sobre a redução da incidência do casamento precoce da rapariga são importante no PF; o casamento definido como qualquer tipo de coabitação conjugal, constitui o início do período de risco de concepção. Uma idade no casamento de 15 anos define um período de procriação de cerca de 30 anos, se fixarmos os 45 anos como limite máximo. Uma idade no casamento de 25 anos implica um período de procriação reduzido a 20 anos, ou seja, uma diminuição de 33%. Por sua vez, este fator esta relacionado com a escolaridade ou seja a retenção da rapariga na escola (*WHO, 1990. Patterns of First Marriage*); o desejo de estudar e atingir níveis de escolaridade mais altos, em geral, afasta das mulheres a necessidade do

casamento. Neste estudo, foi demonstrado que mais de um quarto das mulheres entrevistadas abandonou os seus estudos devido a um episódio de gravidez durante a sua fase de escolarização.

No entanto, é preciso considerar que a relação entre a educação, o trabalho das mulheres, a fecundidade, o estatuto da mulher, as questões culturais e o PF é complexa. O IDS 2011 mostra que o uso de MMC aumenta na medida que aumenta o nível de escolaridade; a prevalência de uso é de 31% para mulheres com nível secundário ou mais e de apenas 5% para àquelas sem nenhum nível de escolaridade. Na amostra do estudo, as mulheres com nível secundário ou mais, representam 35% (18% no IDS 2011) o que pode explicar a elevada taxa de prevalência do uso de MMC encontrada neste estudo.

O *empowerment*, que resulta de uma análise em termos de género e desenvolvimento, tem em conta o completo conhecimento das relações de género e a construção social do género dentro dos agregados familiares e das comunidades. Como tal, deve começar por uma clara compreensão do posicionamento sócio-económico e das estratificações internas de qualquer grupo de mulheres e deverá olhar para as relações dentro do agregado familiar; para a forma como a tomada das decisões é determinada pelo género, idade e outras hierarquias; para a organização do trabalho, dentro do agregado familiar e no grupo social alargado; para o impacto da modernização na estrutura familiar e nos padrões migratórios; e para a forma como a opressão específica sentida pela mulher é criada e recriada pelos padrões de parentesco, casamento, preferência pelo filho de um ou outro sexo, educação, sistemas legais, direitos de propriedade, violência, legislação laboral, religião e tabus, rituais e culturas. no estudo, ficou demonstrado que não obstante 55% das mulheres afirmarem que a decisão de usar MMC ser sua pertença ou partilhada pelo casal, 22% admitiram não usar por proibição do esposo/parceiro ou receio de condenação por familiares ou vizinhos.

O *empowerment* é o processo pelo qual a mulher toma consciência e desafia os factores sócio-culturais que determinam as suas escolhas. No que respeita à fecundidade, este processo envolve um aumento da compreensão dos factores que a determinam, nomeadamente o número de crianças existente, as condições em que nasceram, o resultado das gravidezes, a saúde e o bem-estar durante a gravidez, o nascimento e a amamentação, o controlo ou a falta de controlo sobre a concepção, as infecções decorrentes do contacto sexual, a incidência de violência conjugal e a infertilidade; na área do estudo, 82% das mulheres afirmaram que a decisão de ter o último filho foi sua ou partilhada com o parceiro, 76% afirmaram sua ou partilhada a decisão quanto ao uso dos MMC, mostra a tomada de consciência dos valores relativos à fecundidade e uma marcha embora lenta, mas importante para a real emancipação. Contudo, a integração plena do homem é essencial para o sucesso dos programas de PF e contraceção; a educação e informação são determinantes para levar o homem a não entrar em conflito com o conceito do *empowerment* da mulher em matéria de concepção/contraceção.

A análise de conteúdos de entrevistas e discussões deste estudo, indica que em geral, por um lado o homem é o mais vulnerável e sensível as imposições de carácter social e cultural. Em suma, dois aspetos chamam particular atenção: o primeiro relacionado com factores culturais, onde quer por pressão do grupo familiar, quer por um desejo intrínseco de recriar exemplos dos seus patriarcas (respeitando tradições ancestrais), os homens são compelidos a verem na procriação, uma forma de representação e construção da sua própria identidade no seio do grupo; o segundo, é de motivação passional que reflete de certa forma o controlo social dos grupos na construção e estrutura do matrimónio e que pode de certa forma ter um fundo económico, ou seja, a fraca capacidade de um homem em prover recursos suficientes para proporcionar a sua parceira e filhos

a sustentação adequada, propicia a que esposa/parceira recorra a relações extra-conjugais para buscar renda complementar. Porém, o fato de homens e mulheres partilharem os mesmos conhecimentos e atitudes, como por exemplo, já ter ouvido falar de PF (97% vs 99%) ou que o uso de MMC serve para prevenir a gravidez indesejada (78% vs 83%) mostra o enorme potencial da efetiva participação do homem para o sucesso deste programa.

Por outro lado, há uma relação marcada por ausências prolongadas do esposo/parceiro do seio do agregado (trabalho migratório, muito frequente no distrito da Manhiça). Uma das formas mais condenável de adultério na cultura autoritária patriilinear tradicional, é o nascimento de uma criança com linhagem sanguínea diferente; daí que muitos homens considerem que o uso de MMC pelas mulheres é problemático, pois torna atrativa a prática de adultério feminino tendo em conta que a mulher sabe que não vai engravidar; surgem então discursos do tipo "as mulheres usam MMC para andarem a brincar fora". Esta percepção pode ter consequências severas que vão desde a violência doméstica a morte materna causada por abortos clandestinos.

O conceito da família extensa muito enraizado no meio rural continua a constituir um fator determinante no número de filhos no casal, não obstante as profundas transformações que vem sendo observadas na estrutura da família em Moçambique. Argumentos como "é bom ter muitos filhos porque não sabes quantos e quais te vão ajudar na velhice" são muito presentes no seio das famílias tradicionais. Neste âmbito, as grandes famílias são benéficas, pelo que uma fecundidade elevada constitui uma resposta racional. Nestes meios rurais, as crianças contribuem para a economia familiar desde a tenra idade e em geral produzem mais do que consomem.

Embora haja uma clara redistribuição das tarefas entre adultos e crianças, ir a escola começa a ter um peso enorme tanto pela vontade e aspiração das próprias crianças como por uma questão de estatuto dos patriarcas (ter filhos ou netos escolarizados aumenta o estatuto social do patriarca). No entanto, e muito embora a educação seja gratuita em Moçambique, os custos diretos da educação (taxas, uniformes, calçado, material escolar) são cada vez mais elevados e crescentes proporcionalmente ao nível escolar alcançado. Assim, a medida que aumenta o custo direto da educação, espera-se a diminuição da procura de educação ou da procriação.

Os resultados mostram ainda uma cada vez maior percepção das famílias e particularmente dos homens (patriarcas responsáveis pela geração de renda), de que o número de filhos depende cada vez mais da sua capacidade de gerar recursos para suportar estes custos. Esta evidência pode contribuir positivamente para o PF, na medida em que embora os potenciais benefícios da escolarização sejam elevados, e os resultados só sejam observados a longo prazo, os custos dela derivados têm de ser suportados logo de início, tornando uma fecundidade elevada menos vantajosa e apetecível.

RECOMENDAÇÕES

As recomendações produzidas neste documento são fruto da análise e interpretação dos resultados do presente CAPC e centram-se essencialmente nos aspetos operacionais e de objetivos do projeto IQSCI. As mesmas não devem ser tomadas como conclusivas e/ou decisivas mas sim, como uma plataforma para uma discussão mais abrangente envolvendo todos os intervenientes processuais da estratégia de PF nos distritos de Manhiça e Marracuene. Do conjunto de achados e resultados, deste CAPC, recomenda-se:

- Uma intervenção a nível institucional deverá apostar na melhoria da capacidade dos provedores de cuidados de saúde de: (i) prover aconselhamento de PF que integre elementos ligados a necessidade de mudança das estruturas sociais e culturais onde os indivíduos estão inseridos e; (ii) lidar e manejar com rigor técnico as causas de natureza médica (efeitos secundários, dúvidas quanto a eficácia dos MMC) que constituem causas de abandono do uso de MMC, particularmente os LARCs.
- Ainda a nível institucional, deve ser revisitada toda a formulação oficiosa do conceito de PF, na perspetiva de adopção de uma visão mais holística, onde para além do conceito PF como aspeto individual de saúde, integre a componente de desenvolvimento humano entendido como multidimensional, envolvendo níveis de rendimento, de saúde e de educação, e também aspetos da vida das pessoas tais como igualdade do género, participação na tomada de decisões, identidade cultural e direitos humanos.
- Advogacia para a adopção de iniciativas legais que possam constituir um atrativo para a participação dos homens nas atividades de saúde reprodutiva em geral e PF em particular, como por exemplo a dispensa laboral para aceder a consulta de PF, entre dois a três meses após o último parto da esposa/parceira.
- A intervenção a nível comunitário, seja baseada numa estratégia proativa, onde a abordagem e o marketing social possa ser criado e recriado a partir das experiências e conhecimento característicos da área de intervenção obtidos no decurso da implementação do projeto. O marketing social deve assim incidir nos aspetos ligados a perspetiva de mudança das estruturas sociais e culturais decorrentes do desenvolvimento futuro das próprias comunidades.
- Desenvolvimento de estratégias quer a nível comunitário, quer a nível institucional para a atração de novas usuárias dos MMC.
- Que o Projeto IQSCI na sua fase de monitoria e avaliação, a partir da coorte a ser constituída, inclua na sua linha de base as mesmas variáveis utilizadas no presente estudo e que, sendo uma amostragem mais alargada possa efetuar uma verificação continuada das duas principais tendências encontradas neste estudo.

Apêndice A

CAPC Planeamento Familiar e Contraceção, Marracuene e Manhiça – Relatório Final

Análise Situacional da Qualidade de Prestação de Serviços e Envolvimento da Comunidade para Maior Uso do Planeamento Familiar na Província de Maputo, Moçambique.

Componentes 3: Conhecimentos, Atitudes, Práticas e Comportamentos dos Membros das Comunidades Relacionados ao Planeamento Familiar nos Distritos da Manhiça e Marracuene.

QUESTIONÁRIO ÀS MULHERES NA COMUNIDADE

INFORMAÇÃO GERAL

Objectivo. Pretende-se com este inquérito analisar os factores que influenciam no acesso e utilização dos serviços de Planeamento Familiar (PF) na Província de Maputo, distritos da Manhiça e Marracuene. Pelo que as respostas concedidas em nenhum momento serão associadas ao seu nome ou usadas para nenhum outro fim que não seja o da pesquisa.

Modo de preenchimento. As questões precedidas por parênteses () devem ser respondidas com os códigos apresentados abaixo de cada um das secções (A, B...) e as que são precedidas por barras / / devem ser respondidas de forma aberta ou seja sem ter em conta nenhuma opção.

A. ASPECTOS DE IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	
A1. Código do Quest. / _____ /	A5. Código do inquiridor/ _____ /
	A6. Nr. do agregado Familiar/ _____ /
	A7. Nome do inquiridor / _____ / Data / ____ / ____ / 2014
A2. Distrito ()	A8. Nome do supervisor / _____ / Data / ____ / ____ / 2014
A3. Localidade / _____ /	A9. Nome do processador / _____ / Data / ____ / ____ / 2014
A4. Bairro/Povoação / _____ /	

Opções de A2

(1) Manhiça (2) Marracuene

B. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

B1. Idade ()	B2. Nível de escolaridade () <i>Se for opção (1, 8 e 9) passe para B3.1.</i>	B3. Por que não continuou com os seus estudos? / _____ / B3.1 Relação de parentesco com o outro inquirido? / _____ /																
B4. Estado civil (). <i>Se for opção (1, 5 ou 6) passe para B5.</i>	B4.1 Há quanto tempo está casada/vive maritalmente? /anos ____ /meses ____ /	B5. Ocupação actual? () Se outra (10) Especifique / _____ /																
B5.1. Qual é a sua fonte de sustento? / _____ / (Somente válido para opção 8 e 9 de B5) Passa para B7																		
B6. Quantas vezes por semana se dedica a ocupação (anteriormente mencionada)? ()	B7. Religião (). Se outra (7), Especifique/ _____ /	B8. Com quem vive? (_____) <i>(Aceita-se mais de uma resp.)</i> Se outro (8) Especifique/ _____ /																
B9. Qual é a principal fonte de abastecimento de água usada pelos membros desta casa para beber? () Se outra (11) Especifique/ _____ /	B10. O agregado familiar possui: (_____) <i>(Aceita-se mais de uma resp.)</i> <i>(Leia as opções de resposta)</i>	B11. Qual é o principal material de construção do piso da casa? () Se outra (8), Especifique/ _____ /																
B12. Qual é o principal material da construção do telhado da casa? () Se outra (6) Especifique/ _____ /	B13. O agregado familiar possui machamba própria? ()	B14. O agregado familiar possui gado ou aves? () <i>Se for opção (2) passe para B15.</i>																
B14.1 Quais: Animal Nr. 1. Vacas/bois / _____ / 2. Cavalos/burros / _____ / 3. Cabritos / _____ / 4. Porcos / _____ / 5. Galinhas/patos / _____ / 6. (Outros) / _____ /	B15. Tem filhos? () B15.1 Quantos? / _____ / B15.2 Todos os filhos são seus? () B15.3 Indique a idade de cada um dos seus filhos: <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Ord.</th> <th style="text-align: center;">Idade</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>/ _____ / Anos/Meses</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>/ _____ / Anos/Meses</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>/ _____ / Anos/Meses</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>/ _____ / Anos/Meses</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>/ _____ / Anos/Meses</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td>/ _____ / Anos/Meses</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7</td> <td>/ _____ / Anos/Meses</td> </tr> </tbody> </table>		Ord.	Idade	1	/ _____ / Anos/Meses	2	/ _____ / Anos/Meses	3	/ _____ / Anos/Meses	4	/ _____ / Anos/Meses	5	/ _____ / Anos/Meses	6	/ _____ / Anos/Meses	7	/ _____ / Anos/Meses
Ord.	Idade																	
1	/ _____ / Anos/Meses																	
2	/ _____ / Anos/Meses																	
3	/ _____ / Anos/Meses																	
4	/ _____ / Anos/Meses																	
5	/ _____ / Anos/Meses																	
6	/ _____ / Anos/Meses																	
7	/ _____ / Anos/Meses																	
	B15.4 Quantos dos seus filhos faleceram? / _____ / B15.5 Quantos abortos teve? / _____ /																	

CAPC Planeamento Familiar e Contraceção, Marracuene e Manhica - Relatório Final

B16. Na sua última gravidez queria ter a criança? () <i>Se for opção (2) passe para B17</i>		B16.1 De quem foi a decisão de ter a criança? () Se outro (8) Especifique/ /
B17. Deseja ter mais filhos nos próximos anos? () <i>Se for opção (2) passe para B18</i>	B17.1 Quantos filhos gostaria de ter? / B17.2 Quando? / /Anos B17.3 Para si qual é o tamanho ideal de família? /	
B18. Como foi o último parto? ()	B19. Onde deu parto? () <i>Se for opção (1) passe para C1</i> <i>Se Outro (4) Especifique /</i>	
B20) Se não deu parto na Unidade Sanitária/hospital, porquê? /		

Opções de B1 (1) 15 anos (2) 16-24 (3) 25-34 (4) 35-45	Opções de B2 (1) Nenhuma (2) Alfabetização (sabe ler e escrever) (3) EP1 (1ª a 5ª classe) (4) EP2 (6ª a 7ª classe) (5) ESG1 (8ª a 10ª classe) (6) ESG2 (11ª a 12ª classe) (7) Ensino Básico Profissional (8) Ensino Médio Profissional (9) Ensino Superior	Opções de B4 (1) Solteira (2) Casada (3) União marital monogâmica (4) União marital poligâmica (5) Divorciada (6) Viúva (7) Separada	Opções de B5 (1) Funcionária sector público (2) Trabalhadora sector privado (3) Conta própria (diferente de agricultura) (4) Agricultora (5) Empregada doméstica (6) Estudante (7) Trab. Sazonal (8) Desempregada (9) Dona de casa (10) Outra	Opções de B6 (1) 1 vez p/ semana (2) 2 vezes p/ semana (3) 3 vezes p/ semana (4) 4 vezes p/ semana (5) 5 vezes p/ semana (6) 6 vezes p/ semana (7) 7 vezes p/ semana	Opções de B7 (1) Católica (2) Islâmica (3) Sião/ Zione (4) Protestante/ Evangélica (5) Cristã independente (6) Pagã/ nenhuma (7) Outra
Opções de B8 e B16.1 (1) Marido (2) Sogra/ sogro (3) Mãe/Pai (4) Irmãos/cunhados (5) Sozinha/Própria (6) Ambos (7) Filhos (8) Outro	Opções de B9 (1) Água canalizada dentro de casa (2) Água canalizada fora de casa dentro do quintal (3) Água canalizada casa vizinho (4) Água do fontenário (5) Água do poço protegido/com tampa (6) Água poço não protegido/sem tampa	Opções de B10 (1) Electricidade (2) Rádio (3) Televisor (4) Celular (5) Telefone fixo (6) Geleira/congelador (7) Bicicleta (8) Moto/carro	Opções de B11 (1) Terra batida (2) Terra n/batida (3) Madeira rudimentar (4) Adobe/matope a serrada (5) Tijoleira/ladrilho (6) Cimento (7) Outro	Opções de B12 (1) Sem telhado/cobertura (2) Capim/colmo/palmeira (3) Chapas de zinco/limalite (4) Telha (5) Laje de betão (6) Outro	
Opções de B13, B14, B15, B15.2, B16, B17 e (1) Sim (2) Não	Opções de B18 (1) Normal s/ complicações (2) Cesariana (3) Normal c/ complicações	Opções de B19 (1) Na Unidade Sanitária/hospital (2) Em casa (3) A caminho da US/ Hospital (4) Outro			

C. CONHECIMENTO SOBRE PLANEAMENTO FAMILIAR	
<p>C1. Já ouviu falar de Planeamento Familiar (PF)? () <i>Se for opção (2) termine o questionário.</i> C1.1 Existem outros nomes na comunidade para falar de PF? () <i>Se for opção (2) passe para C1.3</i> C1.2 Quais? / /</p> <p>C1.3 Para si o que significa PF? () <i>(Aceita-se mais de uma resp.)</i> Se outros (5) Especifique / /</p>	<p>C2. Com quem ouviu falar? () <i>(Aceita-se mais de uma resp.)</i> Se outros (10) Especifique / /</p>

C3. O que ouviu sobre PF? / _____ /	
C4. Já usou algum método contraceptivo? () Se for opção (2) passe para C5.	C4.1. Qual? (_____,_____,_____,_____,_____,_____) (Aceita-se mais de uma resp.) Se outros (6) Especifique / _____ /
C4.2 Nessa altura quais foram as razões que a levaram a fazer PF? / _____ /	C.5 Para si, qual é a importância do PF? / _____ /

Opções de C1, C1.1 e C4
(1) Sim
(2) Não
(3) Não sabe (válido apenas para C1.1)

Opções de C1.3
(1)Prevenção gravidez
(2)Espaçamento dos nascimentos
(3)Planear sua vida familiar
(4)Controle/limitação do nr. filhos
(5)Outro

Opções de C2
(1) Enfermeira na consulta pré-natal
(2) Palestras na comunidade
(3) Palestra na US/Hospital
(4) Amiga/Vizinha
(5) Folhetos/Cartazes/Placa de publicidade
(6) Rádio
(7) Televisão
(8) Parceira tradicional
(9) Familiares
(10) Outros

Opções de C4.1
(1) Pílulas
(2) Injecção/(Depo-provera)
(3) Aparelho/DIU
(4) Preservativo
(5) Implante
(6) Outro

D. EXPERIÊNCIA NO USO DOS MÉTODOS DE PLANEAMENTO FAMILIAR	
D1. Neste momento está a usar algum método de PF? () Se for opção (2) passe para D2. D1.1 Qual? (_____,_____) (Aceita-se apenas duas resp.) Se outro (6) Especifique / _____ / _____ /	D1.2. Porquê está a usar este e não outro método? / _____ / _____ / D1.3. Desde quando está a usar o actual método? / ____Anos/ ____Meses/ D1.4 Que tipo de transporte utiliza quando vai a US receber serviços de PF? (____) Se outro (9) Especifique/ _____ / D1.5. Quanto tempo leva para chegar até ao local onde são disponibilizados serviços de PF? / _____ / D1.6 Quem a acompanha? (____) Se outro (7) Especifique/ _____ / D1.7. Como está a ser a sua experiência com o PF? (____) D1.8 Quem decide sobre o uso de PF? (____) Se Outros (8) Especifique / _____ /
D2. Quão segura é a pílula? (____) D2.1 Quão fácil de usar é a pílula? (____) D2.2 Quão confortável é a pílula? (____) D2.3 Quão efectiva é a pílula? (____) D2.4 Quanto é que a pílula inibe as relações sexuais? (____) D2.5 Quanto gosta da pílula? (____)	D3. Quão segura é a injecção/depo-provera? (____) D3.1 Quão fácil de usar é a injecção/depo-provera? (____) D3.2 Quão confortável é a injecção/depo-provera? (____) D3.3 Quão efectiva é a injecção/depo-provera? (____) D3.4 Quanto é que a injecção/depo-provera inibe as relações sexuais? (____) D3.5 Quanto gosta da injecção/depo-provera? (____)
D4. Quão seguro é o aparelho/DIU? (____) D4.1 Quão fácil de usar é o aparelho/DIU? (____) D4.2 Quão confortável é o aparelho/DIU? (____) D4.3 Quão efectivo é o aparelho/DIU? (____) D4.4 Quanto é que o aparelho/DIU inibe as	D5. Quão seguro é o preservativo? (____) D5.1 Quão fácil de usar é o preservativo? (____) D5.2 Quão confortável é o preservativo? (____) D5.3 Quão efectivo é o preservativo? (____) D5.4 Quanto é que o preservativo inibe as relações sexuais? (____) D5.5 Quanto gosta do preservativo? (____)

CAPC Planeamento Familiar e Contraceção, Marracuene e Manhiça - Relatório Final

relações sexuais? () D4.5 Quanto gosta do aparelho/DIU? ()			
D6. Quão seguro é o implante? () D6.1 Quão fácil de usar é o implante? () D6.2 Quão confortável é o implante? () D6.3 Quão efectivo é o implante? () D6.4 Quanto é que o implante o inibe as relações sexuais? () D6.5 Quanto gosta do implante? ()		D7. Quão seguro é o outro (6) método? () D7.1 Quão fácil de usar é o outro (6) método? () D7.2 Quão confortável é o outro (6) método? () D7.3 Quão efectivo é o outro (6) método? () D7.4 Quanto é que o outro (6) método inibe as relações sexuais? () D7.5 Quanto gosta do outro (6) método? ()	
D8. Porque acha que algumas mulheres não aderem aos métodos de PF? / _____			
/ _____			
D9. Durante as consultas de PF, alguma vez pagou por algum serviço? () <i>Se for opção (2) passe para D10.</i>	D9.1 Quanto pagou? / _____	D9.2 A quem? / _____ D12.3 Para quê? / _____	
D10. Existe alguma desvantagem para si neste momento por estar a fazer PF? ()	D10.1 Se sim (D10 for opção 1), quais? / _____		
/ _____			

Opção de D1.1

- (1) Pílulas
- (2) Injeção/(Depo-provera)
- (3) Aparelho/DIU
- (4) Preservativo
- (5) Implante
- (6) Outro

Opção de D2, D3, D4, D5, D6 e D7

- (1) Muito
- (2) Pouco
- (3) Razoável
- (4) Não se aplica
- (5) Indiferente (Válido D2.4, D3.4, D4.4, D5.4, D6.4, D7.4)
- (6) Não se aplica
- (7) Não

Opção de D1.7

- (1) Péssima
- (2) Má
- (3) Razoável
- (4) Boa
- (5) Muito boa

Opções de D1.4

- (1) Nenhum/a pé
- (2) Transporte público
- (3) Transporte semi-colectivo (chapa)
- (4) Carro à tracção animal
- (5) Carro/mota particular
- (6) Bicicleta
- (7) Bicicleta ambulância
- (8) Ambulância
- (9) Outro

Opção de D1, D9, D10 e D13

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe

Opções de D1.6

- (1) Marido
- (2) Sogra/sogro
- (3) Mãe/Pai
- (4) Irmãos/cunhados
- (5) Sozinha/Própria
- (6) Ambos
- (7) Filhos
- (8) Outro

Opção de D1.8

- (1) Marido
- (2) Sogra/sogro
- (3) Mãe/Pai
- (4) Irmãos/Cunhados
- (5) Sozinha
- (6) Filhos
- (7) Ambos
- (8) Outros

E. PERCEPÇÃO SOBRE MÉTODOS DE PLANEAMENTO FAMILIAR	
E1. Existe algo que a impeça de usar os métodos de PF? () <i>Se for opção (2) passe para E2.</i>	E1.a) Se sim (E1 se for opção 1), quais? / _____ / _____
E2. Na consulta de PF recebeu informação sobre alguma doença? () <i>Se for opção (2) passe para E3.</i>	E2.a) Se sim (E2 for opção 1), quais? / _____ / _____
E3. O seu esposo/parceiro tem conhecimento de que usa algum método de PF? ()	E3.1 Por quê (E3 for opção 1 ou 2)? / _____ / _____ E3.2 Qual é a opinião do seu esposo/parceiro sobre o uso dos métodos de PF? / _____
E4. Conversou com o seu esposo/parceiro sobre	E4.1 Por quê? / _____

CAPC Planeamento Familiar e Contraceção, Marracuene e Manhica - Relatório Final

questões relacionadas ao PF nos últimos 3 meses? ()	_____ /
E5. (Se E3 opção 1) O seu esposo/parceiro tem ido consigo a US quando vai as consultas de PF? ()	E5.1 Por quê (E4 for opção 1 ou 2)? / _____ /
E6. Gostaria que o seu companheiro/parceiro a acompanhasse as consultas de PF? ()	E6.1 Por quê? / _____ /
E7. Os serviços de PF estão em condições de atender homens? ()	E7.1 Por quê? / _____ /
E8. Os serviços de PF estão em condições de atender casais? ()	E8.1 Por quê? / _____ /
E9. Como avalia os serviços de PF disponibilizados na US?	E9.1 Por quê? / _____ /
E10. O que poderia ser feito para melhorar os serviços de PF / _____ _____ /	
E11. O que poderia ser feito para que os homens frequentassem mais os serviços de PF? / _____ _____ /	
E12. Recomendaria alguém a fazer o PF? ()	
E12.1 Por quê? / _____ /	
E13 Tem alguma sugestão para facilitar a utilização e o acesso aos serviços de PF? / _____ _____ /	
FIM	
Chegamos ao fim da nossa conversa. Muito obrigado por responder as perguntas e por facultar informações para esta pesquisa. Tem alguma pergunta, ou existe algo que gostaria de colocar antes de terminarmos? Se tiver alguma dúvida, por favor, contacte Joelma Joaquim (21 32 05 07 e 82 30 77 814), investigadora do estudo, cujos detalhes se encontram na folha de informação que lhe foi disponibilizada.	

- | | |
|---|---|
| <p>Opção de E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E12</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p> | <p>Opção de E9</p> <p>(1) Pessimista</p> <p>(2) Mau</p> <p>(3) Razoável</p> <p>(4) Bom</p> <p>(5) Excelente</p> <p>(6) Não sei</p> |
|---|---|

Apêndice B

Análise Situacional da Qualidade de Prestação de Serviços e Envolvimento da Comunidade para Maior Uso do Planeamento Familiar na Província de Maputo, Moçambique.

Componentes 3: Conhecimentos, Atitudes, Práticas e Comportamentos dos Membros das Comunidades Relacionados ao Planeamento Familiar nos Distritos da Manhiça e Marracuene.

QUESTIONÁRIO AOS HOMENS NA COMUNIDADE

INFORMAÇÃO GERAL

Objectivo. Pretende-se com este inquérito analisar os factores que influenciam no acesso e utilização dos serviços de Planeamento Familiar (PF) na Província de Maputo, distritos da Manhiça e Marracuene. Pelo que as respostas concedidas em nenhum momento serão associadas ao seu nome ou usadas para nenhum outro fim que não seja o da pesquisa.

Modo de preenchimento. As questões precedidas por parênteses () devem ser respondidas com os códigos apresentados abaixo de cada um das secções (A, B,...) e as que são precedidas por barras / ___/ devem ser respondidas de forma aberta ou seja sem ter em conta nenhuma opção.

A. ASPECTOS DE IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

A1. Código do Quest. / ___/	A5. Código do inquiridor/ ___/
A2. Distrito ()	A6. Nr. do Agregado Familiar/ ___/
A3. Localidade / ___/	A7. Nome do inquiridor / ___/ Data / ___/ ___/ 2014
A4. Bairro/Povoação / ___/	A8. Nome do supervisor / ___/ Data / ___/ ___/ 2014
	A9. Nome do processador / ___/ Data / ___/ ___/ 2014

Opções de A2
(1) Manhiça (2) Marracuene

B. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

B1. Idade ()	B2. Nível de escolaridade () <i>Se for opção (1, 8 e 9) passe para B4.</i>	B3. Por que não continuou com os seus estudos? / ___/
B5. Estado civil () <i>Se for opção (1, 5 ou 6) passe para B6.</i> B5.1 Há quanto tempo está casado/vive maritalmente? /anos ___/meses ___/	B5.2 Se for opção (4) quantas esposas tem? / ___/	B4. Relação de parentesco com o outro inquirido? / ___/
B6. Ocupação actual? () Se outra (10) Especifique/ ___/	B6.1 Qual é a sua fonte de sustento? / ___/ (Somente válido para opção 8 e 9 de B6) Passe para B8 / ___/	
B7. Quantas vezes por semana se dedica a ocupação (anteriormente mencionada)? ()	B8. Religião () Se outra (7) Especifique/ ___/	
B9. Com quem vive? () Se outros (8) Especifique/ ___/	B10. Qual é a principal fonte de abastecimento de água usada pelos membros desta casa para beber? () Se outra (11) Especifique/ ___/	
B11. O agregado familiar possui: () (Aceita-se mais de uma resp.) (Leia as opções de resposta)	B12. Qual é o principal material de construção do piso da casa? () Se outra (8) Especifique/ ___/	
B13. Qual é o principal material da construção do telhado da casa? () Se outra (6) Especifique/ ___/	B14. O agregado familiar possui machamba própria? ()	
B15. O agregado familiar possui gado ou aves? () <i>Se for opção (2) passe para B16.</i>	B15.1 Quais: Animal Nr. 1. Vacas/bois / ___/	
B16. Tem filhos? ()	2. Cavalos/burros / ___/	
B16.1 Quantos? / ___/	3. Cabritos / ___/	
B16.2 Todos os filhos são com a mesma mulher/esposa? ()	4. Porcos / ___/	
	5. Galinhas/patos / ___/	
	6. (Outros) / ___/	

CAPC Planeamento Familiar e Contraceção, Marracuene e Manhica – Relatório Final

B16.3 Indique a idade de cada um dos seus filhos.

Ord.	Idade
1	/ ____ / Anos/Meses
2	/ ____ / Anos/Meses
3	/ ____ / Anos/Meses
4	/ ____ / Anos/Meses
5	/ ____ / Anos/Meses
6	/ ____ / Anos/Meses

B16.4 Quantos filhos têm cada uma das suas esposas?

Esposa	Nr. Filhos
1	/ ____ /
2	/ ____ /
3	/ ____ /
4	/ ____ /

B16.5 Quantos dos seus filhos faleceram? / ____ /

B16.6 De quem foi a decisão de ter as crianças? (____)
Se outros (8) Especifique/ ____ /

B17. Na última gravidez da sua esposa/parceira você queria ter a criança? (____) <i>Se for opção (2) passe para B18</i>	B17.1 De quem foi a decisão de ter a criança? (____) Se outro (8) Especifique/ ____ /
---	---

B18. Deseja ter mais filhos? (____) <i>Se for opção (2) passe para C1</i>	B18.1 Quantos filhos gostaria de ter? / ____ / B18.2 Quando? / ____ / B18.3 Para si qual é o tamanho ideal de família? / ____ /
---	--

Opções de B1
 (1) 20 anos
 (2) 21-24
 (3) 25-34
 (4) 35-44
 (5) 45-50

Opções de B2
 (1) Nenhum
 (2) Alfabetização (sabe ler e escrever)
 (3) EP1 (1ª a 5ª classe)
 (4) EP2 (6ª a 7ª classe)
 (5) ESG1 (8ª a 10ª classe)
 (6) ESG2 (11ª a 12ª classe)
 (7) Ensino Básico Profissional
 (8) Ensino Médio Profissional
 (9) Ensino Superior

Opções de B5
 (1) Solteiro
 (2) Casado
 (3) União marital monogâmica
 (4) União marital poligâmica
 (5) Divorciada
 (6) Viúva
 (7) Separado

Opções de B6
 (1) Funcionário do Sector público
 (2) Funcionário do Sector privado
 (3) Conta própria
 (4) Agricultor a (com salário)
 (5) Agricultor (consumo próprio)
 (6) Empregado doméstico
 (7) Estudante
 (8) Trab. Sazonal
 (9) Desempregado
 (10) Outro

Opções de B8
 (1) Católica
 (2) Islâmica
 (3) Sião/ zione
 (4) Protestante (Ev angelica)
 (5) Cristã independente
 (6) Pagã/nenhuma
 (7) Outra

Opções de B9, B16.6 e B17.1
 (1) Esposa
 (2) Sogra/Sogro
 (3) Mãe/Pai
 (4) Irmãos/Cunhado
 (5) Sozinho/Próprio
 (6) Ambos
 (7) Filhos
 (8) Outros

Opções de B14, B15, B16, B16.2 B17 e B18
 (1) Sim
 (2) Não

Opções de B7
 (1) 1 vez p/ semana
 (2) 2 vezes p/ semana
 (3) 3 vezes p/ semana
 (4) 4 vezes p/ semana
 (5) 5 vezes p/ semana
 (6) 6 vezes p/ semana
 (7) 7 vezes p/ semana

Opções de B11
 1) Electricidade
 (2) Rádio
 (3) Televisor
 (4) Celular
 (5) Telefone fixo
 (6) Geleira/co ngelador
 (7) Bicicleta
 (8) Mota/carro

Opções de B10
 (1) Água canalizada dentro de casa
 (2) Água canalizada fora de casa dentro do quintal
 (3) Água canalizada casa vizinho
 (4) Água do fontenário
 (5) Água do poço protegido/com tampa
 (6) Água poço não protegido/sem tampa
 (7) Água furo com bomba manual
 (8) Água da chuva
 (9) Água do camião cisterna
 (10) Água rio/riacho/lago/lagoa
 (11) Outro

Opções de B12
 (1) Terra batida
 (2) Terra n/batida

(3) Madeira rudimentar
 (4) Adobe/matope
 (5) Parquet/madeira serrada

(6) Tijoleira/l adrilho
 (7) Cimento
 (8) Outro

Opções de B13
 (1) Sem telhado/cobertura
 (2) Capim/colmo/palmeira
 (3) Chapas de zinco/lusalite
 (4) Telha
 (5) Laje de betão
 (6) Outro

C. CONHECIMENTO SOBRE PLANEAMENTO FAMILIAR	
C1. Já ouviu falar de Planeamento Familiar (PF)? (____) C1.1 Existem outros nomes na comunidade para falar de PF? (____) <i>Se for opção (2) passe para C1.3</i> C1.2 Quais? _____/ C1.3 Para si o que significa PF? (_____) <i>(Aceita-se mais de uma resp.)</i> Se outros (5) Especifique _____/	C2. Com quem ouviu falar? (_____) <i>(Aceita-se mais de uma resp.)</i> Se outros (11) Especifique _____/
C3. O que ouviu sobre PF? _____/	
C4. A sua esposa/parceira já usou algum método contraceptivo? (____) <i>Se for opção (2) passe para C7.</i>	C4.1 Nessa altura quais foram as razões para o uso de contraceptivo? _____/
C5. Participou da decisão da sua esposa/parceira de usar métodos contraceptivos? (____)	C5.a) Porquê? _____/
C6. Participou na escolha do método de PF a ser usado pela sua esposa/parceira? (____)	C6.a) Porquê? _____/
C.7 Para si, qual é a importância do PF? _____/	

Opções de C1, C4, C5 e C6

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe

Opções de C1.3

- (1) Prevenção gravidez
- (2) Espaçamento nascimentos
- (3) Planear sua vida familiar
- (4) Controle/limitação nr. filhos
- (5) Outro

Opções de C2

- (1) Enfermeira na consulta pré-natal
- (2) Palestras na comunidade
- (3) Palestra na US/hospital
- (4) Amigo/Vizinho
- (5) Folhetos/Cartazes/Placa de publicidade
- (6) Rádio
- (7) Televisão
- (8) Parteira tradicional
- (9) Familiares
- (10) Esposa
- (11) Outros

D. EXPERIÊNCIA NO USO DOS MÉTODOS DE PLANEAMENTO FAMILIAR	
D1. Conversou com a sua esposa/parceira sobre questões relacionadas ao PF nos últimos 3 meses? (____)	D1.1 Por quê? _____/
D2. Neste momento a sua esposa/parceira está a usar algum método contraceptivo? (____) Se for opção (2) passe para D5 Se sim opção (1)	D3. Como está a ser a sua experiência e da sua esposa/parceira com os métodos contraceptivos? (____) D3.1 Porquê? _____/
D2.1 Qual? (____,____.) Se outros (5) (Especifique) _____/	
D4. Existe alguma desvantagem para si neste momento pelo facto da sua parceira/esposa estar a usar métodos contraceptivos? (____)	D4.1 Se sim (D4.opção 1), qual? _____/
D5. Porque acha que algumas mulheres ou casais não aderem os serviços de PF? / _____	

D6. Durante as consultas de PF, a sua esposa/parceira alguma vez pagou por algum serviço? () <i>Se for opção (2) passe para E1</i>	D6.1 Quanto pagou? / _____ /	D6.2 A quem? / _____ / D6.3 Para quê? / _____ /
---	------------------------------	--

Opção de D2.1

- (1) Pilulas
- (2) Injecção/(Depo-provera)
- (3) Aparelho/DIU
- (4) Não sabe
- (5) Outro

Opção de D3

- (1) Péssima
- (2) Má
- (3) Razoável
- (4) Ba
- (5) Muito boa
- (6) Não sabe

Opção de D1, D2, D4 e D6

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe

E. PERCEÇÃO SOBRE MÉTODOS DE PLANEAMENTO FAMILIAR	
E1. Existe algo que impeça a sua esposa/parceira de usar os serviços de PF? () <i>Se for opção (2) passe para E2</i>	E1.1 Se sim (E1. se for opção 1), quais? / _____ / / _____ /
E2. Na consulta de PF a sua esposa/parceira recebeu informação sobre alguma doença? () <i>Se for opção (2) passe para E3.</i>	E2.1 Se sim (E2. for opção 1), qual? / _____ / / _____ /
E3. Gostaria que alguém acompanhasse a sua esposa/parceira as consultas de PF? () <i>Se for opção (2) passe para E4</i> E3.1 Se sim (Se for opção 1), quem? (_____) <i>(Aceita-se mais de uma resp.)</i> Se outros (6) Especifique / _____ /	
E4. Gostaria de ir com a sua esposa/parceira as consultas de PF? ()	E4.1 Por quê? / _____ / / _____ /
E5. Os serviços de PF estão em condições de atender homens? ()	E5.1 Por quê? / _____ / / _____ /
E6. Os serviços de PF estão em condições de atender casais? ()	E6.1 Por quê? / _____ / / _____ /
E7. Como avalia os serviços de PF disponibilizados na US? ()	E7.1 Por quê? / _____ / / _____ /
E8. O que poderia ser feito para melhorar os serviços de PF?/ _____ / _____ /	
E9. O que poderia ser feito para que os homens frequentassem mais os serviços de PF?/ _____ / _____ /	
E10. Recomendaria outros homens a fazerem o PF? () E10.1 Por quê? / _____ /	
E11. Tem alguma sugestão para facilitar a utilização e o acesso aos serviços de PF?/ _____ / _____ /	

FIM

Chegamos ao fim da nossa conversa. Muito obrigado por responder as perguntas e por facultar informações para este projecto. Tem alguma pergunta, ou existe algo que gostaria de acrescentar antes de terminarmos? Se tiver alguma dúvida, por favor, contacte Joëlma Joaquim (21 32 05 07 e 82 307 78 14), investigadora do estudo, cujos detalhes se encontram na folha de informação que lhe foi disponibilizada.

Opção de, E1, E2, E3, E4, E5, E6 e

- E10**
(1) Sim
(2) Não
(3) Não sabe

Opções de E3.1

- (1) Marido
(2) Sogra//sogro
(3) Mãe/Pai
(4) Irmãos/Cunhados
(5) Filhos
(6) Outros

Opção de E7

- (1) Péssimo
(2) Mau
(3) Razoável
(4) Bom
(5) Excelente
(6) Não sei

Apêndice C

Análise Situacional da Qualidade de Prestação de Serviços e Envolvimento da Comunidade para Maior Uso do Planeamento Familiar na Província de Maputo, Moçambique.

Componente 3: Conhecimentos, Atitudes, Práticas e Comportamentos dos Membros das Comunidades Relacionados ao Planeamento Familiar nos Distritos da Manhiça e Marracuene.

GUIÃO ENTREVISTA INDIVIDUAIS

PREÂMBULO: Obrigado(a) por consentir em participar nessa conversa. A nossa conversa será totalmente confidencial e estimamos bastante por nos concederem o vosso tempo para discutir e partilhar informações sobre a sua experiência com o PF.

Antes de começarmos a nossa conversa, gostaria de colher algumas informações.

Número de Identificação do Estudo <i>USE ESTE NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO PARA AS GRAVAÇÕES ÁUDIO</i>	
Nome do/a entrevistador(a)	
Data da entrevista (dd/mm/aaaa)	/ /
Verificação de dados realizada por:	
ASPECTOS DE IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA	
Local da Entrevista	
Distrito	
Localidade	
Bairro/Povoação	
Ocupação	
Género()	1 Masculino 2 Feminino

SECÇÃO 1. EXPERIÊNCIAS RELACIONADAS AO PF

Aqui iremos abordar questões relacionadas ao conhecimento e as experiências com métodos de PF.

GUIÃO DE ENTREVISTA

1.1	Existem questões que favorecem ou impedem o uso de métodos contraceptivos na comunidade?
1.2	Quem decide para que as mulheres devem usar ou não os métodos contraceptivos?
1.3	O que as pessoas da comunidade acham quando sabem alguém usa métodos contraceptivos?
1.4	Quais os métodos contraceptivos são mais usados na comunidade? <i>Explore questões relacionadas aos métodos convencionais e tradicionais/locais usados tanto por homens como por mulheres.</i>
1.5	Existem iniciativas comunitárias que promovam o uso dos métodos contraceptivos? Quais são e em que consistem?
1.6	Quais seriam os métodos de PF mais adequados para os homens e mulheres na comunidade?
1.7	O homem participa na decisão sobre o uso de métodos contraceptivos? De que forma?
1.8	Que barreiras/desafios existem e que impeçam os membros da comunidade de acederem ao PF? <i>Explore barreiras relacionadas tanto aos homens as mulheres.</i>
1.9	O que poderia ser feito para melhorar a participação dos homens nas questões relacionadas ao uso dos métodos de PF?
1.10	Há algo que gostaria de acrescentar sobre o que falamos?

Chegamos ao fim da nossa conversa. Muito obrigado por responder as perguntas e por facultar informações para este projecto. Tem alguma pergunta, ou existe algo que gostaria de acrescentar antes de terminarmos? Se tiver alguma dúvida, por favor, contacte Joelma Joaquim (21 32 05 07 e 82 307 78 14), investigadora do estudo, cujos detalhes se encontram na folha de informação que lhe foi disponibilizada.

Apêndice D

Análise Situacional da Qualidade de Prestação de Serviços e Envolvimento da Comunidade para Maior Uso do Planeamento Familiar na Província de Maputo, Moçambique.

Componente 3: Conhecimentos, Atitudes, Práticas e Comportamentos dos Membros das Comunidades Relacionados ao Planeamento Familiar nos Distritos da Manhiça e Marracuene.

ROTEIRO DE DISCUSSÃO

PREÂMBULO: Obrigado(a) por consentir em participar nessa conversa. A nossa conversa será totalmente confidencial e estimamos bastante por nos concederem o vosso tempo para discutir e partilhar informações sobre a sua experiência com o PF.

Antes de começarmos a nossa conversa, gostaria de colher algumas informações.

Número de Identificação do Estudo <i>USE ESTE NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO PARA AS GRAVAÇÕES ÁUDIO</i>	
Identificação do(a)s participantes:	
Data (dd/mm/aaaa)	/ /
Verificação de dados realizada por:	
ASPECTOS DE IDENTIFICAÇÃO DO GRUPO	
Local da Entrevista	
Distrito	
Localidade	
Grupo	1 Masculino Jovens 2 Masculino Adultos 3 Feminino Jovens 4 Feminino Adultos

SECÇÃO 1. EXPERIÊNCIAS RELACIONADAS AO PF	
Aqui iremos abordar questões relacionadas ao conhecimento e as experiências com métodos de PF.	
ROTEIRO DE DISCUSSÃO	
1.1	Existem questões que favorecem ou impedem o uso de métodos contraceptivos na comunidade? Quais?
1.2	Quem decide para que as mulheres devem usar ou não os métodos contraceptivos?
1.3	O que as pessoas da comunidade acham quando sabem alguém usa métodos contraceptivos?
1.4	Quais os métodos contraceptivos são mais usados na comunidade? <i>Explore questões relacionadas aos métodos convencionais e tradicionais/locais usados tanto por homens como por mulheres.</i>
1.5	Existem iniciativas comunitárias que promovam o uso dos métodos contraceptivos? Quais são e em que consistem?
1.6	Quais seriam os métodos de PF mais adequados para os homens e mulheres na comunidade?
1.7	O homem participa na decisão sobre o uso de métodos contraceptivos? De que forma?
1.8	Que barreiras/desafios existem e que impeçam os membros da comunidade de acederem ao PF? <i>Explore barreiras relacionadas tanto aos homens as mulheres.</i>
1.9	O que poderia ser feito para melhorar a participação dos homens nas questões relacionadas ao uso dos métodos de PF?
1.10	Há algo que gostaria de acrescentar sobre o que falamos?
Chegamos ao fim da nossa conversa. Muito obrigado por responder as perguntas e por facultar informações para este projecto. Tem alguma pergunta, ou existe algo que gostaria de acrescentar antes de terminarmos? Se tiver alguma dúvida, por favor, contacte Joelma Joaquim (21 32 05 07 e 82 307 78 14), investigadora do estudo, cujos detalhes se encontram na folha de informação que lhe foi disponibilizada.	